Le Progrès Médical

1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

1925

Et son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ (Mensuel)

BUREAUX DU JOURNAL

41, rue des Ecoles, PARIS

Téléphone Gob. 30-03

CLERMONT (OISE). — IMPRIMERIE THIRON ET Cie.
R. C. Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 1. Le Numéro : 50 Centimes 3 JANVIER 192[illegible]

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Médecine navale. — Ont été maintenus dans leurs chaires actuelles à l'école d'application des médecins et pharmaciens de 2e classe à Toulon, pour une période d'un an, à compter du 1er janvier 1925.

M. Dargein (J.-G.), chaire de clinique interne et de pathologie exotique.

M. Oudard (P.-A.), chaire de clinique externe et de chirurgie d'armée.

Croisières de repos et de santé. — M. le Dr Loir organise une nouvelle croisière de repos et de santéqui partira du Havre pour gagner Marseille en faisant escale à Bordeaux, Lisbonne, Alger.

La croisière durera 15 à 16 jours. Le départ aura lieu le 4 avril sur la « Ville de Strasbourg ».

Des conditions spéciales sont faites aux médecins et aux étudiants en médecine.

Il y a 30 places disponibles à 878 fr. ; 14 places à 450 fr. et 300 places à 300 fr.

Ces prix comprennent tous frais de voyage du Havre à Marseille, de logement sur le bateau et de nourriture pendant 15 jours. Sont exclus les frais des excursions à terre.

La croisière n'aura lieu que s'il y a au moins 300 adhérents inscrits avant le 15 février. S'inscrire auprès de Madame Loir, 12 bis, rue de Calligny, le Havre.

Pendant la croisière, M. le Docteur Loir fera pour les étudiants et les médecins qui le voudront un cours de préparation à l'examen de médecin sanitaire maritime.

Facultés de médecine. — ALGER. — M. Strohl, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé à partir du 1er novembre 1924, professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

— BORDEAUX. — M. Bégouin, professeur de clinique gynécologique, a été nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Villar, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

M. Guyot (Joseph), professeur de pathologie externe et chirurgie opératoire et expérimentale, a été nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1924, professeur de clinique gynécologique, en remplacement de M. Bégouin, appelé à d'autres fonctions.

— LILLE. — M. Polonowski, agrégé, a été nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur de chimie organique (chaire vacante).

M. Bédard, agrégé, professeur sans chaire, a été chargé, pour l'année scolaire 1924-1925 (semestre d'hiver), d'un cours complémentaire de pharmacologie (une heure hebdomadaire).

— LYON. — M. Chanoz, chef de travaux, est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef des travaux de physique.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Barral (chimie minérale), Seulier (matière médicale), Rochaix (hygiène), Savy (anatomie pathologique), Florence (chimie organique), Noël (histologie).

— MONTPELLIER. — Le titre de professeur sans chaire a été conféré, à compter du 1er novembre 1924, à MM. Cabannes et Galavielle, agrégés.

— TOULOUSE. — M. Serr, agrégé, a été nommé, à compter du 1er novembre 1924, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie (chaire vacante).

Faculté de médecine de Paris. — Le Conseil de la Faculté a voté le vœu suivant :

« Le Conseil de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, connaissant le projet soumis aux délibérations du Parlement, de créer par voie d'inscript on au budget, une chaire de puériculture à la Faculté, estime de son devoir de signaler à MM. les membres du Parlement et au gouvernement l'inutilité de cette nouvelle chaire, qui ferait double emploi avec celle d'hygiène et clinique de la première enfance, créée en date du 20 octobre 1914 par les pouvoirs publics à l'effet d'enseigner la puériculture ; il ajoute que cette science est encore enseignée, pour les matières correspondantes, par les trois chaires d'obstétrique, par celle des maladies des enfants, par celle d'hygiène et par l'école de puériculture de la Faculté.

A l'heure où l'Université s'efforce de réaliser les économies nécessitées par les intérêts généraux du pays et réclamées par les pouvoirs publics, le Conseil de la Faculté proteste contre la dépense sans objet actuellement envisagée. »

Faculté de médecine de Paris. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-25, des enseignements ci-après désignés les agrégés dont les noms suivent :

MM. Rouvière et Hovelacque (anatomie, 1er sem.), Blanchetière (chimie médicale, 1er sem.), Champy (embryologie, 1er sem.), Duvoir (médecine légale, 1er sem.), Lévy-Solal (obstétrique, 2e sem.), Vandescal (obstétrique, 1er sem.), Joyeux (parasitologie, 2e sem.), Garnier (pathologie expérimentale et comparée, 2e sem.), Ribierre et Clerc (pathologie médicale, 1er sem.), Baudouin (pathologie médicale, 2e sem.), Mathieu et Mondor (pathologie chirurgicale, 1er sem.), Cadenat (pathologie chirurgicale, 2e sem.), Busquet (pharmacologie, 2e sem.), Richet fils (physiologie, 2e sem.), Harvier (thérapeutique, 2e sem.), Verne (biologie, 2e sem.), Le Lorier (enseignement théorique aux élèves sages-femmes, 1er et 2e sem.).

M. Mathieu, agrégé, est chargé, provisoirement, du cours de clinique chirurgicale infantile.

M. Velter, est chargé, provisoirement, du cours de clinique ophtalmologique.

M. Moure, agrégé, est chargé, provisoirement, du cours de pathologie chirurgicale (semestre d'hiver).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux :

MM. les docteurs Lomon (physique), Neveu-Lomaire (parasitologie et histoire naturelle), Roussy, agrégé libre (anatomie patholo-

gique), Dervieux (médecine légale), Garrelon (physiologie, chef adjoint).

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-25, des fonctions de chef de travaux, les agrégés dont les noms suivent :

MM. Henri Labbé (chimie), Branes (histologie), Philibert (bactériologie), Debré (hygiène), Binet (pathologie expérimentale), Tiffeneau (pharmacologie), Mulon (histologie, chef adjoint).

Faculté de médecine. — LYON. — Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique médicale (M. le professeur Bard) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jean Barbier.

Le concours pour la nomination à une place de chef de clinique d'oto-rhino-laryogologie s'est terminé par la nomination de M. le docteur René Gaillard.

Ecole de Médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira le jeudi 25 juin 1925 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole pratique des Hautes Etudes. — *Enseignement de la technique physiologique appliquée à l'homme et à l'animal* : sous la direction de M. J. GAUTRELET, avec le concours de : MM. H. CARDOT, et P. CHAILLEY-BERT.

Programme. — Les divers procédés d'anesthésie et d'injection chez le chien, le lapin, le cobaye (toxicologie). — Perfusion d'organes isolés : cœur, intestin, utérus (pharmacodynamie). — Oscillométrie, manométrie (pression artérielle et veineuse), sphygmographie, cardiographie chez l'homme et l'animal. — Viscosimétrie, dosage de l'hémoglobine, numération globulaire, dosage des gaz (méthode de Van Slyke) du sang. Colorimétrie. Mesure du pH. — Spirométrie, eudiométrie (métabolisme basal). — Fistules digestives ; ablations d'organes. — Thermométrie. — Exploration du rein. Néphélémétrie. Oncométrie. — Myographie ; ergographie. — Mesure de la chronaxie. — Exploration chez l'animal des divers appareils nerveux : central, sympathique, vaso-moteur. — Réaction psycho-motrice, reflexométrie. — Notions de travail du verre au laboratoire et de réparation d'urgence des appareils.

N. B. — Le cours comprendra 15 manipulations individuelles. S'inscrire au laboratoire de physiologie de la Faculté de Médecine de Paris, où auront lieu, l'après-midi, les exercices pratiques, du 9 au 28 mars 1925.

Une provision de 200 francs sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de réparation de matériel détérioré, de produits et d'animaux. L'excédent disponible sera remboursé en fin de manipulations.

Mutations parmi les chefs de service. (Au 26 décembre 1924. 1o *Médecins* : (note faite précédemment).

2o *Chirurgiens* : St-Louis (Dr RIEFFEL, limite d'âge) : M. le Docteur CHIFOLIAU de la Maison de Santé ; Maison de Santé : Dr CAUCHOIX titularisé ; Trousseau (Dr HALLOPEAU, décédé) : M. le Docteur BRÉCHOT, titularisé.

3o *Accoucheurs* : St-Antoine (Dr RUDAUX, passé à la Maternité le 1er octobre en remplacement du Dr BOUFFE, atteint par la limite d'âge) : M. le Docteur LÉVY-SOLAL, de la Charité ; Charité : Dr LEVANT, titularisé.

Service de Santé. — M. le médecin inspecteur général VINCENT, président du comité consultatif de santé, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, a été placé, à compter du 22 décembre 1924, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

Nécrologie. — Pr Weill, de Lyon. — Dr Louis Carton. — Dr Rochefort, de Chatou.

TRAVAUX ORIGINAUX

Variole et Alastrim

Par L. LORTAT-JACOB
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

On connaît une maladie sur laquelle le professeur Léon BERNARD, à l'Académie de médecine, a donné récemment quelques précisions et qu'on nomme *Alastrim.*

Cette maladie qui a tous les caractères éruptifs a aussi les symptômes généraux qui font poser la question de ses rapports avec la variole. Il semble d'autre part que depuis 1921 nous assistions, dans certains pays, à une recrudescence de la variole et en même temps à une transformation de son allure épidémique et à une note clinique particulière qui ont permis à certains médecins d'établir un rapprochement entre ces deux maladies.

N'y a-t-il là que des analogies ? faut-il au contraire, comme le pense M. Netter, y voir plus que des analogies et y rechercher des rapports étroits ?

Certains faits tirés de l'étude comparative de ces deux affections semblent donner raison à M. Netter, mais lors de la réunion d'un récent conseil d'hygiène, M. Léon Bernard a fait remarquer qu'on ne pouvait toutefois, en l'absence de la connaissance du germe pathogène de ces deux maladies, les identifier. De toute manière, tous les hygiénistes sont tombés d'accord, quand il s'agit de rédiger une note sur les instructions contre la variole pour adopter une conduite pratique identique dans les circonstances que nous visons.

M. Netter fait remarquer que nous assistons depuis 1921 à une recrudescence de *variole modifiée*, en Suisse et en Angleterre.

En Suisse on compte en 1923 1200 cas de variole.

En Angleterre en 1921 : 386 cas ; en 1922 : 973 ; en 1923 : 2.524 ; et pour les six premiers mois de 1924 : 2.205 cas.

En regard de ces chiffres, il y a un nombre peu élevé de décès. *En Suisse* :

8 morts sur 596 cas en 1921 ; un seul en 1922 ; un en 1923.

En Angleterre on note une même diminution de la mortalité de la variole.

Néanmoins l'épidémie de variole reste étendue : sa contagiosite est grande ; dans certaines maisons tous les habitants sont pris.

On peut donc sous ce rapport rapprocher les allures cliniques de la variole actuelle des allures même de l'Alastrim qui a fait de nombreuses contagions aux Antilles, en Afrique méridionale.

Les deux maladies ont des analogies : même fièvre, mêmes phénomènes généraux.

En Suisse, l'épidémie de variole, comme l'Alastrim ne s'est pas montrée grave. Les éléments éruptifs de l'Alastrim sont constitués par les mêmes lésions cutanées que ceux de la variole ; ils ont la même répartition.

En outre, il faut noter que dans les cas que nous visons la fièvre de suppuration manque généralement, que les complications sont minimes, que les cicatrices même de la variole actuelle disparaissent vite, comme dans l'Alastrim.

On note encore que la vaccine confère une immunité pour la variole et l'Alastrim, mais que l'immunité conférée contre l'Alastrim n'est pas si intense que vis-à-vis de la variole.

Une vaccination ancienne en préserve moins que cela ne s'observe pour la variole.

Un fait digne de remarque encore, est le suivant :

Les anciens varioleux ne peuvent être revaccinés contrairement à ce qui se passe pour des malades qui ont été atteints d'Alastrim et de cette variole modifiée.

On peut se demander pourquoi cette recrudescence d'épidémie de variole ?

Il y a cela plusieurs raisons bien mises en évidence par M. Netter qui a rapporté d'Angleterre des documents du plus haut intérêt au point de vue de la prophylaxie des épidémies en général et notamment de la prophylaxie de la variole.

Un fait est actuellement démontré, c'est que précisément les deux pays, Suisse et Angleterre, qui sont victimes actuellement de cette épidémie de variole modifiée, sont les deux pays ou la vaccination est en décroissance. Une modification de la législation suisse a donné aux cantons le pas sur les organisations préexistantes et la vaccination a cessé d'être obligatoire, même dans les écoles des cantons de Suisse allemande. Au contraire, dans certains cantons de la Suisse romande et du Tessin, la vaccination obligatoire a été maintenue. A ce propos M. Netter présente des cartes de 1921-1922-1923, ou les régions frappées de variole montrent avec évidence la part qui revient à la Suisse allemande et au contraire la rareté des cas dans la Suisse romande.

Il y a cent fois plus de cas de variole dans les cantons de la Suisse allemande que dans les cantons de la Suisse Romande. Les sujets frappés sont ceux qui n'ont été ni vaccinés ni variolés.

En Angleterre, depuis 1899, la loi votée, donne au chef de famille l'autorisation de ne pas faire vacciner les personnes dont il a la charge, s'il fait devant deux magistrats, et même paraît-il, maintenant devant un seul, la déclaration que sa conscience s'oppose à cette vaccination !

Cette pratique aboutit à ce résultat qu'il y a 40 % de non vaccinés !

A quoi Monsieur le sénateur Poittevin fit remarquer que le scrupule de conscience n'était pas seulement la raison, mais qu'il était le plus souvent employé comme motif, parce qu'il était plus facile à faire valoir, qu'un certificat de vaccination qu'il fallait un certain temps à obtenir.

Au sujet des variations de virulence de l'épidémie de variole certains faits doivent être retenus. Les variations épidémiques sont de notion classique, on les a observées à certaines périodes ; du temps de l'inoculation de la variole on voyait survenir des épidémies de variole qui tantôt étaient graves, tantôt étaient bénignes. Ces mêmes faits se rencontrent dans l'histoire de la variole de ces dernières années. Mais qui peut cependant affirmer que ces faits ne sont pas imputables à la non vaccination. On a même observé dans ces séries, en pleine évolution de variole bénigne, des varioles graves : notamment on connaît deux foyers, ceux de Bâle et de Zurich, qui sont instructifs. A Bâle on comptait des cas très graves 7 morts sur 47 cas. Au contraire sur 196 cas observés en 1921, dans les autres régions de la Suisse il n'y a eu qu'un seul décès. En Angleterre la bénignité était commune à Glocester, mais d'autres régions étaient plus gravement frappées. Notamment à Londres, on comptait 27 p. 100 de décès et dans le reste de l'Angleterre 22 et 23, proportion inférieure à un demi pour cent. Mêmes constatations en Amérique.

Mais cependant la mortalité a quintuplé depuis trois

ans. *Aussi ne convient-il pas d'admettre qu'il y a une variole à bénignité permanente.*

Ces considérations nous conduisirent d'accord avec M. Netter, au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, à attirer l'attention sur certaines mesures prophylactiques : s'il est indispensable d'insister sur les vaccinations et les revaccinations et la désinfection, il a semblé bon de remémorer aux médecins les faits suivants :

Les premiers cas d'épidémie de variole surprennent toujours, et passent toujours inaperçus ! il est indispensable de faire le diagnostic précoce de la variole. C'est surtout avec la varicelle que cette maladie est confondue et plus rarement, ainsi que j'ai été appelé à le constater, avec un hydroa.

La varicelle est de toutes les fièvres éruptives celle qui a été le plus longtemps confondue avec la variole. On peut encore confondre ces deux maladies, au début de l'épidémie de variole principalement.

Rappelons les éléments de diagnostic différentiels importants de ces deux affections :

1) Il faut toujours en présence d'un cas de varicelle s'informer des cicatrices de vaccine.

2) Les phénomènes généraux de la variole durent 3 à 4 jours et précèdent d'autant l'éruption.

3) La température est élevée, les phénomènes généraux. la rachialgie, les vomissements, se montrent même dans les formes bénignes ;

4) Entre la fièvre et l'éruption il y a une période sans température ; au contraire dans la varicelle l'éruption paraît en même temps que la fièvre.

5) Les éléments éruptifs sont, dans la varicelle, des taches et des vésicules qui apparaissent en quelques heures.

Le temps d'éruption de la variole est plus long.

Il y a d'abord un stade papuleux puis la vésicule se forme.

Dans la varicelle, la vésicule est transparente, arrondie, constituée par un épithélium fin et fragile, qui se rompt facilement sous le doigt qui l'explore.

Dans la variole, au contraire, c'est une papule vésiculeuse de teinte nacrée, étalée.

La répartition est différente : pour la variole elle se fait à la face, au tronc, sur les membres ; pour la varicelle, sur tous les points du corps.

Les éléments éruptifs sont d'âge différents dans la varicelle ; ils sont au contraire, contemporains dans la variole.

De plus on peut encore trouver dans certaines épreuves de laboratoire des différences entre la variole et la varicelle.

Le Dr Tiesch, de Zurich, a étudié l'allergie dans la variole et dans la vaccine. Il s'inocula la vaccine 2 à 3 mille fois, la réaction allergique apparaissait au bout de peu d'heures. Quand il se faisait 3 scarifications à un millimètre de distance, après inoculation de vaccin, il constatait que dans les 10 heures les taches devenaient confluentes. Quand il s'inoculait la sérosité variolique, il vit le phénomène très net, et au contraire le résultat était négatif avec la varicelle. Cette propriété qu'il a acquise, il l'a fait aussi acquérir aux membres de sa famille et à sa cuisinière. C'est un procédé de diagnostic dans les cas douteux, car l'inoculation de liquide varioleux peut être faite même après exposition de ce liquide à 60°, même après passage à la température de la neige carbonique, même après dessiccation. On peut donc envoyer par la poste une bourre de coton imprégnée du liquide à examiner et la réponse peut être obtenue en dix heures.

Mais il n'y a pas que l'étude de l'allergie, on peut encore faire des inoculations à la cornée du lapin ainsi que le fait le directeur de l'Institut vaccinal de Vienne.

On sait que l'inoculation de la variole à la cornée du lapin fait apparaître les corpuscules de Guarnieri et des modifications importantes qu'on peut voir à la coupe de la cornée, ou par frottis. A la loupe, on peut voir, en 48 heures, des vésicules petites présentant des *dépressions cratériformes* qu'on peut comparer à celles qui représentent « les montagnes de la lune », dit l'auteur.

Mais surtout, si on sacrifie le lapin, après 48 heures et qu'on place le globe oculaire dans de l'alcool au sublimé, on rend très évidentes ces dépressions cratériformes qu'on ne vit jamais se produire avec la varicelle ou d'autres inoculations.

Ajoutons encore qu'on peut rechercher aussi dans le sang la déviation du complément.

Ces faits nous ont semblé utiles à rappeler : mais on ne devra jamais perdre de vue qu'il n'y a là qu'un seul moyen infaillible d'arrêter une épidémie de variole quelle qu'elle soit : c'est la vaccination et la revaccination. Qui faut-il vacciner ? les sujets vaccinés depuis 4 ans, 3 ans, 1 an les anciens et les nouveaux vaccinés? Il faut vacciner ou revacciner tout le monde !

Notre collègue Debré rapporta dans cette même séance deux petites épidémies : l'une de Toulouse, l'autre de Strasbourg, qui eurent des évolutions différentes parce que cette pratique n'avait pas été observée. Comme il était encore classique de le faire, on n'avait pas, à Toulouse, revacciné des sujets ayant été vaccinés depuis 1 ou 2 ans : l'épidémie s'étendit.

Au contraire, lors de l'épidémie de Strasbourg, tous les sujets qui devaient être revaccinés le furent, même ceux qui avaient été vaccinés depuis un an à peine, l'épidémie s'arrêta. On ne perdra pas de vue que les cadavres sont des agents de transmission de l'épidémie (Debré) et que les personnes chargées de l'ensevelissement et les blanchisseurs doivent être spécialement soumis aux revaccinations et aux pratiques de désinfection des mains, des souliers et d'une manière générale aux précautions du personnel soignant.

Les lipomes

Par le Professeur **TEDENAT**, de Montpellier,
et **G. VILLA**, interne des hôpitaux.

Nous nous proposons de résumer l'histoire pré et postopératoire de quelques lipomes remarquables à divers titres : siège, volume, évolution clinique.

Les lipomes sont, pour l'ordinaire, des néoplasies bénignes ; pourtant susceptibles de gravité par les troubles qu'ils produisent dans certains organes (trachée, œsophage, intestin), par l'importance de l'opération qu'ils imposent. Quelques-uns aussi se comportent comme des tumeurs malignes récidivant et faisant métastases dans les ganglions et dans les viscères.

Le lipome le plus pur, le plus typique comme structure et donc le plus bénin, s'il n'est pas excisé dans sa totalité, peut se reformer et acquérir un volume considérable en peu de temps. On dirait que l'acte opératoire lui a donné un regain de croissance.

Observation I. — Jeune fille de 22 ans, robuste, bien réglée, plutôt maigre, bien musclée, me consulta en janvier 1892, pour

un lipome à lobules fermes qui naissait vers l'ischion droit et se prolongeait dans le sillon cruro-périnéal jusque à la grande lèvre du même côté. Il formait une tumeur irrégulièrement cylindrique formant forte saillie. Elle fut opérée en mai 1892 par mon suppléant — j'étais à Paris du jury d'agrégation. — L'opération fut pénible et quelques nodules furent laissés sous le grand fessier. Quatre ans plus tard (10 juin 1895), la jeune fille, toujours en parfaite santé générale, vint me consulter. La tumeur était aussi volumineuse que lors de la première intervention. Le 13 juin, je l'opérais. Il fallut en arrière soulever fortement le bord du grand fessier recouvrant un bloc du volume d'un œuf de poule et « nettoyer » l'ischion sur lequel la tumeur s'attachait par un pédicule long et large de deux centim. Réunion immédiate. La tumeur ne s'est pas reproduite (15 nov. 1917). Elle pesait 900 grammes.

Ces lipomes insérés sur et dans le périoste, quelquefois à une certaine profondeur dans l'os, ne sont pas absolument rares.

Observation II. — En mars 1888, le Dr Ronzier-Joly m'adressa une dame de 65 ans, portant, depuis une quinzaine d'années, un lipome qui avait rapidement augmenté de volume depuis trois ans. La tumeur grenue, dure, avait la forme d'une bouteille attachée par son goulot à la face externe de l'extrémité inférieure du radius droit ; libre, elle pendait en dehors. Pour parer à la gêne résultant de cette position, la malade la fixait contre l'avant-bras par des tours de ficelle. Ainsi placée, le fond de la tumeur atteignait la région du coude. Depuis trois mois, l'extrémité libre du néoplasme avait subi un ramollissement puriforme qui l'avait creusée en cul-de-bouteille profond de cinq à six centimètres et sécrétait un liquide séro-purulent, fétide, rance, qui imposait deux ou trois pansements par jour. J'excisai la peau ulcérée et le pédicule fibreux long de trois centim. qui s'insérait dans le périoste, que je ruginai pour enlever le pédicule fibreux piqueté de menus grains adipeux. Réunion immédiate sans récidive dix ans plus tard.

Ces lipomes à insertion périostique pénètrent parfois dans les plans superficiels de l'os. Reboul a cité deux cas siégeant sur les 9e et 10e côtes, sans exostose.

Schwartz et Chevrier (Soc. de Chir. 1905) ont communiqué cinq cas de lipomes périostiques (clavicule, fémur, apophyses épineuses du rachis, métacarpe).

Cassanello (Soc. ital. di chir., vol. 18) cite deux cas opérés par Cecci : gros lipome des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales, lipome implanté dans l'épaisseur de l'olécrâne. Cassanello insiste sur la récidive, si on ne fait pas l'ablation totale.

Dans un cas de Sébileau, le lipome périostique récidiva peu après l'opération et reprit un développement rapide. Walther a vu plusieurs cas de lipomes d'assez gros volume attachés au petit trochanter fémoral.

Tédenat a opéré (Hôpital St-Eloi de Montpellier, février 1889) une femme de 48 ans, portant un lipome de 350 gr. attaché par un pédicule de dix centimètres sous l'apophyse occipitale externe. Il dut sculpter le pédicule à travers l'extrémité supérieure du ligament cervical postérieur et ruginer l'os. L'opération fut quelque peu pénible. Réunion immédiate (Observation recueillie par M. Rauzier, externe).

Au cou, les lipomes ne sont pas rares. J'ai opéré un lipome, un gros œuf de poule, de la région sous-maxillaire droite chez une jeune fille de 18 ans portant de gros ganglions. La tumeur, de consistance ferme, faisait corps avec un ganglion fibro-caséeux qui fut enlevé avec la tumeur. Chez un garçon de 16 ans, j'ai excisé un lipome de la région sus-hyoïdienne médiane du volume d'une mandarine, collé à un ganglion fibro-calcaire.

Dans la région cervicale et plus encore dans la région sous-maxillaire, les productions lipomateuses autour des ganglions tuberculeux en état variable d'évolution ne sont pas rares. Delbet et Tuffier (Soc. de Chir. 1898) ont bien étudié ces lympho-lipomatoses, tantôt simples amas graisseux, tantôt lipomes types capables d'acquérir un gros volume.

Aeivoli (*Gaz. med. ital.*, 1902) a recueilli dans la littérature médicale un énorme chiffre de lipomes, et il insiste sur les relations entre leur genèse et la richesse et les troubles de la circulation lymphatique. Il est incontestable que l'irritation chronique, simple ou inflammatoire, joue un rôle peu contestable dans la genèse des lipomes (Delbet).

Au cou, les lipomes sous-cutanés, surtout les sous-aponévrotiques, sont congénitaux dans la proportion de 20 % (Volker). C'est, je crois, une affirmation un peu osée. Mais il est certain qu'ils sont assez fréquents chez les jeunes.

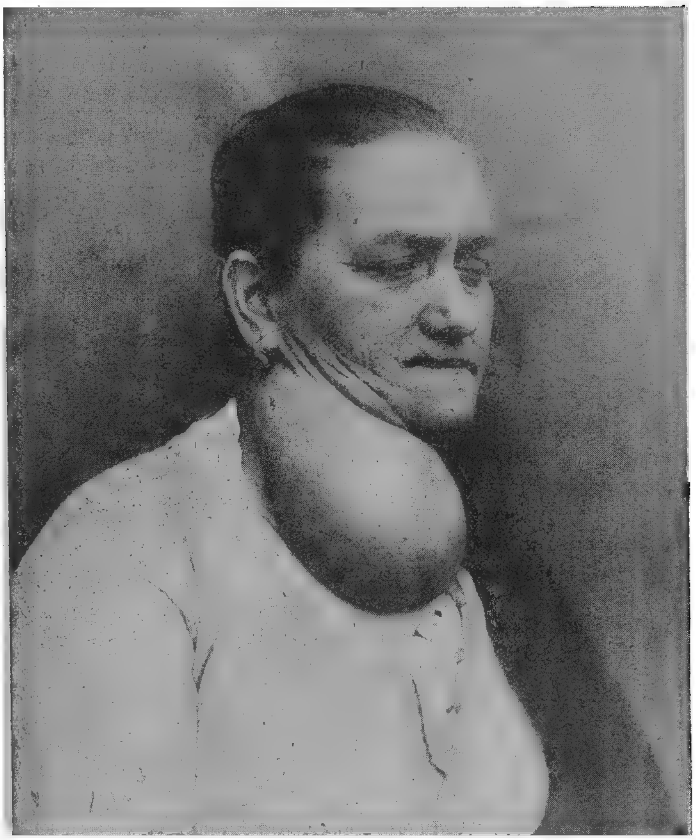


Figure 1.

Observation IV. — Le lipome ici présenté se développa en six ans, d'abord lentement, puis très vite dans les cinq derniers mois. A l'âge de 46 ans, la dame se décida à l'opération ; en partie par raison esthétique, plus encore pour une gêne croissante de la respiration, souvent avec vrai cornage surtout aux époques menstruelles. La tumeur avait d'abord apparu à l'angle de la mandibule droite et peu à peu s'était développée vers le bas. Elle avait une longueur de quinze centimètres, débordait la ligne médiane de cinq centim. à sa partie moyenne et formait un gros bourrelet au-dessous de la clavicule. Elle était de consistance moyenne et vaguement lobulée sous la peau tendue.

Après anesthésie à l'éther, je fis une incision de douze centim. de l'apophyse mastoïde en bas et en dedans.

Je dégageai facilement avec le doigt la partie inférieure de la tumeur et la décollai de bas en haut. La masse néoplasique était couchée dans la gaine jugulo-carotidienne sans adhérences notables. Le pédicule fibro-adipeux fut sans grandes difficultés séparé du nerf hypoglosse et du ventre postérieur du di-

gastrique et un peu plus haut de la branche externe du nerf spinal. Je dus décoller la partie antérieure de l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien, pour ruginer l'insertion du pédicule sur la face externe de l'apophyse mastoïde. Suture avec drains au haut et au bas de l'incision, qui furent enlevés le lendemain. Réunion immédiate. La tumeur (lipome à gros grains et tractus fibreux) pesait 950 grammes.

Dans le cas suivant, le lipome s'insérait par un pédicule fibro-graisseux de trois centimètres de long et de un centimètres d'épaisseur sur l'apophyse transverse de la cinquième vertèbre cervicale droite.

Observation V. — Garçon bien portant de 18 ans ; depuis trois ans, tumeur sur le côté droit du cou. La tumeur a beaucoup augmenté dans les six derniers mois. Quand le Dr Dussaud me l'envoie (10 juin 1913), elle a la forme et les dimensions d'un gros œuf d'oie, de consistance molle, appliqué contre la partie inférieure du larynx, dont elle ne suit pas les mouvements déglutitifs. Il n'existe aucun signe de lésions du rachis cervical. La tumeur ne fluctue pas, l'exploration digitale minutieuse permet de constater une vague lobulation.

Les gros vaisseaux sont refoulés sensiblement en dehors et en avant. Incision sur la tumeur. Incision d'un plan aponévrotique très net. La tumeur paraît sous l'aspect d'un lipome à gros grain qui est fixé par un pédicule sur l'origine de l'apophyse transversale de la cinquième vertébrale. Excision au ras de l'os. Réunion immédiate. La tumeur pesait 160 grammea.

Volker (*Beitr. Zur. Klin. Chir.* Vol. 21) a opéré une jeune fille de 14 ans pour un lipome du volume d'une tête d'enfant.

Le pédicule, ossifié, naissait de l'apophyse transverse droite de la cinquième vertébrale cervicale. Du pédicule partaient des tractus ossifiés qui s'épanouissaient dans la tumeur. Guérison.

J'ai eu l'occasion d'opérer, le 20 janvier 1922, un lipome qui occupait la place du lobe gauche du corps thyroïde et adhérait fortement à la face latérale du cricoïde et aussi au premier anneau de la trachée.

Observation (recueillie par Georges Villa, interne des hôpitaux). — Julie C., 26 ans, régulièrement réglée depuis l'âge de 12 ans, de bonne santé générale. Il y a trois ans, une tumeur s'est montrée à la partie inférieure gauche du cou. Depuis un an, son volume a rapidement augmenté. Un médecin consulté a diagnostiqué : goitre, et conseillé successivement : teinture d'iode, tablettes de corps thyroïde. La tumeur a continué et gêne quelque peu la respiration. Le 15 janvier, la malade se présente dans l'état suivant : tumeur du volume d'une grosse poire un peu aplatie, plongeant en arrière du sternum, suivant les mouvements du larynx dans la déglutition, fixée sur le larynx, de de consistance moyenne, peut-être le siège d'un peu de fluctuation. Le côté droit du corps thyroïde ne présente aucune augmentation de volume. M. Tédenat hésite entre kyste hématique et adénome thyroïdien : mais la tumeur augmentant de volume et ayant résisté aux divers traitements indiqués ci-dessus, l'opération est acceptée.

Incision médiane commençant à la partie moyenne du cartilage thyroïde et finissant au sternum. Six ligatures, surtout sur des veines. La tumeur est mise à nu sous un plan fibro-celluleux. Elle est grenue ou mieux finement lobulée, de couleur jaune clair. Avec la sonde cannelée elle est décollée de haut en bas depuis l'aile du cartilage thyroïde. Elle tient par un pédicule aplati large de deux centimètres épais de quatre à cinq millimètres qui s'attache sur le côté du cricoïde et se prolonge moins fibreux sur le premier anneau de la trachée. Le pédicule est sectionné au bistouri au ras du cartilage. Il y faut de l'attention et de la patience à cause des mouvements du larynx (déglutition d'une salive abondante). Un suintement sanguin peu abondant, mais tenace, rend l'opération lente (vingt minutes). Une fois la tumeur enlevée, il est aisé de constater l'absence du lobe gauche du corps thyroïde et l'état scléreux de l'isthme qui a les dimensions d'une grosse ficelle. Une mèche de gaze est tassée dans la partie inférieure du foyer opératoire, pendant que la suture est faite de la partie supérieure de l'incision. Elle est remplacée par un drain debout. Réunion immédiate. La tumeur vrai lipome, pesait 125 grammes.

Voilà donc un lipome remplaçant le lobe gauche du corps thyroïde. C'était un vrai lipome et non une dégénérescence graisseuse du tissu thyroïdien. Sur des coupes faites dans la région du pédicule, on trouva tractus fibreux et cellules adipeuses, mais point de traces de tissu thyroïdien.

Les faits de ce genre sont certainement bien rares. Je n'en sais que ce qui suit : Klaussner (*Munch mediz. Woch*, 1895) cite un lipome pur siégeant sous le fascia du cou, à gros lobes et occupant la place de la moitié droite absente du corps thyroïde. Extirpation facile. Klaussner connaît trois cas analogues avec absence du lobe thyroïdien.

J'ai eu l'occasion d'observer six cas de lipome rétro-péritonéaux. Ces observations, sauf une récente, ont été publiées dans les thèses de Choussat, Montpellier 1898, de Parzenczewski, Montpellier 1919.

Dans deux cas, les tumeurs s'inséraient sur la lèvre interne de la crête iliaque par un large pédicule et purent être enlevées entièrement. L'une d'elles coiffait la moitié inférieure du rein. Elle pesait 1.850 gr. La malade restait guérie sept ans après. Le côlon descendant, fortement refoulé par le néoplasme, fut quelque peu tiraillé et pendant trois jours, l'opérée éprouva des coliques pénibles. Dans un second cas, tumeur de 2.800 gr. s'insérant, elle aussi, le long de l'attache iliaque du carré des lombes. Guérison sans incidents. Un troisième lipome développé en quatre ou cinq ans chez une femme stérile de 36 ans, envoyait des prolongements dans le mésentère. J'enlevai quatre blocs pesant trois kilog. ; je respectai des masses volumineuses situées un peu partout dans les mésos qui devaient avoir un poids total de 12 kilog. Guérison opératoire. Un an plus tard, le volume du ventre était bien plus considérable qu'avant l'opération. L'intestin distendu montrait ses anses en avant, avec d'énormes borborygmes. Le foie était augmenté de volume ; la malade avait sensiblement maigri. Elle me supplia de l'opérer. J'enlevai encore six kilog., bien entendu sans m'attaquer aux blocs intramésentériques faisant énorme chaîne d'ognons. Guérison opératoire, avec un menu abcès en bas de la ligne de suture, qui donna un peu de pus pendant dix jours. Mais la tumeur continua à augmenter, confinant la malade au lit ou à la chaise longue. Mort en cachexie un an après la seconde opération. L'examen histologique montra de nombreux éléments jeunes le long des travées fibreuses du lipome qui était vraiment un myxo-sarco-lipome.

Certains lipomes ont une vraie malignité. L'analyse histologique y montre, à côté des lobes adipeux bien constitués, des îlots, des traînées de tissu myxo-sarcomateux et avec Tripier, Bard, Delachenal (thèse de Lyon, 1910, sur les lipomes malins) on doit admettre des lipomes à développement rapide, pouvant faire métastases au foie, aux poumons. Delachenal rapporte plusieurs faits de lipomes malins surtout rétro-péritonéaux dus à Waldeyer, à von Gernet, à Pollosson. Malherbe (de Nantes) affirme la malignité des myxo-lipomes (thèse de Chevalier, Paris, 1891).

Mais en dehors de leur malignité histologique point rare, les lipomes rétro-péritonéaux sont des néoformations graves par leur siège. Ils englobent les reins, l'uretère, les gros vaisseaux, les branches du plexus lom-

baire et leur ablation est difficile, dangereuse pour les organes sus-indiqués. Quand ils pénètrent, comme il arrive souvent, dans l'épaisseur du mésentère, leur ablation devient impossible sans lésion des vaisseaux de l'intestin et sans sphacèle intestinal étendu et sûrement mortel.

Aux membres, les lipomes les plus bénins, par leur développement souvent rapide et lointain le long des nappes connectives font l'opération parfois difficile, lente. On a d'énormes surfaces opératoires irrégulières, foyers ouverts à l'infection.

J'ai opéré, en 1912, une femme de 62 ans portant à la cuisse droite un lipome sous-aponévrotique remontant à 6 ans. La tumeur se prolongeait dans toute la gaine des vaisseaux, le long des artères perforantes de la fémorale profonde. Le couturier y creusait un profond sillon. En arrière, elle allait de l'ischion au creux poplité, poussant ses lobes entre les muscles des groupes externe et interne attachés à l'ischion. La tumeur pesait dix kilogr. Avec les drains nécessaires et des points de suture peu nombreux, j'obtins une réunion immédiate. Mais l'opération fut longue et pénible : il fallut décoller les lobes gros ou petits des vaisseaux et nerfs par eux plus ou moins englobés.

Expression en poids du taux de l'hémoglobine

Par Edouard **PEYRE**.

Nous avons l'habitude d'exprimer la richesse en hémoglobine du sang par un pourcentage de convention qui varie selon les différents appareils.

Ceux de Sahli ou de Gowers, qui sont les plus employés, ont un 100 % étalonné sur 17 gr. 20 d'hémoglobine pour 100 gr. de sang, ce qui est très supérieur à la normale, puisqu'il est classique de compter pour normale une moyenne (femmes et hommes) de 13 à 14 gr.

Pour tel autre hémoglobinimètre (Tallqvist par exemple) le 100 % correspond à la teinte que doit donner un nombre globulaire normal (4.500.000 au mmc.), intéressant seulement pour établir la valeur globulaire (1).

Il serait plus simple et plus clair d'exprimer *en poids* la quantité d'hémoglobine que contiennent les globules et pour ce faire, sachant ce que représente les 100 %, il suffirait de se reporter à un tableau comme celui-ci, que nous avons établi pour l'appareil de Sahli-Gowers.

Pourcentage d'hémoglobine, indiqué par l'appareil	Poids réel d'hémoglobine contenue dans 100 gr. de sang
100 %	17 gr. 2
95 %	16 gr. 34
90 %	15 gr. 48
85 % (2)	14 gr. 63 (3)
80 % (2)	13 gr. 76 (3)
65 % (2)	12 gr. 90 (3)
70 %	12 gr. 04
65 %	11 gr. 18
60 %	10 gr. 32
55 %	9 gr. 46
50 %	8 gr. 60
45 %	7 gr. 84
40 %	6 gr. 98
35 %	5 gr. 92
30 %	5 gr. 15
25 %	4 gr. 30
20 %	3 gr. 40

En employant des appareils dont nous connaissons l'équivalence en poids de leur étalonnage, nous aurons toujours des chiffres comparables, il ne s'agira plus d'un pourcentage quelconque, différent d'un appareil à l'autre, mais bien d'une expression concrète puisqu'elle représentera le poids d'hémoglobine que renferment les globules.

(1) La valeur globulaire répond à cette formule VG : $\frac{4.500.000 \times H.}{100 \times N}$ où H. indique le pourcentage trouvé et N. le nombre des globules au mmc.

(2) et (3) Ces chiffres correspondent aux moyennes normales.

CLINIQUE MÉDICALE

A propos d'un cas d'ictère par rétention chez une ancienne syphilitique (1)

Par M. Emile **SERGENT**.

L'observation d'une malade, actuellement dans le service, salle Damaschino, me fournira le prétexte de cette leçon ; cette malade était entrée avec un syndrome complet d'ictère par rétention ; elle avait eu la syphilis. Le problème se posait de savoir s'il y avait relation entre ces deux faits ; le diagnostic soulevait la possibilité d'une hépatite tertiaire gommeuse. Cette hypothèse se présentait à mon esprit, en raison du souvenir que je conservais d'une autre malade que j'avais vue à Necker en 1904. Agée de 40 ans, cette dernière présentait aussi un ictère par rétention d'apparition récente ; en outre, elle était atteinte de lésions syphilitiques, d'ulcérations cutanées tertiaires typiques, siégeant à l'avant-bras et à la face dorsale des mains ; le début de la syphilis remontait à 20 ans. L'ictère durait depuis quelque temps et tendait à la chronicité : il s'accompagnait d'un foie gros débordant largement les fausses côtes, et dont la surface était irrégulière, bosselée ; c'était bien le type du foie ficelé spécifique. La rate était augmentée de volume. Il n'y avait pas d'ascite ; j'insiste sur ce point.

Pouvions-nous mettre l'ictère sur le compte de la syphilis ? Très probablement, oui. Et de fait, nous instituâmes un traitement mercuriel intensif. La guérison fut rapide et complète, l'hépatomégalie, avec ses bosselures, disparut : il s'agissait manifestement d'hépatite gommeuse avec un foyer dans la région du hile, comprimant les gros troncs biliaires.

Me souvenant de cette ancienne observation, j'ai pensé à la même possibilité chez notre malade de la salle Damaschino. Mais à vrai dire, c'est là une circonstance clinique rare, voire exceptionnelle.

Cependant, si vous consultez les auteurs, vous en trouverez quelques mentions. Ainsi, dans le Traité de la syphilis de Lancereaux de 1866, p. 358, on lit ceci : « L'ictère dans la syphilis hépatique tertiaire est rarement observé. Dans deux cas rapportés par Frerichs (2), il est la conséquence de la compression des canaux biliaires, une fois par la tuméfaction des glandes lymphatiques, une autre fois par une cicatrice étendue ; dans un troisième cas, c'est à une périhépatite que ce même auteur rattache ce

(1) Conférence clinique faite à la Charité le 9 novembre 1924.

(2) Traité des maladies du foie et des voies biliaires. (2e édition, Paris 1866.)

phénomène, que Biermer et moi-même avons observé dans les mêmes conditions. Ce symptôme est remarquable par une marche lentement progressive, une longue durée et parfois aussi par une grande intensité.,.. Quoi qu'il en soit, ces faits et quelques autres semblables, dans lesquels l'ictère est pour ainsi dire accidentel, nous permettent d'établir la rareté et le peu d'importance de ce phénomène dans l'étude symptomatique de la syphilis hépatique. »

Dans le Traité de Charcot-Bouchard, Chauffard écrit que la syphilis hépatique donne lieu souvent à un syndrome cirrhotique avec ascite, mais il fait remarquer que les formes gommeuses, pures, de la syphilis tertiaire se déroulent dans le silence symptomatique le plus complet ; les gommes se comportent comme des corps étrangers, sans exercer aucun retentissement sur les fonctions du foie : elles tendent à l'enkystement, à la calcification ou à la cicatrisation scléreuse, étoilée ; ces formes gommeuses ne sont donc reconnues, la plupart du temps, qu'à l'autopsie.

Je me souviens à ce propos d'avoir observé, dans le service de mon maître Letulle, un homme qui mourut d'une affection quelconque, dont la nature m'échappe ; à l'autopsie, nous fûmes fort étonnés de trouver plus de vingt gommes incluses dans la masse du foie, comme de petites billes.

« Tout au plus, ajoute Chauffard, les tumeurs gommeuses peuvent-elles, grâce à une localisation spéciale, entraîner des phénomènes de compression, soit au niveau de l'émergence des gros troncs biliaires, soit, comme dans un fait de Barth, au confluent des veines sus-hépatiques dans la veine cave. Si l'on n'est pas mis sur la trace d'une syphilis ancienne, le diagnostic exact ne peut guère être porté. »

Dans une clinique récente, Achard (1) rapporte une observation d'ictère chronique à rechute, par rétention, chez une syphilitique qui finit par guérir par le cyanure de mercure ; il admet la possibilité d'une cirrhose hypertrophique biliaire syphilitique, différente de celle de Hanot, qui peut exister aussi dans la syphilis, mais dans laquelle les matières ne sont pas décolorées ; cependant, il ajoute qu'on peut voir aussi, dans la syphilis tertiaire, des ictères par rétention dus à une compression gommeuse.

Vous le voyez, cet ictère par retention dans la syphilis tertiaire, sans aucun syndrome ascitique ou cirrhotique, est exceptionnel : il existe cependant et vous devrez toujours y songer, en présence de tout ictère par rétention qui surviendra chez un ancien syphilitique et qui ne fera pas sa preuve.

***

Voici donc pourquoi nous avons pu songer à la syphilis chez notre malade, dont voici l'observation :

Cette femme, âgée de 39 ans, couturière, est entrée le 3 novembre 1924 à la Charité, salle Damaschino, pour fatigue générale et ictère.

Elle était souffrante depuis 15 jours : se plaignant de diminution des forces, de perte de l'appétit. Elle avait eu une épistaxis. Son teint jaunâtre, remarqué par son entourage, s'accentua progressivement et se généralisa à tout le corps. Depuis quelques jours, de la diarrhée était survenue ; depuis 48 heures les selles étaient décolorées. En outre, des nausées et des vomissements survinrent et un prurit intense fit son apparition.

Antérieurement, il n'y avait pas eu de maladies infectieuses dans l'enfance, mais seulement quelques défaillances fréquentes avec perte de connaissance. Fait important, à l'âge de 23 ans, c'est-à-dire il y a 16 ans, cette femme eut la blennorrhagie et un chancre vulvaire qui fut suivi de roséole et d'iritis, traités alors par injections intraveineuses ; quelque temps après, elle fit une fausse couche. En janvier 1923, elle avait été soignée déjà dans mon service à la suite d'une tentative d'empoisonnement par l'alcool à brûler ; elle avait perdu connaissance et, pendant un certain temps, elle eut des troubles gastriques, de la fièvre (39°5), avec un foyer de broncho-pneumonie à la base gauche, puis un deuxième à la base droite. Elle eut aussi une rétention d'urine passagère, sans aucun signe de lésions nerveuses centrales.

Au moment de son entrée, *le 3 novembre* 1924, le syndrome ictérique se résumait ainsi : ictère généralisé avec décoloration des matières, urines franchement bilieuses.

Le foie était un peu gros, débordant de deux travers de doigt le rebord costal, mais lisse, régulier, un peu douloureux à la pression. Le premier jour, la vésicule paraissait un peu grosse, mais pas nettement douloureuse ; au dessous d'elle on sentait le rein droit ptosé. Il n'y avait pas d'ascite, la fosse iliaque droite était douloureuse ; à la pression. La rate n'était pas palpable, mais percutable en avant de la ligne axillaire.

Au cœur, les bruits étaient sourds, réguliers, lents, à 60. Il existait un rythme à trois temps, dû à un bruit de galop droit. La tension artérielle était 12-8. On ne constatait pas de modifications radioscopiques de l'image aortique.

Aucun signe stéthoscopique de lésions de l'appareil respiratoire.

Comme troubles du système nerveux, signalons l'inégalité pupillaire, la pupille gauche étant plus grande que la droite : cette dernière était irrégulière portant ainsi la trace de l'iritis ancienne ; les réflexes pupillaires étaient normaux ainsi que les réflexes périphériques. On ne constatait ni trouble de sensibilité, ni troubles sphinctériens ; il y avait une ébauche de signe de Romberg.

L'exploration des régions ganglionnaires permettait de signaler l'existence de quelques ganglions indurés, indolores, dans la région carotidienne gauche ; mais il n'y avait pas de ganglions occipitaux ni épitrochléens.

Ajoutons que les urines contenaient des pigments biliaires et des sels biliaires, mais ni albumine, ni sucre.

La température était normale.

Dès le 3e jour, l'ictère diminua sans modification parallèle de la courbe d'élimination urinaire. La quantité des urines des 24 heures oscillait entre 500 et 1.500 cm., alors que les liquides ingérés étaient représentés par un litre de kéfir, et un litre de bouillon de légumes : des irrigations froides de l'intestin avaient été prescrites dans le but d'exciter l'excrétion biliaire.

Durant la première semaine d'hospitalisation, diverses épreuves montrèrent l'altération des fonctions hépatiques. La glycosurie alimentaire était très positive. La cholestérinémie atteignait les chiffres de 2 gr. 37, en rapport avec la rétention biliaire.

La réaction de Bordet-Wassermann fut négative. Il n'y avait pas de troubles de la coagulabilité sanguine.

Le 15 novembre, l'ictère persistait encore mais s'atténuait progressivement ; la crise urinaire ne s'était pas encore manifestée ; le prurit était moins intense : par contre la bradycardie plus accusée, à 52. Il existait un certain degré d'asthénie et d'hypotension (9,5-7) avec ébauche de raie blanche, si bien qu'on pouvait penser à une participation possible d'insuffisance surrénale.

(1) *Clinique et laboratoire*, 20 nov. 1922.

Sur une radiographie, on ne voyait pas de calcul dans la région de la vésicule ; celle-ci n'était pas augmentée de volume ; on apercevait le rein ptosé.

***

Quelle interprétation fallait-il donner à cette observation, quels commentaires pouvait-on tirer de cet ensemble symptomatique et de l'évolution de la maladie ?

Deux points doivent être retenus : d'une part, l'existence d'un syndrome d'ictère par rétention ; d'autre part, la notion d'une syphilis ancienne, avérée, avec séquelles d'iritis, et réaction de Wassermann actuellement négative.

Etait-il permis, au début, d'établir une relation de causalité entre ces deux ordres de constatations ? On devait y songer en raison des notions que je vous ai rappelées au commencement de cette leçon. Mais, pour l'admettre, il fallait en faire la preuve.

Or, un ictère par rétention, apyrétique actuellement, ne pouvait relever que de quatre causes, du moins abstraction faite des causes exceptionnelles, comme l'ascaridiose ou le kyste hydatique par exemple.

L'idée du cancer du foie ou du pancréas pouvait être éliminée immédiatement sans discussion, car il n'y avait pas d'hypertrophie du foie, de déformation de celui-ci, pas de bosselures ; il n'y avait pas de grosse vésicule, ni de foyer primitif, gastrique ou autre. L'état général ne faisait nullement penser à un cancer.

Le diagnostic de lithiase méritait d'être discuté avec plus d'attention ; souvenez-vous que le bruit de galop droit, constaté chez notre malade, est souvent observé dans les ictères lithiasiques. Mais, en réalité, cette idée devait être rejetée ; la radiographie en effet était négative ; le début n'avait pas été douloureux, il n'y avait pas eu de colique hépatique, pas de douleur dans l'épaule, pas de douleur à la pression de la vésicule.

En somme, il n'y avait guère que deux diagnostics entre lesquels l'hésitation fût permise : l'ictère catarrhal banal et la syphilis.

Le début par des troubles digestifs, la langue saburrale, l'évolution progressive, la suite des événements, ont bien montré qu'il s'agissait d'un ictère catarrhal banal. Mais au début, on devait songer à la syphilis tertiaire du foie ; il y avait en effet des arguments en faveur de ce diagnostic : l'existence avérée de la syphilis, le gros foie et la grosse rate. D'autres arguments, au contraire, étaient défavorables : le résultat négatif du Bordet-Wassermann, la surface régulière et lisse du foie, l'absence d'ascite et de syndrome cirrhotique.

Or, dans la syphilis hépatique, c'est le syndrome cirrhotique avec ascite qui est dominant, Quelquefois, il s'agit d'une cirrhose du type Hanot, mais celle-ci n'était pas en cause ici puisque les selles étaient décolorées. Pouvait-on songer à ces ictères médicamenteux, provoqué par exemple par les injections d'arsénobenzol chez un syphilitique ? Il ne pouvait en être question, puisque cette femme n'avait pas subi de traitement spécifique depuis longtemps.

Il ne restait que l'hypothèse de gommes hilaires. Nous avons vu, en effet, que les gommes hépatiques évoluent le plus souvent dans le silence absolu, sauf lorsqu'elles siègent dans le voisinage des gros troncs veineux ou biliaires du hile.

Nous avons attendu, sans péril pour la malade, étant donné que l'ictère était de date récente ; nous ne voulions pas risquer de l'aggraver par un traitement arsénobenzolé ; nous nous proposions plutôt de recourir ultérieurement au mercure, si le traitement de l'ictère catarrhal n'était pas suivi d'un effet favorable.

Nous nous sommes contentés de prescrire des irrigations d'intestin, de donner du bouillon de légumes, du kéfir et de l'urotropine.

L'événement a donné raison à notre prudence. Je vous conseille la même conduite en pareil cas.

Vous retiendrez cependant que, en présence d'une syphilis avérée ancienne et d'un ictère par rétention, il ne faut pas se hâter de rejeter systématiquement le diagnostic de l'hépatite gommeuse sous le prétexte que c'est là une exception, car cette exception peut se présenter, ainsi que le prouvent les observations de Frerichs de Biermer, et de Lancereaux et celle que j'ai eu l'occasion de recueillir en 1904 à l'hôpital Necker.

CHIMIE CLINIQUE

Constante uréosécrétoire d'Ambard.

Nous avons dit que le taux de l'urée dans le sang varie avec les heures de la journée, même chez un sujet normal : il était donc difficile de tirer une conclusion quelconque de la connaissance seule du chiffre de l'urée sanguine, à moins qu'il ne soit très élevé, et il a paru intéressant de le comparer à celui de l'excrétion uréique, dans l'urine, au même moment. Ambard a ainsi établi que le rapport de l'urée du sang à l'urée de l'urine est constant, chez un sujet normal, ou varie dans des limites très étroites. C'est ce qu'il a appelé la constante uréosécrétoire et on l'établit de la façon suivante :

En premier lieu, le matin de préférence, faire uriner le malade à fond, de façon à bien vider la vessie et rejeter cette urine. Noter l'heure exacte. Faire ensuite une ponction veineuse pour retirer environ 30 cc. de sang. Au bout d'une heure (exactement soixante minutes), faire de nouveau vider la vessie, recueillir exactement la totalité de l'urine émise et en mesurer le volume (V).

Doser l'urée du sang par un des procédés que nous avons indiqués précédemment, et nous désignerons par (U) le taux de l'urée sanguine par litre de sérum.

Doser l'urée dans l'urine, et le chiffre obtenu par litre, appelé *concentration uréique*, sera désigné par la lettre (C).

En admettant que l'excrétion uréique soit régulièrement la même pendant toutes les heures de la journée (ce qui n'est pourtant pas exact), nous calculerons le chiffre de l'urée excrétée *théoriquement* en 24 heures en multipliant par 24 le chiffre obtenu en une heure. Il résulte, en effet, des expériences nombreuses faites par Ambard sur un grand nombre de sujets humains et animaux, que ce calcul donne, dans la formule adoptée par lui, des résultats satisfaisants. Nous avons ainsi le *Débit uréique* que nous désignerons par la lettre (D).

La constante d'Ambard sera traduite par la formule :

$$K = \frac{U}{\sqrt{\frac{D \times \sqrt{C}}{5}}}$$

Prenons un exemple :

Supposons un malade ayant donné, en 60 minutes, 60 cc. d'urine, et que nous trouvions :

(U) Urée par litre de sérum 0,32
(C) Concentration uréique (ou urée par litre d'urine) 18,20
(D) Débit uréique -ou urée dans l'urine en 24 hr.) 26,20

La formule d'Ambard nous donnera :

$$K = \frac{0,32}{\sqrt{\frac{26,20 \times \sqrt{18,20}}{5}}} = 0,067$$

La constante varie, en effet, chez les sujets normaux, entre 0,063 et 0,08. Pourtant, d'après Ambard, tant qu'elle ne dépasse pas 0,100 et même 0,120, on ne peut pas dire qu'il y a véritablement rétention azotée ou azotémie. A notre avis, il nous semble que lorsque le chiffre de l'urée dans le sang atteint ou dépasse 0,75 par litre, il n'y a pas besoin absolu de faire la constante d'Ambard et on peut affirmer qu'il y a azotémie. Si l'urée sanguine dépasse à peine 0,50, la constante uréosécrétoire devient très ut le, car si elle est élevée, on peut encore affirmer la rétention azotée.

A signaler en terminant que la constante uréosécrétoire est en général élevée chez le vieillard, même en l'absence de lésions rénales : elle est rarement au dessous de 0,09 et atteint fréquemment 0,100.

Nota. — On a voulu, à un moment donné, modifier la formule d'Ambard en tenant compte du poids du malade. Mais, comme il n'y a pas de rapport constant entre le poids du rein et le poids du corps, cette complication nous paraît inutile et on peut s'en tenir à la formule plus simple que nous venons d'exposer.

J. Tonnet,
Docteur ès sciences,
Chef de laboratoire à l'hôpital Tenon.

CONSULTATION DE DERMATOLOGIE

Engelures

Par **L. LORTAT-JACOB** et **LEGRAIN**.

Les engelures se développent au niveau des extrémités (mains, pieds, nez, oreilles, plus rarement les joues) et aussi, du fait des modes féminines actuelles, assez souvent au niveau de la partie inférieure des jambes.

Au premier degré, les engelures sont caractérisées par des placards d'un rouge violacé, d'étendue variable et s'accompagnant d'une sensation de cuisson.

Au deuxième degré les engelures sont *ouvertes*, selon l'expression vulgaire, soit qu'il s'agisse de simples érosions soit d'ulcérations véritables.

L'action du froid et surtout du froid humide est indiscutable, mais les engelures se développent surtout chez des sujets prédisposés, dits lymphatiques, dont les extrémités sont habituellement froides, cyanotiques et hyperhydrosiques. Aussi a-t-on pu considérer les engelures comme une forme de tuberculides ou résultant d'un trouble d'insuffisance glandulaire.

Extrêmement fréquentes dans la jeunesse, on les voit reparaître au cours de la vieillesse par suite d'artério-sclérose ou de tares viscérales.

Le traitement des engelures comporte des prescriptions d'hygiène générale, une médication interne variable selon les sujets et un traitement externe qui ont pour but non seulement de guérir les engelures mais d'en prévenir le retour.

Hygiène générale. — *a*) Exercices physiques et aération continue.

b) Gymnastique respiratoire sous forme d'inspirations forcées répétées plusieurs fois par jour.

c) Méthode bio-kinétique de Jacquet. Le malade doit 8 ou 18 fois par jour, pendant 5 minutes mobiliser activement toutes les articulations des extrémités atteintes en les maintenant en élévation forcée.

d) Bains sulfureux ou salés.

Traitement interne. — *a*) Médication habituelle du *lymphatisme* :

Préparations arsenicales et phosphatées ;
Huile de foie de morue ;
Préparation de quinquina.

b) Opothérapie glandulaire (thyroïde, surrénale, hypophyse, etc. selon le cas).

c) Tuberculinothérapie, *traitement d'exception.*

Traitement externe. — *Engelures non ulcérées.* — Prendre matin et soir des bains locaux avec de la décoction de feuilles de noyer la plus chaude possible. Essuyer minutieusement.

Friction avec alcool camphré, eau-de-vie camphrée, eau de Cologne ou le mélange suivant :

Alun }	āā 5 grammes
Borax }	
Eau de roses	300 grammes

Poudre pour la journée ou la poudre suivante :

Acide salicylique	1 gramme
Amidon }	āā 50 grammes
Talc }	

Pour calmer les démangeaisons du soir on pourra faire une friction avec

Glycérine }	āā 50 grammes
Eau de roses }	
Tanin	0 gr. 10 à 1 gr.

Les emplâtres à l'oxyde de zinc, l'emplâtre rouge de Vidal pourront être utilisés à la phase érythémateuse pure. Les bains locaux d'eau oxygénée à 6 volumes, d'une durée de 20 minutes, donnent souvent d'excellents résultats.

Engelures ulcérées. — Aux traitements précédents on pourra joindre l'application de pommades calmantes, pommades à l'oxyde de zinc additionnées de 2 à 3 p. 100 de camphre, de 0.50 à 1. p. 100 de menthol comme la suivante :

Menthol	0 gr. 20
Camphre	1 gramme
Oxyde de zinc }	āā 6 grammes
Amidon }	
Lanoline }	āā 15 grammes
Vaseline }	

Avant l'application de ces pâtes ou pommades on pourra toucher tous les points suintants avec :

Nitrate d'argent	1 gramme
Eau distillée	40 grammes

Quand les engelures sont ulcérées et très irritées on les panse avec du liniment oléo-calcaire ou une pommade au collargol à 10 ou 15 p. 100.

ACTUALITES

La Médaille de M. Paul Strauss

Le 20 décembre 1924, une affluence considérable se pressait sur les gradins du grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur pour honorer M. Paul Strauss, senateur de la Seine, ancien ministre de l'Hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, auquel M. le Dr Emile Roux allait remettre une medaille, au nom de ses collègues, de ses admirateurs, de ses amis. Cette médaille, œuvre du graveur Paulin, reproduit les traits de celui qu'on a coutume de désigner, dans les milieux de l'assistance, comme le continuateur de Théophile Roussel.

La foule était nombreuse ; comment citer toutes les personnalités connues du monde de la science, de la médecine, de l'assistance et de la prévoyance sociales, auxquelles s'étaient joints des membres du Conseil municipal de Paris, du Conseil général de la Seine et du Sénat.

Notons cependant la présence de nombreux provinciaux venus des coins les plus éloignés de la France pour apporter à celui que l'on fêtait le témoignage de leur reconnaissance et de leur affection ; notons aussi les directeurs de Centres regionaux de lutte contre le cancer : professeurs Hartmann, Gosset, Proust, de Paris ; Marquis, de Rennes ; Gauducheau, de Nantes ; Léon Bérard, de Lyon ; Forgue, de Montpellier ; Gunsett, de Strasbourg, etc., dont la présence associait à cette manifestation la pensée de l'effort entrepris et poursuivi par M. Paul Strauss, alors ministre, dans la lutte contre ce fléau. Malheureusement on regrettait l'absence de M. le professeur Bergonié, directeur du centre régional de Bordeaux et du Sud-Ouest, retenu à Bordeaux et dont le distingué maire de cette ville, M. Phillipart était venu apporter les regrets.

La cérémonie se déroula dans la plus grande simplicité ; la modestie de son bénéficiaire l'avait voulu ainsi malgré des résistances amicales qui durent s'incliner, mais l'émotion de l'assistance suppléait.

M. le Dr E. Roux, qui présidait, lut d'abord une longue dépêche de M. le Dr Bergonié qui s'excusait de ne pouvoir venir, et proclamait en termes lumineux ce que fut l'effort de M. Paul Strauss, et la grandeur de son mérite.

L'assistance en acclama la lecture et l'on ne savait ce qu'elle applaudissait le plus, de l'éloge si justifié qu'elle venait d'entendre, ou du geste de l'ami qui retenu au loin par une maladie douloureuse, née de son dévouement à ses malades et à la science, dominait sa souffrance dans un élan d'affection et venait prendre ainsi sa part, lui aussi, à cet hommage rendu à un ami et à un compagnon de travail.

Puis, M. le Dr E. Roux prit la parole : en un discours clair, précis, il résuma l'œuvre de M. Paul Strauss, et en retraça les divers stades. Il le prit conseiller municipal de Paris, conseiller général de la Seine, sénateur, membre de l'Académie de médecine, et montra dans un raccourci puissant et synthétique, ce qu'avait été son œuvre, ce qu'avait été sa vie depuis 40 ans.

Et le passage fut souligné où le successeur de Pasteur à l'Institut de la rue Dutot, remercia M. Paul Strauss de tout ce qu'il avait fait pour la gloire de Pasteur en organisant et en animant les fêtes du centenaire qui convièrent à Paris, en Franche-Comté, à Strasbourg, en 1923, les savants du monde entier, disciples de l'œuvre pastorienne. Il rappela aux applaudissements unanimes qu'au lendemain de la découverte du traitement de la rage, M. le conseiller Paul Strauss, se rendit au laboratoire de la rue d'Ulm et en sortit pour tenter d'associer la Ville de Paris aux efforts du savant.

L'orateur passa en revue toutes les initiatives de celui qu'on fêtait et nous parcourûmes presque toutes les branches de l'assistance et de l'hygiène : protection de la première enfance, secours aux mères, assistance aux vieillards, infirmes et incurables, lutte contre les fléaux sociaux, la tuberculose, le cancer, les maladies vénériennes, la construction d'habitations à bon marché, la disparition des taudis, l'assainissement des voies privées, la législation des dispensaires d'hygiène sociale, la construction des sanatoria, etc., etc.

Il en arriva ainsi à l'année 1922 qui vit M. Paul Strauss à la tête du Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales et montra ce qu'il avait fait en 26 mois, à son œuvre considérable, un véritable plan des améliorations sanitaires et sociales à réaliser, et dont le parlement même par le vote notamment de la loi sur les lotissements, vient de commencer la réalisation. Longtemps encore, ce plan sera le guide nécessaire de tous les progrès.

M. Paul Strauss répondit et ne dissimula pas son émotion à être ainsi accueilli dans la maison même de Pasteur qui l'honnora de son amitié, puis remercia en termes émus tous ceux qui étaient venus lui apporter en ce jour le témoignage de leur affection.

Longtemps la foule défila devant le sénateur de la Seine, membre de l'Académie de médecine, en lui redisant ses remerciements pour ce qu'il fit, ses vœux pour ce qu'il fera, et souhaitant la réalisation des nombreux progrès envisagés par M. le Dr E. Roux, et que faciliterait la constitution d'un ministère de la santé publique réclamé par l'opinion depuis Littré.

Dr A. FILLASSIER.


Après chaque application reboucher avec soin.
RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE PRÉPARÉ PAR
F. BOUDIN
Pharmacien Chimiste
6, Rue du Moulin
VINCENNES (Seine)
Ce produit NOUVEAU



MOUVEMENT MEDICAL

L'Epreuve du lipiodol en neurologie

L'exploration radiographique après injection de lipiodol est maintenant employée de façon courante dans le diagnostic des affections intrarachidiennes. Introduite pour la première fois en clinique par SICART ET FORESTIER en 1922 (1), elle est rapidement devenue un complément d'examen indispensable dès qu'on soupçonne une compression médullaire. Elle apporte en effet une aide efficace à la clinique, non seulement en localisant le siège exact de l'affection, mais encore, en permettant, d'après la forme des images obtenues d'en induire la nature.

Il existe deux voies possibles d'injection lipiodolée : *la voie épidurale* et *la voie sous-arachnoïdienne* : la première est actuellement abandonnée, car elle est difficile à exécuter et ses résultats sont malaisés à interpréter.

La voie sous-arachnoïdienne est presque uniquement employée, elle est d'exécution facile et d'une innocuité absolue.

L'injection du lipiodol est pratiquée au dessus du siège présumé de la compression (2) et suivie d'une radiographie de la colonne vertébrale en position debout.

Laplane (3) se basant sur des recherches anatomiques, indique pour la ponction trois zones d'élection : région atloïdo occipitale, interligne C^7 D^1 ou colonne dorso-lombaire en dessous des D^9, qui correspondent aux largeurs maxima de l'espace sous arachnoïdien.

La ponction atloïdo-occipitale est de toutes la plus recommandable car c'est elle qui comporte le moins de faux arrêts du lipiodol, donc le moins de causes d'erreur.

La technique est d'ailleurs simple, à condition de s'en rapporter aux règles précises que donne Laplane : ponctionner presque normalement la peau avec une aiguille à ponction lombaire à mi distance de la protubérance occipitale externe et de l'apophyse épineuse de l'axe, le malade étant en décubitus latéral, tête fléchie, et de telle façon que le plan médio sagittal de la tête se confonde rigoureusement avec le plan médio-sagittal du cou et du tronc. Le repère est le ligament atloïdo occipital, dont la traversée est toujours nettement perçue. La moelle en est distante de un cm, elle ne risque donc pas d'être lésée. On s'assure que l'aiguille est bien dans l'espace sous arachnoïdien en laissant s'écouler quelques gouttes de liquide. On injecte un centimètre cube de lipiodol ; sitôt l'injection terminée, on met immédiatement le malade en position verticale pour favoriser la chute du lipiodol.

Cette injection est absolument sans danger. Elle est fréquemment suivie d'une poussée fébrile, mais qui reste légère et ne dure que 2 ou 3 jours. La céphalée, les vertiges, les réactions méningées, sont exceptionnels, à condition de n'employer que du lipiodol pur.

Il s'élimine très lentement, il persiste des années, mais il est toujours très bien toléré par les méninges.

Injecté dans une cavité sous-arachnoïdienne normale, le lipiodol descend rapidement au fond du cul-de-sac dural et la radiographie le décèle sous forme d'une image en radis, en balle de fusil à pointe inférieure. Parfois cependant même après injection haute et en dehors de toute cause pathologique, il se produit de faux arrêts par adhérence du lipiodol aux parois méningées. Ils siègent presque toujours à la région dorsale supérieure (point physiologiquement rétréci) et se caractérisent par l'aspect en coulée et par la fixité de l'image qui ne varie pas dans les diverses positions du rachis.

Dans d'autres cas, un cheminement ralenti du lipiodol peut en imposer pour un arrêt. Il est donc prudent de ne conclure qu'après avoir répété les radios à plusieurs jours d'intervalle et sous différentes inclinaisons. Si les résultats des différents clichés sont concordants, on pourra alors conclure à un arrêt légitime par obstacle.

De toutes les causes d'arrêt du lipiodol, ce sont peut-être *les tumeurs intradurales extramédullaires* qui donnent les images les plus suggestives. Dans les radios de face c'est une image très caractéristique en dôme, en croissant, dont la limite inférieure curviligne est souvent nette et comme tracée au compas. Sur les clichés de profil, c'est un aspect en bec de flûte. Enfin en position horizontale, l'image s'étale, mais le lipiodol gardant en général le contact de la tumeur, sa limite inférieure curviligne persiste

En multipliant les clichés sous des incidences diverses, on peut arriver à préciser, la situation de la tumeur dans l'étui dural. Parfois au dessus de l'arrêt franc, on peut constater un égrènement plus ou moins accentué du lipiodol qui témoigne d'une méningite sus-jacente.

Ces images d'aspect si particulier ont une valeur considérable, à ce point qu'elles permettent le diagnostic des tumeurs à leur phase préparaplégique, alors qu'elles n'ont encore, comme traduction clinique, qu'un syndrome radiculaire.

Le lipiodol donne des aspect moins nets et moins connus dans *les tumeurs intramédullaires*. Elles provoquent soit un cheminement lent, soit un arrêt ayant tous les caractères de l'arrêt par adhérence dont nous avons parlé plus haut. Parfois comme dans le cas de Froment Japiot et Dechaume (1), sans déterminer d'arrêt franc, elles s'encadrent de petites taches résiduelles et transitoires qui dessinent en quelque sorte leur contour. On ne peut encore tirer de ces faits de conclusions définitives, mais on voit combien de telles images sont différentes de celles que donnent les tumeurs extramédullaires, et l'on conçoit que l'épreuve du lipiodol puisse apporter entre ces deux types de lésions des éléments de différenciation.

Quant aux *tumeurs extradurales*, leurs images d'arrêt sont incomplètement connues, elles se rapprochent d'ailleurs des arrêts par pachyméningites.

Celles-ci, qu'elles soient de nature tuberculeuse, syphilitique ou cancéreuse, ont un type d'arrêt commun, c'est un aspect en U. Sorrel (2) dans les pachyméningites du mal de Pott, signale des arrêts à limite inférieure nette, horizontale. De profil, c'est une image en pointe, qu'on retrouve d'ailleurs également dans les symphyses méningées post-traumatiques.

Dans les paraplégies par abcès intra-rachidien, ce n'est ni une image en pointe, ni un bec-de-flûte, mais un contour curviligne a convexité inférieure, d'aspect assez spécial pour faire soupçonner le siège extra-dural de la compression, Sorrel (3) décrit pourtant des images d'arrêt en pinceau, avec ou sans prolongements latéraux.

Enfin, dans une dernière catégorie de cas, il s'agit d'arrêts partiels (accrochage) ou francs avec images dites en peigne qui semblent caractériser des lésions d'arachnoïdite. Sorrel décrit de ces aspects dans certaines paraplégies pottiques guéries.

Pour terminer, il convient de remarquer que les lésions osseuses du rachis quelles que soient les déformations dont elles s'accompagnent, ne peuvent arrêter le lipiodol sous-arachnoïdien que lorsqu'elles ont retenti de façon notable sur les méninges.

Avant ce stade, il peut être intéressant de comparer les transits sous-arachnoïdien et épi-dural, celui-ci étant bloqué bien avant celui-là (4).

(1) SICARD et FORESTIER.
(2) On peut également faire l'injection au dessous de la compression après fonction lombaire, mais il est nécessaire de radiographier le sujet en position décliné, tête en bas. Peu de laboratoires de radiologie sont outillés pour cela, c'est pourquoi l'on préfère l'injection haute,
(3) LAPLANE. — La radio-diagnostic des affections intra-rachidiennes par liopodol sous-arachnoïdien. (Thèse Paris, 1924.)

(1) FROMENT, JAPIOT et DECHAUME. — Soc. méd. Hôp. Lyon uin 1923.
(2) SORREL et Madame SORREL-DÉJERINE. — *Rev. Neurol.* Juillet 1924;
(3) SORREL et Mme SORREL-DÉGERINE. — *Rev. neurol,* Juillet 1924.
(4) SICARD, HAGUENAU et COSTE. — *Rev, neurologique,* Juillet 1924.

Malgré les nombreuses incertitudes que comporte encore l'épreuve du lipiodol et malgré la difficulté d'interprétation de ses résultats, elle apparaît cependant comme une épreuve de grande valeur. Sans vouloir supplanter la clinique, elle lui apporte une aide précieuse. Les renseignements qu'elle fournit sont d'importance diverse.

1° En présence d'un syndrome de compression médullaire elle affirme le diagnostic clinique. Elle aide au diagnostic de localisation souvent très délicat, malgré les règles précises formulées par Babinski (1). Les résultats du lipiodol se sont montrés toujours d'accord avec la clinique.

2° A la phase préparaplégique des tumeurs intrarachidiennes l'arrêt franc du lipiodol vient affirmer, en même temps que son siège, l'existence d'une tumeur que la clinique ne peut souvent que suspecter.

3° La forme de l'image peut-être assez caractéristique pour qu'on en déduise la nature de la compression.

4° Enfin du point de vue thérapeutique, en affirmant la présence d'un obstacle et son siège, il donne aux chirurgien la certitude qu'une intervention limitée lui permettra de trouver la lésion.

A. Lemaire.

LES INSTRUMENTS NOUVEAUX

Ecraseur à serrage parallèle

Par le Docteur COUDRAY

Les pinces écrasantes de tous modèles créées jusqu'à ce jour avaient le défaut de tendre à chasser l'organe saisi vers l'extrémité de l'instrument, réalisant un serrage et un écrasement irréguliers par suite du glissement de l'organe pincé et du serrage inégal, la pince serrant d'abord au niveau de l'angle formé par les deux branches écrasantes.

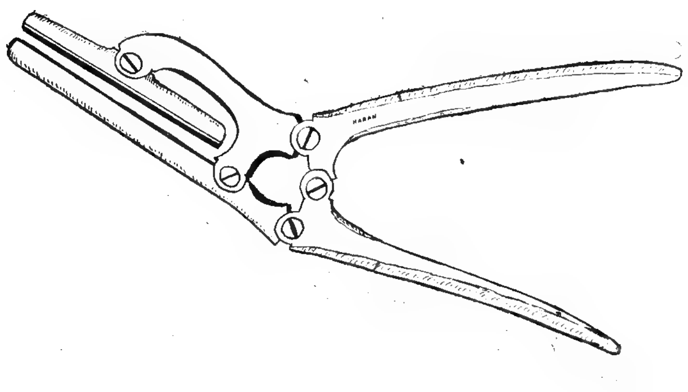


Figure 1.

Ce grave inconvénient disparaît avec le modèle que nous présentons ici ; il est conçu suivant le principe de démultiplication des pinces américaines, de l'écraseur de Mayo par exemple. Sa particularité réside en ce fait qu'une de ses branches est fixe et que l'autre est mobile, ne tenant au reste de l'instrument qu'au niveau d'une genouillère située à égale distance de ses extrémités.

Cette branche mobile vient donc s'appliquer parallèlement sur la branche fixe, pince régulièrement l'organe saisi et l'écrase d'une façon absolument égale, aussi bien sur un de ses points que sur un point diamétralement opposé,

On se rend compte, de ce fait, des avantages présentés par cette pince et des multiples services qu'elle peut rendre en chirurgie abdominale : résections épiploïques après écrasement qui a besoin d'être régulier, résections intestinales (gros et grêle) avant entéro-anastomoses, résections gastriques.

La lame épiploïque serrée est écrasée également d'un bout à l'autre, l'anse intestinale ne tend plus à être pincée d'un côté alors que le point diamétralement opposé est absolument libre, ce qui a pour effet de rompre irrégulièrement les tuniques et d'amener un écrasement très inégal. Avec notre pince, l'écrasement est absolument le même partout et se produit symétriquement sur tous les points de la zone enserrée.

Cet écraseur (1) a été fait en deux dimensions répondant au petit et au grand écraseur de Mayo, ce dernier pour la chirurgie gastrique.

ANALYSES

SYSTÈME NERVEUX

Sur la contracture pyramidale envisagée dans ses rapports avec les autres contractures. (Foix et Chavany. *Presse Médicale*, n° 60, 1924.)

Les auteurs font les remarques d'ensemble suivantes :

La *contracture pyramidale*, telle qu'on peut l'étudier chez les hémiplégiques, prédomine sur les groupes musculaires qui sont le plus régis par la motilité volontaire, tandis qu'elle respecte relativement les muscles de la statique et de l'équilibre, les muscles de la vie végétative et des actions automatiques et subconscientes qui sont relativement indépendants du faisceau pyramidal. Sa topographie se rapproche de celle de la paralysie mais cependant la superposition n'est pas absolue. C'est qu'en effet pour un muscle donné la motilité statique et syncinétique est relativement conservée, la motilité volitionnelle étant diminuée ou abolie. Et de plus les actions volitionnelles proprement dites sont d'autant plus frappées par la paralysie qu'elles sont plus inhabituelles.

En outre la contracture pyramidale s'accompagne généralement d'une exagération proportionnelle des réflexes tendineux ; elle est renforcée par l'effort (syncinésie globale) et est considérablement diminuée par les lésions des racines postérieures (tabes). C'est une contracture continue, d'intensité sensiblement constante. Elle s'exagère peu par les mouvements intentionnels. Elle n'est pas plastique, ne s'adapte pas aux attitudes passives. Enfin elle s'accompagne souvent d'un certain degré d'atrophie, avec effacement des reliefs musculaires, qui lui donne un aspect mort.

Les *contractures extrapyramidales* sont, les unes permanentes, les autres variables ou mieux intentionnelles.

Parmi les contractures permanentes se place la ***rigidité parkinsonienne***. Il est remarquable qu'elle affecte avec prédilection les muscles de l'attitude et de la mimique, c'est-à-dire les groupes respectés par la contracture pyramidale. C'est en outre une contracture plastique, avec exagération des réflexes de posture, consolidant à chaque segment les attitudes passivement imposées (rigidité de fixation de Strumpell). Les reliefs musculaires sont conservés. Le muscle cède d'une façon spéciale, cireuse, et la difficulté de sa décontraction provoque le phénomène de la roue dentée. L'examen électrique montre un allongement de la contraction avec tendance myotonique.

Aux contractures extrapyramidales permanentes se rattachent encore la ***rigidité décérébrée***, dont quelques cas ont été observés chez l'homme, et la ***rigidité dite pallidale*** qui présente les caractéristiques suivantes : contracture intense en extension, prédominante sur la face et sur les membres inférieurs, s'accompagnant de contraction intentionnelle, plasticité moindre que dans la rigidité parkinsonienne, intensité moindre des réflexes de posture.

(1) Babinski et Jarkouski. — *Rev. neurol.* N° 6 1923.

(1) Etablissement Haran, 12, rue Lacépède, Paris.

La *contracture intentionnelle* qui est celle de la choréo-athétose des syndromes wilsoniens affecte surtout la face et les membres, créant les grimaces, la dysarthrie, les attitudes anormales avec pseudo-asynergie cérébelleuse. Au niveau du tronc elle crée le spasme de torsion. Elle consiste en un spasme variable, représentant une exagération du tonus de soutien. Tantôt elle se produit sur un fond de contracture permanente, tantôt sur un fond du tonus normal ou même d'hypotonie. Il ne faut pas la confondre avec l'impossibilité de l'inhibition volontaire de l'hypertonie, ni avec la persévération tonique par myotonie, phénomènes qui peuvent d'ailleurs s'associer à elle.

F. et C. étudient ensuite à part la *contracture en flexion*, contracture d'automatisme, véritable phénomène des raccourcisseurs fixé, qu'ils considèrent, ainsi que la *contracture hyperspasmodique* avec spasmes toniques d'extension, comme liée à la libération de la moelle non seulement de l'action du faisceau pyramidal mais encore des voies motrices extrapyramidales.

F. et C. montrent ensuite les divers modes de groupement de ces divers aspects élémentaires de contractures dans les syndromes lenticulaires, thalame-sous-thalamiques, mésencéphaliques, dans la maladie de Little, l'hémiplégie cérébrale infantile et les syndromes médullaires.

Ils rappellent enfin la complexité des phénomènes qui président à la *pathogénie des contractures*, puisque les divers centres du névraxe constituent autant de centres étagés dont chacun a son action tonique. Ils pensent que la contracture pyramidale ne s'explique pas seulement par des phénomènes de libération, mais aussi par des phénomènes d'irritation sous-jacents. Ils attribuent dans cette contracture une part prépondérante à l'élément myofibrillaire du muscle.

LUISA LEVI (*Presse Médicale*, 1924, n° 64) rapporte des observations d'**Hémispasmes faciaux d'origine périphérique** et discute leur pathogénie. Les uns, causés par l'irritation du nerf, sont des spasmes équivalents de paralysie, non accompagnés de contracture musculaire, et sont guérissables. Les autres, qui peuvent être primitifs ou secondaires à des paralysies faciales, s'accompagnent de contracture musculaire et sont inguérissables. Ces spasmes avec contracture sont comparables aux syndromes physiopathiques des membres ; ils représentent un syndrome musculaire sympathique pur, lié à l'hypertonicité du sarcoplasme des muscles mimiques par suite d'un état irritatif des fibres sympathiques qui accompagnent le nerf facial. Au point de vue thérapeutique il y aurait lieu de tenter la décortication électrolytique du facial.

G. GUILLAIN, ALAJOUANINE et CELICE rapportent un cas très démonstratif de **Contagion de l'encéphalite épidémique à sa phase parkinsonienne.** (*Presse Médicale*, 1er octobre 1924.)

S. WEISS et F. KENNEDY, dans un cas de **Myotonie congénitale** n'ont pas trouvé d'altérations histologiques dans le muscle prélevé par biopsie. Ils ont constaté par contre, par les divers épreuves d'exploration sympathique, un état d'*hypervagotonie* qui leur paraît en grande partie responsable du trouble de la contraction musculaire dans la maladie de Thomsen. Ceci concorde avec les idées actuelles sur le rôle du système autonome dans le tonus musculaire. (*Arch. of. Neurol. and Psych.*, tome XI, mai 1924.)

L'état mental dans le syndrome bradykinétique. (HESNARD. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 10 octobre 1924.)

On sait que Verger et Cruchet ont décrit sous le nom de syndrome bradykinétique le syndrome moteur si particulier réalisé par les formes prolongées de l'encéphalite, et caractérisé avant tout par le retard et la lenteur de l'acte volontaire Hesnard étudie le syndrome mental qui accompagne le trouble musculaire, et peut se superposer à lui. Ces malades ont une sorte de répugnance à l'action, car ils sont condamnés à vouloir constamment leurs mouvements.

Leur fonds mental, mémoire, attention, jugement, sens critique, est intact. Mais le courant de leur pensée est engourdi. A leur viscosité motrice se superpose une *viscosité mentale* ; ils sont obligés de vouloir constamment leur pensée. Ce n'est pas à proprement parler une bradyphrénie, car ce ne sont pas les fonctions psychiques elles-mêmes qui sont ralenties, mais seulement le mouvement de la pensée. C'est plus exactement une *bradypraxie* ou une *bradykinésie psychique*.

Sous leur air impassible, ces malades gardent leur vie affective. Pourtant la fatigue que leur donne la pensée fait qu'ils finissent par vibrer moins que les autres, et peut les conduire à l'indifférence de leur état. Parfois cependant les fortes émotions telles que la colère déclanchent chez eux des manifestations violentes d'une *activité émotionnelle paradoxale*, comparable aux phénomènes de kinésie paradoxale.

Ce syndrome mental propre des bradykinétiques peut évidemment s'associer à d'autres troubles touchant plus ou moins profondément le fonds mental, et formant une liaison avec les formes démentielles de l'encéphalite ; perversions instinctives, états hystéroïdes, formes rappelant la démence précoce.

La crampe des écrivains. (J.-A. BARRÉ. *Paris Médical*, 4 octobre 1924.)

La crampe des écrivains n'est pas une simple névrose. On trouve dans certains cas des *modifications objectives* qu'il faudrait s'attacher à rechercher toujours minutieusement : parésie parcellaire des fléchisseurs intéressant les faisceaux destinés à l'index et au médius, hypertonie avec diminution d'extensibilité des fléchisseurs associée à une augmentation légère de l'extensibilité des muscles antagonistes, apparition de tremblement, de secousses brusques de flexion des doigts au cours de certains mouvements, abolition ou inversion du réflexe antérieur du poignet. Il n'y a ni atrophie musculaire, ni troubles des réactions électriques. On peut noter encore quelques douleurs subjectives, une très légère hyposthésie tactile sur la zone radiale de la main, une douleur à la pression du médian et du radial, des troubles vaso-moteurs, des modifications capillaroscopiques.

Ces troubles peuvent être considérés comme l'expression d'une atteinte légère, mixte, mais à forte prédominance irritative, du neurone périphérique. Ils peuvent être sous la dépendance d'*altérations de la colonne cervicale* que la radiologie peut mettre en évidence : côtes cervicales, arthrite déformante. On retrouve là une conception analogue à celle que MM. P. Marie et Léri ont proposée pour le torticolis spasmodique, et d'ailleurs la coexistence des deux affections est possible. Il n'en reste pas moins vrai d'ailleurs que le facteur psychique joue aussi son rôle.

Au point de vue thérapeutique, il y a lieu de recourir dans ces cas à la radiothérapie, à la diathermie, au besoin aux injections locales au voisinage des trous de conjugaison correspondant aux racines atteintes.

J. DECOURT.

Traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (G. ROUSSY, S. LABORDE et G. LÉVY. *Rev. Neurol.*, août 1924.)

Les auteurs ont traité par les rayons cinq cas de gliomes cérébraux, tous vérifiés histologiquement : ils emploient des rayons pénétrants, à la dose maxima de 12 à 20.000 R pour chaque série d'irradiation.

Ils n'ont pas obtenu de succès comparables à ceux des auteurs qui ont employé cette méthode avant eux. Ils remarquent :

1° Qu'aux diverses variétés de gliomes correspondent des différences de radiosensibilité.

2° Qu'il n'est pas toujours sans danger d'employer des doses très élevées comme certains auteurs le conseillent. Chez leurs malades, des doses faibles ont fréquemment déterminé des réactions graves (obnubilation, état demi-comateux, accentuation d'une hémiplégie) qui ont obligé à suspendre le traitement.

Pour conclure, le traitement radiothérapique des tumeurs encéphaliques (exception faite des tumeurs de la région hypophysaire) reste incertain et imprécis, en raison de la difficulté d'en diagnostiquer le siège et la nature. Le traitement reste avant tout chirurgical (exérèse ou trépanation décompressive) ce n'est qu'ensuite, et ensuite seulement, qu'on est en droit de s'adresser à la radiothérapie.

Sur un cas de gliome cérébral traité par la radiothérapie profonde après large trépanation. Très grande amélioration. (Cl. VINCENT et J. A. CHAVANY, *Rev. Neurol.*, juillet 1924.)

Les auteurs présentent un cas de gliome de la région rolandique postérieure très heureusement influencé par la radiothérapie profonde.

Ce malade présentait une hémiplégie gauche, progressive, ayant débuté par une monoplégie-jambière, respectant la face mais s'accompagnant de troubles mentaux.

Echec du traitement spécifique. Malgré l'absence de signes d'hypertension intracranienne, on pense à une néoplasie. La trépanation révèle l'existence d'un gliome diffus de la région pariétale postérieure. On soumet le malade à deux cures de radiothérapie profonde (28.000 R en 16 séances) à un mois d'intervalle.

A la suite de ce traitement les mouvements sont redevenus normaux au membre supérieur presque normaux à la cuisse et à la jambe, seule persiste la paralysie des fléchisseurs dorsaux du pied.

Malgré l'absence d'examen histologique, il s'agit presque à coup sûr, d'un gliome cérébral à tendance extensive, très grandement amélioré par la radiothérapie profonde.

Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (G. ROUSSY, J. BOLLACK, S. LABORDE et G. LÉVY. *Rev. Neurol.*, octobre 1924.)

D'après huit cas de tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire traduites cliniquement par un syndrome soit acromégalique, soit adiposo-génital, soit chiasmatique, et traité par la radiothérapie, les auteurs concluent :

1) Ce traitement donne des résultats incontestables, arrêtant l'évolution de ces tumeurs ou les faisant même rétrocéder. Les fortes doses (12 à 15000 R) sont bien tolérées (un seul cas de réaction méningée de type puriforme aseptique). L'influence favorable et l'innocuité du traitement opposent donc ces tumeurs basillaires aux tumeurs intracérébrales : les premières sont justiciables de la radiothérapie, les secondes du traitement chirurgical.

2) Leurs observations comfirment les idées de Camus et Roussy sur les syndromes dits hypophysaires. Elles montrent la fréquence et l'importance des signes attribués à tort à l'hypophyse, dans les tumeurs infundibulo-tubériennes, la relation qui existe entre les centres situés à la base du 3e ventricule et les fonctions génitales ; et qu'enfin la polyurie dite hypophysaire peut céder à tout autre traitement qu'à celui considéré comme spécifique, l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Syndrome infundibulo-tubérien d'origine néoplasique probable, guéri par la radiothérapie pénétrante. Les troubles consécutifs aux lésions basilaires du cerveau. (G. ROUSSY et J. LHERMITTE. *Rev. Neurol.*, juillet 1924.)

La malade présentée par R. et L. est intéressante à un double titre :

1° Elle présentait un syndrome infundibulaire complet : polyurie, polydipsie, polyphagie, adiposité, arrêt de lamenstruation, pilosité. Affaiblissement de la vision, crises de narcolepsie, céphalée fronto-orbitaire.

L'absence de déformation radiographique de la selle turcique et d'hémianopsie d'une part, d'antécédents syphilitiques ou encéphalitiques d'autre part, permirent de conclure à une néoplasie de la région infundibulo-tubérienne.

La radiothérapie profonde et intensive fit regresser puis disparaître les manifestations morbides.

2° Cette même malade présentait en outre, un syndrome psychique qui disparut, lui aussi, sous l'influence de la radiothérapie, et qui affectait un type très spécial : perturbation évidente, du caractère et de l'affectivité, avec intégrité presque parfaite des fonctions proprement intellectuelles.

Il est logique d'admettre que ces troubles psychiques, au même titre que les troubles physiques, furent conditionnés par la lésion basilaire du cerveau. Ils s'apparentent aux troubles psychiques post-encéphalitiques, rapprochement d'autant plus suggestif que dans l'un et l'autre cas, les lésions siègent dans la région mesocéphalique.

Sur un type d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë (A. SOUQUES et TH. ALAJOUANINE. *Annales de médecine*, avril 1924.)

S. et A. publient leurs observations cliniques anatomiques et expérimentales au sujet d'un cas d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë.

Il s'agit d'un malade ayant présenté un syndrome d'atrophie musculaire progressive pure type Aran, Duchenne généralisée en huit mois, et terminée par un syndrome bulbaire aigu.

En dépit de l'évolution rapide, et contrairement aux grosses lésions massives qu'on observe dans les poliomyélites chroniques, l'examen anatomique n'a montré que des altérations discrètes, à type de poliomyélite antérieure infectieuse, prédominant au niveau du renflement cervical de la moelle et des noyaux bulbaires.

Expérimentalement, un lapin injecté avec la moelle cervicale du sujet, a, six mois après l'injection intra-cérébrale, reproduit le même tableau clinique que le malade. Les centres nerveux présentaient les mêmes lésions.

Après une discussion très serrée de leurs constatations cliniques, anatomiques et expérimentales, les auteurs concluent qu'il s'agit d'un type d'atrophie musculaire progressive à évolution subaiguë, par poliomyélite discrète, infectieuse, affection due à un germe neurotrope invisible, transmissible à l'animal. Ils tendent à individualiser dans le groupe si imprécis des atrophies musculaires progressives un type autonome à évolution subaiguë.

A. LEMAIRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 décembre 1924

Acidité ionique. — ***MM. Bierry*** et ***Lescœur*** présentent un dispositif pour la détermination de l'acidité ionique dans les liquides de l'organisme. La mesure du PH, grâce à ce dispositif, devient extrêmement simple et rapide, tout en conservant la précision requise.

Sur la sécrétion hypophysaire. — ***M. R. Collin*** (de Nancy), en se plaçant sur le terrain histologique, souligne certaines notions susceptibles d'éclairer le rôle de l'hypophyse : la portion glandulaire de l'h. a la structure d'une glande endocrine ; la glande pituitaire fabrique un produit, la substance colloïde, que l'on trouve dans les vésicules du lobe antérieur, dans celles de la pars intermedia et dans le tissu conjonctif interstitiel. L'histologie montre que les voies d'excrétion s'étendent des cordons glandulaires aux noyaux du tuber. Ces diverses notions aideront les physiologistes et les cliniciens à élucider les fonctions d'un organe qui est l'association singulière d'une glande pharyngienne et d'un diverticule cérébral.

Elections. — ***M. Barrier***, vice-président, passant à la présidence, sont élus pour 1925 : ***M. Bar***, vice-président, ***M. Souques***, secrétaire annuel, ***MM. Balzer*** et ***Bazy*** membres du Conseil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 décembre 1924.

A propos du diagnostic des affections de la région duodéno-vésiculaire. — ***MM. Ch. Jacquelin et Max M. Lévy*** rapportent l'observation d'une malade ayant présenté tous les signes cliniques et radiologiques d'une périduodénite. Les examens radiologiques furent particulièrement nombreux et pratiqués par plusieurs médecins ignorant les examens antérieurs : tous les résultats furent identiques. A l'intervention chirurgicale, le duodénum était normal ; il existait par contre une hépatite syphilitique (diagnostic macroscopique et histologique) avec augmentation d'épaisseur du foie qui écrasait le duodénum et le repoussait à gauche. D'ailleurs la malade avait eu autrefois une syphilis traitée à Saint-Louis jusqu'à Wassermann négatif. Cet examen pratiqué à nouveau dans le service donna un résultat identique.

L'épreuve du traitement fut concluante. Les douleurs disparurent, la malade reprit 4 kilogrammes sous l'influence du bismuth.

Les auteurs estiment qu'un seul signe aurait pu éviter l'erreur de diagnostic : c'était le déport du duodénum à gauche de la colonne vertébrale, et ils insistent à nouveau sur les difficultés d'interprétation des images radioscopiques et radiographiques du duodénum.

Polynévrite tuberculeuse (à propos du procès-verbal). — ***M. Crouzon*** considère les cas de polynévrites tuberculeuses comme très rares, mais dans certains cas l'étiologie paraît probable en l'absence d'antécédents d'autre nature.

Le phénomène de l'escalier dans les arythmies. — ***M. Martinez*** (République Argentine) insiste sur les phénomènes des oscillations en échelon dans les arythmies notamment dans les cas d'arythmie complète.

L'auteur attache à ce signe une certaine importance pronostique.

Eloge de M. Jean Camus. — ***M. Vaquez.***

Rapport annuel du secrétaire général. — Eloges de ***MM. Vallin, Antony, André Bergé.***

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du vendredi 11 décembre 1924

Kyste osseux de l'humérus. — MM. ***Rœderer et Fauconnet*** présentent l'observation d'un enfant de 26 mois qui s'est fracturé trois fois l'humérus gauche au niveau d'un kyste osseux. Le traitement conservateur ne paraît donc pas suffisant pour la guérison définitive : il faut recourir à la greffe, en particulier par la méthode Delagénière.

Sarcome du cou. — M. ***V. Pauchet*** présente une enfant de 4 ans 1/2 opérée à 4 mois d'un sarcome du cou. Exérèse combinée au radium. Pas de récidive.

Colectomie pour tuberculose du cou. — M. ***V. Pauchet*** présente la pièce opératoire. Guérison.

Traitement de la colite ulcéreuse par la méthode d'Einhorn. — M. ***R. Gaultier***, en exposant cette méthode qui a donné d'excellents résultats aux Etats-Unis, insiste sur les avantages de cette technique qui supprime le temps opératoire des appendicostomies. des cæcostomies ou des colostomies auxquelles elle peut suppléer. Très facile. Très bien supportée. L'auteur présente une malade qui a gardé le tube 11 jours : instillation chaque jour de 250 à 500 cc. d'une solution de carbonate de chaux à 0,50 p. 1000 d'où régularité des selles et disparition du sang dans celles-ci. Présentation de photographies très intéressantes.

Extraction cérébrale d'une balle de revolver. — M. ***Bourguet*** présente un blessé guéri auquel il a extrait une balle de revolver logée dans la corne temporale du ventricule moyen par une incision passant par le centre auditif.

Appareil pour l'anesthésie. — M. ***Dupuy de Frenelle*** estime que diminuer l'emploi du chloroforme et de l'éther, diminue proportionnellement le risque opératoire. Le chlorure d'éthyle donné goutte à goutte est actuellement l'anesthésique le moins dangereux. Il présente un masque très ingénieux pour l'administration du chlorure d'éthyle goutte à goutte, et en montre le fonctionnement.

Nouveau cas de consolidation d'une fracture du col du fémur par les procédés non sanglants. — MM. ***Cayla et Judet*** montrent sur une série de projections comme it traiter les fractures extra-capsulaires du col du fémur par un *plâtre de précision* construit sur une table spéciale permettant la traction mécanique et le contrôle des rayons X.

Assemblée générale. Election du bureau pour 1925. Président : M. ***Dartigues*** — Vice-Présidents : MM. ***Léopold-Lévi, Laignel-Lavastine et H. Duclaux.*** Secrétaire général ; M. ***P. Blondin.*** Secrétaire général adjoint : M. ***A. Lavenant.***

H. DUCLAUX

BIBLIOGRAPHIE

Unité des mondes, par le Dr DOUSSAIN, In-8° 1925. Prix 8 fr. A. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

La première partie de ce travail est essentiellement philosophique et constitue une critique fort courtoise des œuvres de M. Flammarion.

L'auteur soutient énergiquement la théorie uniciste et affirme que tout est esprit dans l'univers. Cet esprit perçu par les sens s'appellerait la matière. Dans la seconde partie de son ouvrage, M. Doussain émet une série d'hypothèses qui tendent à expliquer par les lois de la science, les phénomènes métapsychiques. Ces hypothèses, comme il le dit lui-même, sont faites pour le travail et leur but est d'aider les chercheurs scientifiques.

Radio et curiethérapie en clientèle, par M. A. KERGROHEN. In Collection « Comment guérir ? ». Prix 20 francs. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

La radio et la curiethérapie n'ont jamais été exposées dans un livre qui soit mieux à leur portée que celui du Dr Kergrohen. Il appartient à cette collection. « Comment guérir ? que publie MM. Maloine et fils et dont les praticiens possèdent toutes les publications. Celle de M. Kergrohen est riche de toutes les qualités qui se retrouvent dans les autres : compétence, concision, clarté, élimination de toutes les notions qui ne sont pas indispensables au praticien

Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique, par le Dr Gabrielle LÉVY, ancien interne des hôpitaux de Paris. 1 vol. in-8° 380 pages, 53 figures dans le texte. 25 fr. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

Syndrome parkinsonien, syndrome excito-moteur, troubles sensitifs, sensoriels, mentaux, trophiques : tels sont, avec un chapitre consacré à l'encéphalite chez l'enfant, les divisions de cet important ouvrage. résumé d'une étude de plusieurs années dans le service du professeur Pierre Marie, à la Salpêtrière.

Un chapitre d'anatomo-pathologie et de pathogénie et un index bibliographique extrêmement complet achèvent de le rendre nécessaire à qui veut connaître la question.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Le traitement des bronchites catarrhales aiguës à forme traînante

Il est classique d'admettre dans l'évolution et dans le traitement des bronchites aiguës, deux périodes. La première est caractérisée par la toux, la fièvre, la courbature générale ; la seconde par la diminution de ces symptômes et l'apparition d'une expectoration d'abord muqueuse, puis muco-purulente, et d'abondance variable. C'est la période de coction.

Pratiquement, il y a une troisième période à envisager. L'expectoration, en effet, peut, ou bien diminuer et disparaître, ou bien se **prolonger longtemps encore**. Cette période de déclin dure parfois plusieurs semaines et constitue la bronchite **traînante**, sujette à des recrudescences inflammatoires subaiguës.

L'examen des poumons fait constater, à l'auscultation, la persistance des râles humides et des ronflements bronchiques. Les râles muqueux sont disséminés aux deux bases, ou agglomérés en un foyer unique à l'une ou l'autre des bases.

Dans la plupart des cas de bronchite catarrhale aiguë, cette période de déclin n'existe pas, il est vrai, avec une semblable intensité. Mais **presque toujours**, on constate la persistance plus ou moins longue d'une expectoration muco-purulente, avec quelques râles bronchiques disséminés. En un mot, **la bronchite n'est pas guérie.**

Le gaïacol est, sans conteste, le meilleur médicament à opposer à ces formes traînantes, qu'on le prescrive sous forme cristallisée (malheureusement assez mal supportée par les estomacs délicats), ou mieux, sous forme d'éther glycéro-gaïacolique soluble, ou Résyl, dépourvu de cet inconvénient. Ce dernier a, de plus, l'avantage d'être facilement injectable ; il peut donc être administré soit en sirop, forme préférée des enfants, en comprimés, pour les malades occupés au dehors, ou d'injections intra-musculaires, s'il y a indication d'agir activement ou de réserver la voie stomacale pour d'autres médications.

Le résyl est un asséchant bronchique, un désinfectant de la muqueuse. Il agit donc directement sur la lésion et en modifie favorablement l'évolution. Il s'adresse à la cause et, pour cette raison, est indiqué dans les bronchites traînantes où la *natura medicatrix* ne semble pas suffire et demande à être aidée.

Sous son influence, l'expectoration se modifie. Elle se fluidifie, perd son caractère purulent, devient muqueuse et se raréfie pour cesser ensuite. L'auscultation permet alors de constater la disparition de l'humidité bronchique et souvent la *restitutio ad integrum* qui doit toujours être le but que l'on doit s'efforcer d'atteindre par le traitement des affections bronchiques.

Voici deux faits cliniques intéressants à ce point de vue :

OBSERVATION I. — *Bronchite catarrhale aiguë à forme traînante* (10 novembre 1923).

Joseph I... 34 ans. Bronchite aiguë traitée par la médication ordinaire : codéine, aconit, benzoate de soude. Amélioration. Température, au début de 38°5, 38°8, tombée au bout de 8 jours à 37°6 le soir. Le malade vaque à ses occupations dans son appartement, mais tousse et crache toujours. La terpine est employée sans grand succès.

Fin novembre. Le malade crache surtout le matin et parfois dans l'après-midi. L'auscultation fait entendre des râles muqueux de gros calibre à la base droite. Ronchus expiratoires disséminés aux deux poumons.

Traitement. — Injection intra-musculaire tous les deux jours d'une ampoule de résyl de 2 cc. Dès la troisième ampoule, diminution de l'expectoration, elle est moins épaisse et plus fluide et n'existe plus au réveil. Après 8 injections, c'est-à-dire après environ deux semaines, disparition totale des crachats et de la toux.

L'auscultation démontre l'absence de tout râle humide bronchique. Il n'existe aucune anomalie respiratoire. Guérison parfaite.

OBSERVATION II. — *Bronchite catarrhale d'origine grippale.* (15 janvier 1924.)

Albert P... 28 ans, comptable. Bronchite catarrhale grippale le 15 janvier 1924, avec forte température, courbature générale, accès de toux, insomnie.

Traitement habituel par l'aconit, le benzoate de soude, la quinine, etc. Amélioration au bout de quelques jours, mais il existe une expectoration muco-purulente assez abondante. Râles sous crépitants moyens au lobe moyen du poumon droit. Traitement par les comprimés de résyl, trois par jour. Amélioration rapide. Au bout du cinquième jour, l'expectoration diminue ; elle devient muqueuse, aérée. Les râles humides sont en plus petit nombre. La dose de résyl est portée à quatre comprimés par 24 heures. Une semaine après l'expectoration a disparu : l'humidité bronchique n'existe plus et l'auscultation fait simplement constater une diminution de la respiration au lobe moyen droit. Il existe une submatité légère au même point ; mais **l'asséchement bronchique est complet.** Cette légère obscurité respiratoire serait une séquelle d'ancienne bronchite datant de l'enfance au dire du malade. L'état général est bon.

A notre avis, la médication gaïacolée doit être **systématiquement utilisée** dans toute bronchite catarrhale aiguë, vers la fin de la période de coction, c'est-à-dire dès que l'affection atteint le 12e jour environ. Il y a à ce moment une phase thérapeutique que l'on devrait appeler la phase du gaïacol. Si, en effet, le praticien avait alors régulièrement recours à cette médication, il constaterait d'une façon constante l'asséchement de l'expectoration, la disparition des râles bronchiques, et l'appareil respiratoire ne présenterait pas, comme cela est si fréquent, des séquelles inflammatoires, point de départ d'affections pulmonaires ultérieures.

Nous considérons, quant à nous, qu'une telle thérapeutique est indispensable pour obtenir la **guérison** de la bronchite aiguë dans un délai normal, et c'est à tort, à notre avis, que beaucoup de praticiens estiment la médication gaïacolée comme spécialement indiquée dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. Les bronchites non bacillaires bénéficient aussi bien et même mieux des propriétés asséchantes et modificatrices du résyl.

Dans la tuberculose pulmonaire ce sont d'ailleurs les infections secondaires qui réagissent le plus favorablement, au début, au médicament, et c'est sur elles que son action se remarque tout d'abord.

Nous croyons même qu'il peut représenter un moyen de diagnostic ou plutôt de présomption entre la bronchite et la tuberculose. Si, en effet, un malade continue, à tousser, à **cracher**, malgré cette thérapeutique suffisamment continuée et aux doses voulues, c'est que son affection peut reconnaître une cause spécifique, et il conviendra de la rechercher. Cette opinion, évidemment, n'est pas absolue, mais elle a une valeur pratique que nous avons maintes fois contrôlée.

O. R.

BIBLIOGRAPHIE

Les hépatites dysentériques et leur traitement, par le Dr A. VALASSOPOULO et Pavlos PETRIDIS. Préface du Dr E. RIST, 1 vol. de 150 pages : 12 fr. (Maison et Cie, éditeurs).

C'est une monographie complète de l'hépatite dysentérique telle qu'elle est observée dans les pays chauds, et spécialement en Egypte.

Technique clinique d'examen complet du système nerveux, par G.-H. MORAND-KROHN. Préface de M. SOUQUES, édition française, d'après la deuxième edition anglaise revue et augmentée par l'auteur, par le Docteur R. MOURGUE. 1 vol. in-16 de 216 pages, avec figures hors texte et index détaillé : 12 francs. (Librairie Le François, 91, Boulevard Saint-Germain, Paris-VIe).

Ce qui caractérise, cet ouvrage, c'est de contenir outre les données élémentaires, les techniques les plus récentes, y compris les examens cliniques de laboratoire (Ponction sous-occipitale, examen du liquide céphalo-rachidien, dont un procédé entièrement nouveau d'examen de la pression intra-méningée, etc.) Les examens des organes des sens (œil et oreille) y sont l'objet de longs développements. Enfin, il faut citer comme particulièrement élégante la présentation de l'examen complet d'un sujet dit aphasique.

Il n'est pas jusqu'aux schémas anatomiques, qui terminent l'ouvrage, dont il ne faille souligner l'intérêt pratique. Le neurologiste de profession lui-même aura intérêt à retrouver, dans beaucoup de passages, le résumé des beaux travaux de l'auteur publiés en langues scandinave ou anglaise (dissociation de l'innervation volontaire et émotionnelle dans la paralysie faciale centrale, réflexes abnominaux, travaux sur les lésions nerveuses de la lèpre, sur les fonctions psychosomatiques, etc.).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Sports d'Hiver au Mont Revard, à Mégève-Mont d'Arbois et Chamonix Mont-blanc

En vue de faciliter l'accès aux stations de sports d'hiver des Alpes Françaises, la Compagnie P. L. M. mettra en marche un train rapide de nuit, 1re et 2e classes, places de luxe, wagons-lits et wagons-restaurant.

Ce train aura lieu trois fois par semaine les lundi, mercredi et vendredi, du 19 décembre 1924 au 25 février 1925, au départ de Paris ; les mardi, jeudi et dimanche, du 21 décembre 1924 au 26 février 1925, au départ de St-Gervais-les-Bains-Le Fayet.

Il sera également mis en circulation ;

le mardi 23 décembre au départ de Paris,

le mercredi 24 décembre au départ de St-Gervais-les-Bains-Le Fayet,

le samedi 27 décembre, dans les deux sens.

Aller : Paris, dép. 21 h. 48. Aix-les-Bains-Mont Revard arr. 6 h. 45. Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois) arr. 10 h. 21. St-Gervais-les Bains-Le Fayet, arr. 10 h. 34. Chamonix-Mont Blanc, arr. 11 h. 50.

Retour : Chamonix-Mont Blanc, dép. 16 h. 32. St-Gervais-les Bains-Le Fayet, dép. 18 h. Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois) dép. 18 h. 11. Aix-les-Bains-Mont Revard, dép. 21 h. 45. Paris, arr. 7 h. 05.

Eléments d'histologie. Structure et évolution de la Matière vivante, par Ed. RETTERER, 1 vol. in-8° 219 p. 93 fig. Prix : 20 fr. Payot éditeur, 106, Boulevard St-Germain, Paris 1924.

L'auteur s'est ici proposé de donner à tous, même à ceux qui n'ont ni le loisir, ni les moyens de se livrer aux études microscopique, une idée nette du développement, de la structure et des transformations des êtres vivants.

Manuel d'archéologie française depuis les temps Mérovingiens jusqu'à la Renaissance. I. *Architecture religieuse*, par Camille ENLART, directeur du Musée de Sculpture comparée du Trocadéro. Deuxième édition revue et corrigée. Troisième partie. — **Table alphabétique et analytique des matières**, par Remy DELAUNAY. Un volume in-8°, 184 pages à 2 colonnes 15 fr.

Cette table, rédigée avec la plus grande précision, sera pour les archéologues et pour tous ceux, si nombreux actuellement, qui s'intéressent à nos monuments religieux, un instrument de recherches et un guide incomparable. Ils trouveront plus de 22.000 références de noms de lieu, vérifiées avec le soin le plus minutieux, et dans la première partie consacrée aux matières, dans chaque article important, des renvois clairs et raisonnés permettent de reconstituer la doctrine de l'auteur sur toutes les modifications de notre architecture religieuse. On sait quelle place tient le Manuel de Enlart dans notre littérature archéologique et artistique ; cette Table ajoutera considérablemenn à savaleur pédagogique et scientifique.

Actuellement en vente : ARCHITECTURE RELIGIEUSE. 2e édition. Première partie. — Périodes Mérovingienne, Carolingienne et romane. 1 vol. — Deuxième partie. — Période française dite gothique, Style flamboyant, Renaissance. Accessoires 1 vol. — ARCHITECTURE CIVILE ET MILITAIRE *épuisé*. — Le Costume 1 vol. — Le Mobilier, un ou deux volumes en préparation prochaine. Chaque volume broché. 30 fr. — rel. toile 40 fr.

Manuel d'archéologie préhistorique celtique et gallo romaine, par Joseph DÉCHELETTE. — Tome I. **Archéologie préhistorique : âge de la pierre taillée, âge de la pierre polie.** 5e édition, 1 vol — Tome II. L'âge du bronze. Deuxième édition augmentée d'un index. 1 vol. — Tome III. Premier âge du fer, époque de de Hallstatt, 1 vol. Tome IV. **Second âge du fer.** Epoque de la Tène, 1 vol.

Les volumes consacrés à la période Gallo-Romaine sont en préparation et seront publiés par M. GRENIER, professeur à l'Université de Strasbourg.

Chaque volume broché : 30 fr. ; relié 40 fr. A. PICARD, éditeur, 82, Rue Bonaparte. Paris.

Calendrier pour 1925 à gravures médicales. (Edition J. Philip Kruseman, La Haye : Prix, 3 florins, 25. (Prix spécial pour la France : 20 fr.)

Ce calendrier qui paraît pour la 4e année, comporte 28 folios avec feuilles détachables, représentant un tableau ou gravure à sujet médical.

Citons parmi les plus intéressants : Michel Verlet : Le singe dentiste, du musée d'Anvers ; A. Goubau : Le dentiste, musée d'Anvers ; J.-H. Steen : Charlatan, du musée d'Amsterdam ; J.-H. Steen : Le Dentiste, collect. du Dr de Groot ; J.-H. Steen : L'opération dans la bouche, collect. du Dr de Groot ; D Theniers : dessin du musée Velcome, à Londres ; J.-H. Steen : L'extraction, collect. du Dr Groot ; Bega : L'examen de la bouche. collect. du Dr Wessler. Cette intéressante publication, présentée avec grand luxe, mérite d'être connue.

Le Chèvrefeuille par Thierry Sandre. Roman. Prix Goncourt. Un vol. in-16 double couronne : 7.50. La Nouvelle Revue Française. Paris.

« Aucun de nous ne peut bien dire comment il veut être aimé », déclarait Byron. Aussi est-ce sans recourir à l'excuse d'une fatalité trop commode, et en ne faisant état que de la faiblesse humaine et de ses contradictions, que Thierry Sandre conte ici l'aventure d'un homme qui fut heureux et ne sut pas conduire son bonheur, et d'une femme que l'amour au contraire soutint irrésistiblement.

La terre, sa structure et son passé, par Louis de Launay. Un volume in-16 Collection Payot, no 33 : 5 fr. (Payot, 106, Boulevard Saint-Germain, Paris).

Le nouveau livre de Louis de Launay, l'auteur de *la Science Géologique* et de *l'Histoire de la Terre*, n'est pas plus que les précédents, un traité de géologie ; mais il est destiné à faire aimer la géologie dont il présente, sous une forme concise, claire et vivante, les résultats les plus passionnants et les plus nouveaux.

D'une façon générale, la Terre est ici envisagée comme le support matériel des êtres organisés, indépendamment d'eux. On a pu ainsi éviter tous les noms de fossiles et les termes techniques qui donnent habituellement à la géologie une physionomie si rébarbative.

Charles Baudelaire. **Variétés critiques. I. La peinture Romantique. II Modernité et surnaturisme. Esthétique spiritualiste.** 2 vol. de la Bibliothèque Dionysienne. Prix : 15 fr. (Editions Crès, 21, rue Hautefeuille. Paris).

M. Elie Faure, en publiant ces deux volumes, n'a pas prétendu révéler au public Baudelaire critique d'art, mais mettre un peu d'ordre dans ceux de ses écrits qui relèvent de l'esthétique et les rassembler sous une forme aussi cohérente que possible. Tels qu'ils sont présentés, ces fragments permettront d'apprécier la qualité de cet aspect de son génie.

Angkor, par George Groslier. Un vol illustré de 103 gravures et de cinq cartes et plans, de la collection « Les Villes d'Art » (Broché : 12 fr. Relié : 17 fr. (H. Laurens, Ed., 6 rue de Tournon(.

M. George Groslier, directeur actuel des arts cambodgiens et Conservateur du Musée du Cambodge, bien connu par ses travaux antérieurs sur l'art et le peuple khmers, a rédigé le texte de ce volume. Sa grande érudition n'a rien négligé des documents historiques : mais il nous apporte ici surtout le fruit de ses études et de son expérience personnelle ; il a réuni enfin de nombreuses photographies toutes récentes qui nous donnent de l'architecture khmère une représentation exacte et complète.

Les ruines d'Angkor Thom, d'Angkor Vat et des principaux édifices suburbains nous apparaissent tout à tour. Tous ceux qui s'intéressent à la « plus grande France » n'oublieront pas leurs caractéristiques ; galeries étagées et circulaires, portiques et tours innombrables, qui nous font évoquer les monuments les plus fameux de l'antiquité. Les lecteurs d'Angkor assistent à la lutte de la végétation et de l'architecture, auprès des frises et des murailles où s'éternisent dans la pierre tous les dieux de l'Olympe brahmanique, le Buddha mystérieux et souriant, les danseuses sacrées fixées dans leur attitude hiératique. Ce ne sont que terrasses, enceintes, bassins et toute une faune et une flore sculptees d'une prodigieuse variété qui s'offrent à nos regards et à notre admiration. Et que penser de cet ensemble si imposant dont l'intérêt artistique ne saurait être surpassé ?

Grâce à son illustration abondante, à sa documentation précise et jamais aride, ce nouveau livre, accessible à tous et où se révèle le vrai visage d'Angkor, est promis à un succès durable et mérité

La Chanson de Roland, texte annoté par Edmond AUBÉ, 1 vol. in-12 Prix : 7 fr. (Librairie Garnier, 61, rue des Saints-Pères, Paris).

Dans cette édition de la *Chanson de Roland*, M. Aubé a écrit avec l'orthographe moderne tous les mots qui sont demeurés dans notre langue ; il n'a été fait exception à cette règle que lorsque la mesure du vers l'exigeait. Les mots qui ne sont plus en usage ont été laissés tels quels ; mais l'auteur en a donné le sens dans des notes explicatives placées à chaque page au dessous du texte. Grâce à cette disposition que n'offre aucune autre édition, le lecteur peut immédiatement se rendre compte du sens d'un vers difficile, et, au bout de peu de pages, il pourra comprendre le texte même aussi facilement que du français moderne.

Raoul de Cambrai. Chanson de geste du XIII[e] siècle renouvelée par Paul TUFFRAU. Un volume in-16, sur beau papier alfa : 10 francs. (L'Artisan du livre, 2, rue de Fleurus, Paris 6e).

M. Paul Tuffrau, ancien élève de l'Ecole Normale Supérieure, à qui nous devions déjà « La Légende de Guillaume d'Orange, et les « Lais de Marie de France », transposés en français moderne, publie aujourd'hui : Raoul de Cambrai.

Raoul de Cambrai est conçu comme La Légende de Guillaume d'Orange : c'est un renouvellement, non une traduction. Il est superflu de rappeler l'importance littéraire de ce très vieux poème ; il est classique de le citer à coté de la Chanson de Roland. Cependant il n'a jamais été traduit ni adapté en français moderne.

C'est ce récit primitif que M. Truffrau a voulu dégager. Comme dans la Légende de Guillaume d'Orange, il a conservé peu d'archaïsmes : il pense que les curiosités de langage empêchent le lecteur de pénétrer jusqu'au caractère profondément humain de ces vieux textes, bien plus riches qu'on ne croit.

Degas (1834-1917) par Ambroise VOLLARD, 1 vol, de la collection « Artistes d'hier et d'aujourd'hui », 32 phototypies hors texte. Prix : 15 fr. (Editions Crés, 21 rue Hautefeuille. Paris, 1924.)

C'est le Degas hautain et douloureux en son amertume artistique et intellectuelle que nous montre M. Ambroise Vollard en nous rapportant les propos du maître, dans une série de brefs dialogues notés sur le vif. D'excellentes phototypies reproduisent les meilleures toiles du grand peintre des *Danseuses*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Le Vieillard. Quelques considérations, par le D[r] Charles VIDAL, in-8°, 540 p. Bloud et Gay.

Ruydard KIPLING. **Contes choisis**, traduit par Louis FABULET, Robert d'HUMIÈRES et Arthur AUSTIN-JACKSON, in-8°, 15 fr. Mercure de France.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce: Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 2 **Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ)** 10 JANVIER 1925.

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies.......... **30** fr.
Belgique et Italie .... **40** fr.
Union postale.............. **50** fr.
Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. THÈSES. — 5 *janvier*. — M. BRETTMAN (J.). Les rayons ultraviolets. — M. PAGÉ (A.). Hydrocéphalie congénitale et syphilis héréditaire. — M. GALLOT (J.). Traitement de la syphilis dans les maternités. — M. WACHTEL (F.) Etude de l'électrocutation accidentelle. — M. THÉPÉNIER (A.) Les sucres du sang, leurs dosages, etc.

Mardi 6 *janvier*. — M. FLIPO (M.). Les amputations ostéo-plastiques du genou. — M. ROBINSON (Ed.). Etude du plombage des os par la masse de Delbet. — M. ROBLOT (M.). Etude sur l'heure à laquelle accouchent les femmes. — M. PAIN. Le neuro-vaccin.

M. SOULLIER (J.). Etude de l'hémoglobinurie. — M. COFFIN (P.). Etude des abcès du poumon. — M. SEPCHAT (E.). La cure hydrominérale d'altitude du Mont-Dore. — M. SÉGUIN. La paralysie infantile.

7 *janvier*. — M. COZETTE. De la responsabilité des Compagnies de chemin de fer dans le transport des animaux. — M. GOLVAN. La castration des vaches laitières (Thèses vétérinaires).

8 *janvier*. — Mme HENRY (M.). Sur un cas de fièvre aseptique d'origine encéphalopathique. — M. JAUBERT (A.). L'immunité locale et ses applications. — M. YACOVLEV. Association pithiato-organique. — M. SOUN (M.). Les troubles psycho-sensoriels d'ordre visuel.

Agrégation des Facultés. — La date d'ouverture de la session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie est fixée au 19 janvier 1925.

Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit pour les differentes sections :

Médecine : 19 janvier 1925.

Chirurgie et obstétrique : 21 janvier 1925.

Anatomie, histologie, histoire naturelle, médicale et parasitogie ; physiologie, chimie, physique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie : 23 janvier 1925.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de trois heures.

Bureaux d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne).

Le traitement alloué est fixé à 1.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notoriété acquise par eux dans des services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages en articles publiés. Les candidats peuvent, en outre, demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène. (*J.O.*, 30 déc. 1924.)

Organisation d'un voyage médical au Maroc. — La Compagnie générale Transatlantique désireuse de faire mieux connaître aux médecins français et étrangers les beautés et les ressources du Maroc français et de l'Afrique du Nord, a décidé d'organiser un nouveau Voyage Médical dans ces contrées enchanteresses pour les mois d'avril-mai prochain.

Voici le programme horaire de ce voyage : 18 avril. Embarquement à Marseille pour Alger à 12 h. — 19 avril. Arrivée à Alger vers 16 h. — 20 avril. Séjour à Alger. Visite de la ville, de la Kasbah. — 21 avril. Excursion au Jardin d'Essais. — 22 avril. Alger-Tonès. Déjeuner à Cherchell. Visite du Musée. Dîner et coucher à Tenès. — 23 avril, Tenès-Oran. Déjeuner à Ouillis. Dîner et coucher à Oran. — 24 avril. Séjour à Oran : Visite de la ville. Excursion au Belvédère. — 25 avril. Oran-Tlemcen. Déjeuner à Tlemcen. L'après-midi, visite de la ville. — 26 avril. Séjour à Tlemcen : Excursion à Sidi bou Médine. — 27 avril. Tlemcen-Oudjda : Déjeuner à Oujda. — 28 avril. Oujda-Taza. Déjeuner à Guercif. Dîner et coucher à Taza. — 29 avril. Taza-Fès : Déjeuner à Taza. Excursion à Taza-le-Haut. — 30 avril. Séjour à Fès : Visite de la ville, des souks. — 1er mai. Tour de la ville. — 2 mai. Fès-Meknès par Volubilis et Moulay Idriss. Déjeuner à Meknès. Visite de la ville. — 3 mai. Meknès-Rabat : Déjeuner à Meknès. Le matin excursion aux anciennes écuries. — 4 mai. Séjour à Rabat ; visite de la ville, de la Kasba des Oudaias, de la Tour Hassan. — 5 mai. Rabat-Casablanca ; déjeuner à Casablanca. — 6 mai. Casablanca-Marrakech ; déjeuner à Mazagan. Dîner et coucher à Marrakech. — 7 mai. Séjour à Mawakech. 18 mai. Visite de la ville des souks. Excursion à l'Aguedal. — 9 mai. Marrakech-Casablanca ; déjeuner à Settat. Dîner et coucher à Casablanca. — 10 mai. Embarquement pour Bordeaux. — 11, 12 et mai. En mer. — 14 mai. Arrivée à Bordeaux.

Le prix de ce voyage qui est normalement de 6.700 francs, sera réduit pour les médecins qui voudront bien y prendre part : à quatre mille huit cents francs par personne.

Il comprend les traversées aller et retour en excellente installation de 1re classe ;

Le transport entre Alger et Casablanca en excellents cars contenant seulement dix places et munis de sièges tournants Pulman ;

Le séjour dans les hôtels en Afrique du Nord pendant toute la durée du voyage (boisson aux repas non comprise) ;

Les services d'un commissaire-guide des auto-circuits ;

La visite des villes et de leurs curiosités ;

Les pourboires à bord et dans les hôtels ;

Le voyage ne sera définitivement organisé que lorsque dix inscriptions auront été reçues. Le prix réduit consenti aux adhérents médicaux, impose en effet l'obligation de faire partir chacun des cars-autos à plein, c'est-à-dire avec dix passagers.

La *Presse thermale et climatique*, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris (XIVe) a eté chargée de centraliser les souscriptions à ce voyage.

Les médecins qui désireraient y participer sont donc invités à envoyer sans retard à l'adresse ci-dessus une adhésion de principe qui deviendra définitive dès que dix inscriptions auront été enregistrées.

Conférences d'ophtalmologie pratique. — Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital Necker-Enfants-Malades. — Le Dr Poulard, commencera ces conférences le lundi 2 février à 2 heures 1/2, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Elles sont destinées aux médecins qui exercent et aux étudiants qui se préparent à exercer la médecine générale.

Elles sont gratuites.

Conférences de psychologie pathologique. — Des conférences sur des sujets de psychologie pathologique seront faites toutes les semaines, à 21 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à partir du mercredi 7 janvier 1925 et continueront tous les mercredis, à la même heure.

SUJETS TRAITÉS : 7 janvier : M. Pierre JANET. L'angoisse et la peur de l'action. — 14 janvier : M. LHERMITTE. Psychophysiologie du lobe frontal. — 21 janvier : M. LAIGNEL-LAVASTINE. Les troubles sexuels d'origine sympathique. — 28 janvier : M. CLAPAREDE. Le point de vue biologique en psychopathologie. — 4 février : M. MIGNARD. Les troubles de la spontanéité mentale. — 11 février : M. ROGUES DE FURSAC. Le spleen. — 18 février : M. LÉVY-BRUHL. La mentalité primitive. — 25 février : M. WALLON. La mentalité épileptique. — 4 mars : M. BLONDEL. Psychologie pathologique et sociologie. — 11 mars : M. PIERON. La douleur. — 18 mars : M. G. DUMAS. Les maladies nerveuses expressives. — 25 mars : M. DELACROIX. Le lapsus et le trouble de la pensée verbale. — 1er avril : M. H. CLAUDE. L'activité psycho-motrice sous-corticale.

Leçons sur les syphilis viscérales tardives. — M. H. GRENET fera le samedi, à 11 heures, à partir du 17 janvier 1925, à l'Hôpital Laënnec (amphithéâtre des cours), une série de 10 conférences cliniques sur les syphilis viscérales tardives.

I. 17 janvier 1925 : Généralités. Les scléroses syphilitiques. Facteurs de gravité dans les syphilis tardives. — II. 24 janvier : Syphilis du cœur et du péricarde. — III. 31 janvier : Anévrysmes aortiques. Aortites thoraciques. — IV. 7 février Aortites abdominales. Artérites et phlébites syphilitiques. — V. 14 février : Syphilis tardive du rein. Hypertension des syphilitiques. — VI. 21 février : Syphilis du poumon et de la plèvre. Médiastinites syphilitiques. — VII. 28 février : Syphilis de l'estomac et du tube digestif. — VIII. 7 mars. — Syphilis du foie. Les cirrhoses syphilitiques. — IX. 14 mars : Syphilis de la rate. Anémies syphilitiques. — X. 21 mars. Dystrophies et méiopragies syphilitiques. Règles générales du traitement des syphilis viscérales tardives.

Hôpital Necker (Service du Dr Robineau). — *Leçons sur la curiethérapie et la radiothérapie*, par MM. DEGRAIS et GALLY, assistants; HERRENSCHMIDT, chef du laboratoire. — 1° Curiethérapie (M. DEGRAIS) : les mardis, jeudis et samedis à 14 heures, à l'hôpital Necker, à partir du 15 janvier 1925 :

15 janvier : Découverte de la radioactivité et du radium. — 17 janvier : Principes généraux de la curiethérapie. Dosages. — 20 janvier : Traitement du cancer par le radium : peau, lèvres, langue, amygdale, larynx, œsophage. — 22 janvier : Utérus, rectum. — 24 janvier : Vessie, prostate. Traitement des sarcomes. — 27 janvier : Le radium en gynécologie. — 29 janvier : Curiethérapie des angiomes. — 31 janvier : Le radium dans les affections de la peau, les adénopathies bacillaires. — 3 février : Le radium : 1° dans les affections oculaires ; 2° comme analgésique ; 3° en pathologie interne (leucémie lymphadénie). — 5 février : Association du radium et de la chirurgie. — 7 février : M. HERRENSCHMIDT : Le laboratoire et la biopsie dans leurs rapports avec la chirurgie et la curiethérapie.

2° Radiothérapie M. GALLY : les mardis et vendredis, à 11 heures, à l'hôpital Necker, à partir du 10 février 1925 :

10 et 13 février : Radiothérapie profonde ; appareillage et technique. — 17 février : Indications, contre-indications et dangers. 20 et 24 février : Traitement du cancer. 27 février : La chirurgie et les rayons X dans la lutte contre le cancer.

On peut s'inscrire tous les jours dans le service du Dr ROBINEAU, pavillon P. Berger.

Asiles de la Seine. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des Asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la préfecture de la Seine, à Paris le lundi 16 mars 1925.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de 55 ans d'âge et plus de 5 ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau) de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 h. du 9 *au* 21 *février* 1925.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal Officiel* du 3 décembre suivant.

Concours pour la nomination à six places de médecins des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 février 1925, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'Administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique de quatorze heures à dix-sept heures, du lundi 26 janvier au samedi 7 février inclusivement.

Nécrologie. — Pr Francis VILLAR, de Bordeaux. — Pr BERGONIÉ. — Dr Henri JAMIN. — Dr Edgard WISNER.

Jeune infirmière d'une Société de secours militaires, excel. référ., demande poste anesthésiste ou autre dans clinique chirurgicale. *Adr. bur. du Journal.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Documents cliniques sur le vagosympathique

La distension manuelle et compression massage des plexus nerveux pelviens sans anesthésie, comme principe de recherche et de traitement de troubles de sensibilité, de cénesthésie générale et de vasomotricité,

Par C. TOURNIER,

ancien chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon.

Il y a plus de 25 ans qu'influencé par les procédés d'intervention de M. Jaboulay sur le grand sympathique (massage du ganglion semi-lunaire, décollement de plexus élongation, section, etc.) et, d'autre part, convaincu par des séries d'observations de la part principale des glandes génitales dans les fonctions et l'état d'équilibre du système vagosympathique (1), j'ai cherché à agir sur le système nerveux pelvien. Timidement d'abord, n'osant enfreindre le principe classique qu'il ne faut pas provoquer de douleur ; puis enseigné par des résultats, résolument ensuite j'ai exercé lorsque je rencontrais des zones douloureuses pelviennes de l'élongation, de la compression ou du massage sur ces zones et appris ainsi à obtenir des résultats surprenants et vraiment instructifs.

La première constatation — et qui longtemps m'a laissé chaque fois une impression de surprise, comme elle est pour le malade une surprise, c'est qu'à la douleur provoquée par tiraillement ou compression, après une durée variable de quelques à plusieurs minutes avec augmentation d'acuité, succède une sédation brusque complète, qui n'a rien de commun avec l'épuisement nerveux, rien de commun avec ce que donne une excitation d'un nerf cérébrospinal. La sédation de la douleur locale pour la zone sur laquelle on agit, ne comporte pas la sédation parfois de zones voisines, et d'autre part s'accompagne de modifications de sensibilité à distance, de modifications du tonus du tube digestif, de modifications circulatoires. Après sédation de toutes les zones pelviennes il y a sédation remarquable de la sensibilité abdominale tout entière et de la cénesthésie générale.

La deuxième constatation a été que des résultats durables pouvaient être obtenus sur un grand nombre d'états fonctionnels du tube digestif et du système nerveux.

Pour ces résultats, que Destot, dans un article sur la radioscopie du tube digestif, qualifiait en 1912 déjà de « succès incroyables », j'ai persévéré dans une méthode de traitement présentant le grand désagrément d'être douloureuse pour le sujet et par suite redoutée par beaucoup, et pour le médecin longue et pénible à appliquer, et mes observations actuellement sont nombreuses, plusieurs milliers.

La note d'aujourd'hui n'est qu'une note préliminaire avant la publication de ce que j'ai observé grâce à ce procédé d'investigation et de traitement. Elle a été suscitée par une discussion à la Société nationale de médecine et sciences médicales de Lyon, à l'occasion d'une communication de M. Violet sur la guérison d'une dysméмorrhée grave, guérison persistant depuis 10 ans et obtenue par dissociation du paramètre où siégeait une zone douloureuse, en somme par action de tiraillement d'élément nerveux local, et surtout d'une belle observation de M. Albertin, de guérison d'un cas de troubles nerveux graves précisément simplement par le procédé, mais avec anesthésie, de dilatation et distension dans le pelvis, sans donc intervention sanglante. J'ai indiqué très sommairement (séance du 17 décembre 1924) la méthode que j'emploie, et je me borne ici aussi à des indications très sommaires d'autant plus qu'une description détaillée est presque impossible, chaque cas comportant des particularités extrêmement différentes.

Chez l'homme, l'accès sur le domaine nerveux pelvien est assez limité et les résultats plus difficiles à obtenir que chez la femme. On trouve des zones sensibles surtout au niveau de la prostate, au niveau de la partie haute du rectum, au niveau de la paroi postérieure du rectum et sur le coccyx.

Chez la femme ces mêmes zones existent mais aussi et prédominantes des zones dans le cul-de-sac de Douglas, sur les ligaments utéro-sacrés, sur les ovaires, sur le col utérin. Je laisse de côté dans cette description les cas à grosses lésions gynécologiques dans lesquels le traitement n'est pas toujours applicable ou bien fort difficile ; je dis bien : grosses lésions, car pour les zones sensibles trouvées d'ordinaire, on a de petites lésions, surtout congestives, ou des reliquats de lésions, ou des états d'empâtement vague, de cellulite.

Une longue expérience me fait croire que toute zone de vive sensibilité à la compression ou distension est une zone anormale, morbide. J'ai vu ces zones en effet disparaître et ne pas se retrouver plus tard, pas plus qu'elles n'existent chez beaucoup de sujets. On peut évidemment les rencontrer chez des individus ne se plaignant de rien ou de presque rien ; il y a là, comme dans des cas de demi-guérison, où la plupart des malaises ont cessé mais où quelques légères zones de sensibilité pelvienne existent encore, un état latent, un état *de seuil*, de malaise possibles pour une cause légère.

Distension, compression, compression-massage sont les procédés d'action sur ces zones. A la douleur succède la sédation. Parfois une ou deux zones seulement existent principales, et la désensibilisation est obtenue pour l'ensemble pelvien, ce sont les cas les plus favorables ; parfois il y a une sorte de sensibilité diffuse, sans zone précise, et le résultat est plus difficile à obtenir. Ces cas ressortiraient peut-être du procédé de distension sous anesthésie générale dont M. Albertin a communiqué une belle observation.

La méthode présente évidemment des contre-indications notamment dans les états inflammatoires ou subinflammatoires et il semble dans des états né vritiues, plutot que névralgiques, accompagnés souvent de troubles psychiques.

Parmi les résultats immédiats observés à distance un des plus frappants est la désensibilisation de l'abdomen et surtout de la région hépatique. Les points douloureux abdominaux dont on a dressé des cartes un peu compliquées, ces points cessent d'être douloureux à la pression et si l'on avait une région hépatique douloureuse à la palpation et surtout à la percussion (évitant toute suggestion possible, sans dire le pourquoi je percute au début de l'examen assez vivement avec le bord cubital de la main la zone hépatique ; au cours du traitement, je percute à nouveau et, lorsque le traitement est fini ou presque, la sensibilité hépatique a disparu totalement à la grande surprise du malade).

---

(1) TOURNIER. — Essai de classification étiologique des névroses *Arch. d antrop. crim.* janvier 1900.

Le palper du ventre indique des modifications de la tension intestinale. La pression artérielle (la maxima plus nettement) baisse. A un moment donné il y a des modifications de la cénesthésie notamment une sensation de délassement ou une sensation qui fait dire « je suis mieux », ou même : » je suis guéri ».

Pour obtenir des actions de désensibilisation à distance ailleurs que sur l'abdomen, sur des zones de projection algique, comme je les nomme, depuis plusieurs années, depuis la conception des réflexes conditionnels de Pawlow que j'ai appliquée dès 1911 (1) à des faits de pathologie gastro-intestinale en insistant sur le rôle du grand sympathique, j'ai combiné l'action sur le pelvis à une action de pression sur les zones de projection. Je crois avoir eu la démonstration — ce sera l'objet d'un autre article — du rôle capital des réflexes conditionnels dans la pathologie entière du système vago-sympathique.

Les résultats immédiats que j'observe, en écartant le plus possible toute influence de suggestion, paraissent bien du domaine nerveux pur et j'ai cherché avec insistance à modifier l'état d'hyperexcitabitité des plexus nerveux et à rompre des synergies morbides, conséquence de réflexes conditionnels.

Des résultats éloignés remarquables ont été obtenus dans une forte proportion de cas et pour des troubles très variés de l'abdomen, du tube digestif, du foie, de la cénesthésie générale, de la vasomotricité (bouffées de chaleur, palpitations, etc.) chez des dyspeptiques, des intestinaux comme chez des anxieux ou des phobiques.

Aucune méthode thérapeutique, avant celle-ci, ne m'avait donné — et si rapidement, souvent en une séance — des succès comparables. Ainsi au mois de novembre dernier j'ai revu, trois à quinze mois après un seul traitement et complètement modifiés, un cas de phobie datant de deux ans, un cas d'algie abdominale empêchant toute occupation depuis plus d'un an et demi, un cas ancien de dyspepsie douloureuse, un cas de troubles vaso-moteurs et d'asthénie douloureuse, un cas de pseudo-angine de poitrine, un cas de ptose douloureuse gastrique et amaigrissement énorme soigné sans succès depuis trois ans. Comme résultats plus anciens, je revoyais au début de décembre, un cas de troubles abdominaux avec diarrhée et état nerveux basedowien grave, resté guéri depuis quatorze ans, les malaises qui dataient de deux ans ayant cessé en une séance de traitement et la malade venait à nouveau pour des malaises autres.

Pour les résultats constatés à longue persistance, le certain est que si les malades reviennent se soumettre à l'observation, l'exploration des mêmes zones pelviennes jadis douloureuses lors du premier traitement faite de la même façon ne révèle aucune douleur et cependant d'ordinaire les malades redoutent de souffrir à nouveau et ont plutôt la croyance qu'ils ou elles auront à souffrir à nouveau par le traitement que la croyance inverse.

Dans les cas moins favorables on retrouve à un deuxième examen, trois à six mois après le premier, quelques zones douloureuses, ordinairement non les mêmes, parfois cependant les mêmes surtout dans les cas où il y avait état utéro-ovarien anatomiquement malade. En tout cas il y a vraiment modification objective et radicale souvent dans la sensibilité du système nerveux pelvien.

Peu importe l'interprétation adoptée du mécanisme d'action et le rôle possible de glandes endocrines, de modifications humorales après une action mécanique prolongée sur les organes du petit bassin et sur les vaisseaux, sur le rôle possible aussi de chocs colloïdoclasiques. J'ai vu en toute liberté d'esprit et de doctrine des faits vraiment curieux, indépendamment de succès thérapeutiques et des faits très nombreux et année par année depuis plus de vingt-cinq ans j'ai vérifié je n'ose dire une conception de la physiologie du grand sympathique mais des particularités de cette physiologie et parfois naturellement rectifié certaines opinions premières.

Ces documents notés en détail par écrit au fur et à mesure qu'ils se présentaient au médecin praticien, sans souci de publication pour prendre date ni pour publier, ne sont pas classés et visent des affections très diverses. J'espère prochainement pouvoir mettre en ordre et élargir les conclusions à en tirer.

Dès 1911 j'envisageais, grâce aux notions ainsi acquises, la possibilité de décrire de grands syndromes abdominaux, objectifs pour ainsi dire, élagués de leurs corrélations vago sympathiques (1) ayant vu une explication de la dissociation si fréquente entre la lésion et la symptomatologie, les lésions (ulcus ou néoplasme) silencieuses et les dyspepsies *sine materia* souvent si bruyantes dans l'origine pelvienne de la sensibilité abdominale, sensibilité que je puis modifier presque expérimentalement. Ainsi je vois devenir silencieux des états de ptose, des états cicatriciels, des ulcus, des cholécystites. Modifiant la subjectivité abdominale et générale, la part revenant dans le syndrome à l'état anatomique restant seule, une grande simplification de l'exposé des syndromes abdominaux peut s'envisager surtout si l'on pense que cette subjectivité liée à l'hyperexcitabilité des plexus pelviens est en relation avec les fonctions de reproduction plus qu'avec les fonctions de nutrition.

Cependant il ne faut pas nier la complexité du problème, l'enchevêtrement des causes. Tous les faits ont été observés dans le plus possible de détails. Il n'y a pas eu une thérapeutique simpliste jamais, mais une thérapeutique de médecin prescrivant hygiène et régime et y attachant la grande importance qu'il attache aux troubles de nutrition sur l'excitabilité du grand sympathique.

Il faut bien voir aussi les difficultés d'application d'une méthode de traitement douloureuse et parfois très douloureuse que des malades avertis par d'autres malades acceptent, mais qu'un médecin qui voudrait l'inaugurer peut avoir de la peine à faire accepter et qu'à l'hôpital il est difficile de faire accepter de malades croyant volontiers que l'on pratique sur eux des essais.

(1) C. Tournier. — La notion des réflexes conditionnels en pathologie gastro-intestinale *in Revue de médecine*, octobre 1911.

(1) C. Tournier. — La notion des réflexes conditionnels Note au bas de page 826 et page 826. *Revue de méd.*, 1911.

Les dents des homosexuels. — C'est en Allemagne, que le Dr Dobkowsky a pu étudier les dents de 100 homosexuels et c'est dans le *Zeitschrift für Sexualwissenschaft*, qu'il donne ses conclusions, que nous empruntons au *British Dental Journal.*

Il déclare que leurs dents sont plus petites que celles des hommes normaux, mais plus grandes que celles des femmes.

Ainsi, alors que 60 % des hommes normaux ont une denture du type masculin, chez les 100 homosexuels, objets de l'observation, 35 % seulement ont cette denture, 40 % ont une denture de type indifférent, et 25 % une denture de type nettement féminin.

Comme la plupart des dents sont complètement développées avant la puberté, cela indique que les facteurs, probablement les sécrétions endocrines troublées, jouent leur rôle dans le développement des dents dès le tout jeune âge, longtemps avant que les autres manifestations de détraquement ne se produisent. (*La Semaine Dentaire.*)

Sur l'éducation sexuelle de la jeunesse.

(Son utilité, son but, son programme, sa forme, la méthode sélective.)

Par le Dr G. PAUL-BONCOUR,
Professeur à l'Ecole d'Anthropologie,
Médecin-directeur de l'Institut Médico-Pédagogique de Vitry.

La question de l'éducation sexuelle de la jeunesse n'est pas nouvelle : depuis longtemps des solutions sont cherchées, mais celles que l'on propose, ne sont pas unanimement acceptées. Théoriquement, tout le monde reconnaît l'utilité d'une éducation de ce genre, mais, lorsqu'il s'agit de la pratique, surgissent des résistances : or les arguments qu'on oppose sont tous d'ordre sentimental, et chacun sait que la raison se heurtera toujours à ce rempart solide. Mais peut-être que l'intérêt, qui fait agir tant de gens, pourra un jour ou l'autre briser cette barrière ? En tout cas, c'est à force de répéter les idées qu'on les propage et ce qui suit n'a pas d'autre but que d'exposer la question le plus clairement possible en donnant une solution spéciale à chacun des points capitaux (1).

I. Utilité d'une éducation sexuelle.

Nombreux encore sont ceux qui prétendent qu'il vaut mieux laisser les parents libres de fournir cette éducation, d'initier les enfants aux mystères de la fonction sexuelle et de leur faire connaître les risques que comporte l'acte procréateur. Ceux qui ont cette opinion craignent que l'ignorance des enfants ne soit pas respectée et qu'on suscite des curiosités malsaines, qui, non satisfaites, engendrent des aberrations et des excitations imaginatives.

Il est également des personnes timorées, pleines de préjugés, estimant que le silence doit être fait sur ce sujet. Mais laissant de côté cette dernière opinion, nous sommes en droit de rechercher si tous les parents pensent, et au bon moment, à donner à leurs enfants, garçons ou filles, les conseils nécessaires. Sont-ils tous capables de le faire habilement ? Notamment, ont-ils tous les connaissances indispensables pour exposer clairement et simplement les méfaits des maladies vénériennes et les moyens de s'en garantir ?

Lorsqu'on considère ce qui se passe en réalité, il faut avouer que trop souvent, même dans les familles les plus honorables et les mieux intentionnées, l'enfant est livré au hasard des initiations grossières, brutales et maladroites émanant de camarades vicieux ou suscitées par les manifestations multiples et non réprimées de la pornographie actuelle !

Aussi une autre opinion a-t-elle le droit de se faire jour et de proclamer l'utilité d'une éducation sexuelle réfléchie, prudente, progressivement appropriée à l'âge, à la mentalité et au caractère. Il importe qu'une éducation sexuelle soit fournie à temps : ni trop tôt ni trop tard, car il serait ridicule de venir donner des conseils d'hygiène et de continence sexuelles à un jeune homme ayant déjà utilisé sa virilité commençante, parfois même d'une façon abusive ! Car enfin il faut voir les choses telles qu'elles sont sans hypocrisie, et non pas telles qu'on désirerait qu'elles fussent. Le Dr Good, sur 4000 observations, a trouvé que 64 % d'enfants étaient atteints du vice solitaire avant 15 ans.

Edmond Fournier indique que sur 10.000 cas de syphilis, 822 fois la maladie a été contractée avant 20 ans, notamment 2 fois, de 11 à 13 ans ; 5 fois à 14 ans ; 16 fois à 15 ans, 38 fois à 15 ans ; 119 fois à 17 ans ; 276 fois à 18 ans ; 366 fois à 19 ans.

Ces chiffres sont éloquents, et en y ajoutant le nombre des jeunes filles contaminées, le nombre des ouvrières séduites et parfois enceintes peu de temps après leur entrée en apprentissage, il paraît urgent d'agir autrement qu'on ne l'a fait jusqu'ici.

***

Il est facile de rire à la pensée que certaines personnes vont parler à la jeunesse de l'amour, de femmes, de pudeur, de maladies vénériennes. Mais nous aurions aussi le droit de sourire, si ce n'était navrant, de la conviction de ces entêtés, qui laissent la jeunesse dans l'ignorance des phénomènes sexuels. L'ignorance n'est pas la vertu, ou alors celle-ci posséderait une base bien fragile. N'oublions pas que l'ignorance qui n'est pas éclairée fait courir de sérieux risques à l'innocence !

Par conséquent si l'on met d'une part les avantages d'une éducation sexuelle prudemment conduite et d'autre part ses inconvénients, il semble que ceux-là ont nettement la prépondérance.

II. But et programme de l'éducation sexuelle.

Afin d'éviter toute ambiguïté, répondons d'abord à cette demande : qu'entend-t-on par éducation sexuelle ? Puisque l'éducation en général est un système coordonné et logique d'actions ayant pour objet d'aider la nature dans le développement des fonctions et d'amener un individu au meilleur état d'adaptation sociale, l'éducation sexuelle est donc une action tendant à discipliner l'instinct sexuel et à le soumettre à l'influence et au contrôle d'une volonté consciente et responsable, tout en assurant la conservation de l'espèce et en se conformant aux prescriptions sociales.

Quels que soient les phénomènes psychiques et sentimentaux qui accompagnent l'instinct sexuel et sont le résultat de la civilisation et de la culture, il convient de ne jamais oublier que cet instinct est un besoin naturel, parfois impérieux, et s'accompagnant d'une excitation du système nerveux, qui est l'appétit sexuel : de là dérive une attraction inter-sexuelle. Mais, comme je l'ai dit, la civilisation, les coutumes, les croyances, et aussi les préjugés entourent l'acte sexuel d'un réseau de sentiments, de prohibitions, de règles juridiques et morales auxquelles le besoin naturel doit se conformer.

(1) Pour rédiger cet article je me suis inspiré des travaux suivants qui méritent d'être lus :

Mathé. — L'enseignement de l'hygiène sexuelle à l'école, préface de Madame Kergomard, 1912.

Butte et Mathé. — Rapport sur l'enseignement de l'hygiène sexuelle. (Congrès de Lyon, 1914.)

Mathé. — L'enseignement de l'Hygiène sexuelle, base de la lutte antivénérienne. Réponse au questionnaire des YMAC, etc., 1919.

Mathé. — La morale sexuelle base de l'hygiène sexuelle (conférence aux instituteurs et institutrices de la ville de Paris, 1920). — Comment peut-on comprendre l'enseignement de l'hygiène sexuelle (1921). — Conférence aux instituteurs et Institutrices de la Ville de Paris (1922). — Programme raisonné d'enseignement de l'hygiène sexuelle. — (Conférence id., 1923).

Vigne et Jambon. — Simples réflexions sur l'éducation sexuelle de la jeunesse, 1923.

Calmette. — Causerie pour l'éducation sexuelle des jeunes gens de 15 ans.

Carle Martial. — La prophylaxie des maladies vénériennes. (Congrès international de propagande d'hygiène sociale) (1923).

Sicard de Plauzoles. — La fonction sexuelle (1908).

(*Conférences de médecine et de pédagogie*, 1910). — La morale sexuelle à l'école par Malapert ; l'enseignement des questions de physiologie sexuelle par Régnier.

Féré. — L'instinct sexuel.

***

Etant données ces considérations, on peut admettre que l'éducation sexuelle comprend trois chapitres d'égale importance :

1° Le *mécanisme de la fonction sexuelle* ;
2° Les *régles d'hygiène et de prophylaxie* ;
3° Les *principes de moralité sexuelle et intersexuelle.*

Aucune de ces branches n'est négligeable. Trop souvent en pareille matière, les tendances spiritualistes représentent l'amour comme une passion de l'âme et omettent de la rattacher à l'appétit sexuel : celui-ci est le premier en date et l'éducation doit en tenir compte.

Mais inversement il serait abusif de ne considérer l'acte sexuel que sous son aspect physiologique, et de regarder comme secondaires ou comme des préjugés bourgeois les principes de moralité qui ont pour objet de discipliner, de spiritualiser pour ainsi dire la question sexuelle. Sans moralité celle-ci est mal remplie, ce n'est qu'un acte bestial et égoïste, et qui méconnaît son but unique : la reproduction de l'espèce et l'amélioration de la race.

Tel est l'objet de l'éducation sexuelle, examinons les moyens d'en enseigner les principes.

III. La forme de l'éducation sexuelle. Les éducateurs.

Un veu très intéressant a été émis sur ce point lors du récent Congrès international de propagande d'hygiène sociale (mai 1923). Le voici :

« L'éducation sexuelle ne doit pas exister comme une matière spéciale des programmes. Les connaissances qu'elle comprend doivent se fondre dans les matières auxquelles elles appartiennent, amalgamées avec le reste des notions corrélatives analogues, disséminées dans les programmes d'histoire naturelle, d'hygiène, de prophylaxie et de morale ».

En un mot l'éducation sexuelle se fond dans l'éducation générale sans spécialisation d'aucune sorte, et cette formule a l'avantage de calmer les craintes de ceux qui estiment qu'un enseignement dénommé « éducation sexuelle » serait capable de provoquer des curiosités ou des impulsions précoces.

Conformément à ce vœu, les notions de physiologie sexuelle seraient données par le professeur d'histoire naturelle, qualifié pour parler des organes de reproduction chez les végétaux, puis chez les animaux ; par une transition naturelle et logique il le serait aussi pour fournir des indications sommaires sur les questions de reproduction chez l'homme et la femme. Toutes les questions (nutrition, circulation, respiration. génération) seraient ainsi mises sur le même pied, car il n'y a aucune raison pour que les manuels scolaires restent tout à coup muets sur des questions qui n'ont rien de mystérieux, et ne sont pas plus inconvenantes que celles qui traitent du rôle et de l'utilité de l'urine et des matières fécales.

Au médecin de l'établissement incombera la tâche d'enseigner la prophylaxie des maladies contagieuses, y compris les maladies vénériennes ; l'avenir des contaminés est montré tel qu'il est : l'individu et ses descendants victimes d'imprudences et d'impulsions sexuelles.

Je ne puis m'étendre sur la façon dont serait développé cet enseignement : je renvoie aux nombreux travaux, où figurent des conférences-types, dont plusieurs ont été faites devant des auditoires de garçons ou de filles.

Conformément au programme sus-indiqué, la morale sexuelle et intersexuelle sera aussi enseignée : le professeur de morale ou celui de philosophie sont indiqués pour ces leçons qui rouleront sur la responsabilité morale et sociale encourue dans la transmission des maladies vénériennes, sur la responsabilité de l'homme vis-à-vis de la femme et des enfants, sur la conduite scandaleuse, et même criminelle de l'homme qui séduit une femme puis l'abandonne.

Le professeur de morale apprendra à l'élève que le devoir de tout adulte est de reproduire et que l'instinct sexuel n'existe pas pour la seule satisfaction égoïste de la chair, mais qu'il doit assurer la pérennité de la société. La morale exigeant aussi de bien se reproduire, des notions d'eugénique élémentaire doivent être enseignées. A ce propos il sera bon d'affirmer la nécessité de la continence pour sauvegarder la santé de l'individu et celle de la famille à venir. Il est indispensable d'inculquer cette idée que le besoin sexuel n'est pas fatal, qu'il peut être réprimé.

Des personnes sages et considérées comme essentiellement morales ont sur ce point des idées erronées, qu'elles croient être larges et conformes à la science biologique. Elles comparent volontiers l'appétit sexuel au besoin de manger : les deux tendances seraient invincibles ! Le besoin d'aliments est un besoin primaire réclamant une satisfaction immédiate, tandis que l'autre n'est que secondaire et la biologie nous enseigne que le besoin sexuel; tout en créant des impulsions, ne doit être satisfait qu'après la maturation sexuelle et même que lorsque la période que nous appelons en anthropologie internubilo-pubertaire est écoulée. La puberté n'est pas la nubilité.

Enfin dans un programme d'éducation sexuelle figure la formation de la conscience morale et de fait l'éducation sentimentale est le couronnement de tout l'enseignement. Le besoin sexuel doit être discipliné, socialisé, car un grand nombre de désordres sociaux (divorce, adultère, mauvaise éducation des enfants etc.) sont dus à l'absence de la formation sentimentale des époux.

D'ailleurs on peut se reporter à l'article aussi clair que pratique de M. l'abbé Viollet paru dans le *Bulletin de la Protection de l'enfance* (juin 1913). On y verra exactement comment doit être conduit cet enseignement.

***

Je tiens à faire observer que tout ce programme de leçons de morale sexuelle n'est pas théorique : il a été enseigné et l'est toujours dans un lycée par M. Malapert professeur de philosophie sans qu'aucune protestation se soit jamais élevée.

Je me suis borné à résumer les documents publiés par M. Malapert.

Naturellement les jeunes filles, lors de leur formation, doivent être éclairées sur la signification, le rôle et les conséquences du phénomène, manifestation de la maturation sexuelle, étape importante de la puberté, qui n'est-ce pas encore la nubilité. Les filles recevront en outre des notions de puériculture, seront instruites de leurs devoirs futurs de mère. Or comme ces notions comportent des règles d'hygiène, il est très facile d'y introduire des avis sur les maladies vénériennes, sur les inconvénients des impulsions amoureuses, ainsi que des conseils sur les dangers de la séduction et des liaisons passagères.

IV. — A quel âge doit être commencée l'éducation sexuelle ?

En admettant que les idées exposées précédemment soient acceptées, il est à craindre qu'il n'y ait des diver-

gences sur l'âge auquel les enfants doivent être initiés aux phénomènes sexuels.

En effet dans les divers milieux où l'on s'occupe de ces questions, les opinions sont très variables. Les uns (les audacieux) veulent un enseignement précoce dès l'école primaire ; d'autres (les timorés) estiment que l'éducation sexuelle doit être donnée tardivement.

Les audacieux, étant d'avis que l'éducation doit être fournie à l'école primaire, admettent en outre que cette éducation doit être collective et que l'âge de 13 à 14 ans (et même 12 ans chez quelques élèves avancés) n'est pas un obstacle.

Il est superflu de rappeler que cette opinion est vivement combattue et je n'ai pas besoin d'énumérer les arguments qui lui sont opposés ; je signale ceux que font valoir les audacieux en faveur de cette conception.

L'enfant des milieux ouvriers ou ruraux, qui sort de l'école, est mis *immédiatement* en contact avec l'existence : le jeune homme ou la jeune fille qui, à 14 ou 15 ans, entrent en apprentissage peuvent donc ignorer totalement les dangers de la sexualité, et chacun sait avec quelle rapidité sont séduites les apprenties et la précocité des contaminations vénériennes. Les garçons veulent faire l'homme et naturellement ce qu'ils imitent avant tout ce sont les défauts : ils boivent, ils fument, ils courent les filles.

Peut-être l'éducation sexuelle donnée au cours de la dernière année de l'école primaire s'adressera-t-elle à quelques unités trop jeunes pour en profiter, mais la grande majorité des élèves en bénéficiera largement, et ce qu'il faut considérer avant tout, ce sont les résultats.

Au surplus les objections faites à l'éducation précoce sont surtout d'ordre sentimental : on redoute que certaines explications ternissent la pureté de quelques enfants : cette crainte est très exagérée. Dans les milieux urbains comme dans les milieux ruraux, mais pour des raisons différentes, les élèves sont souvent très informés parfois même trop informés ! Dans certains milieux ouvriers, où la promiscuité est constante, les enfants savent de bonne heure, comment ils sont nés, et ce qu'est l'acte sexuel : mais il est juste de reconnaître que ces sujets ne sont pas les plus corrompus : voyant des choses qui leur paraissent très ordinaires, la question sexuelle ne produit chez eux aucune perturbation. *Ils sont avertis, ils ne sont pas pervertis* ; mais c'est au moment de l'installation pubertaire que naissent des désirs et aussi des déviations : c'est donc avant cette époque qu'il est prudent d'intervenir.

A la campagne les enfants voient naître les animaux, ils assistent à la saillie des juments, etc. Les notions de physiologie sexuelle ne les déconcertent pas. Ce que j'énonce pour les garçons est valable pour les filles.

Ces arguments ont leur valeur, mais malgré tout bien des gens persistent à ne pas admettre l'éducation sexuelle à l'École. Notamment, la Société des médecins inspecteurs d'écoles de la ville de Paris a nommé une commission pour étudier la question : or le rapport (juin 1922) conclut : « en admettant que cet enseignement puisse être nécessaire, il a été unanimement reconnu qu'il ne doit pas être donné à l'école primaire ».

Mais il existe d'autres groupements moins timorés qui, reconnaissant la nécessité de l'enseignement, préconisent l'éducation sexuelle avec quelques tempéraments. La Société française de prophylaxie sanitaire et morale (en décembre 1922 et en janvier 1923) a émis le vœu « qu'à l'école primaire, que les enfants quittent trop jeunes pour y recevoir l'éducation sexuelle proprement dite, l'enseignement poursuive un double but : 1° marquer de bonne heure profondément le cerveau de l'enfant en lui montrant dans la nature la sexualité et la procréation dépourvues de toute apparence du mystère et de tout attrait malsain, et en lui inspirant le respect de la jeune fille et de la femme.

« 2° L'instruire des dangers des diverses maladies contagieuses et des principes d'hygiène qui permettent de s'en préserver, sans exclure la syphilis et la blennorrhagie qui seront placées sur le même rang que les autres maladies mais considérées uniquement au point de vue de leur transmission fréquente en dehors de tout contact vénérien. »

La Société de prophylaxie sanitaire et morale recule donc seulement devant l'affirmation que c'est l'acte sexuel qui est la cause de beaucoup la plus fréquente de la contamination vénérienne.

Cette conception est meilleure que celle qui fait le silence complet, mais le but pratique n'est pas totalement atteint, et au sortir de l'école (à moins que l'élève ne fréquente des œuvres postscolaire ou les écoles professionnelles, et encore où des conseils seraient donnés) les dangers sont toujours aussi menaçants.

***

Quelle solution allons-nous adopter ?

Puisque tout le monde est d'accord pour reconnaître que l'éducation sexuelle intégrale doit être fournie avant l'apparition de la puberté ou tout au moins au moment de cette époque, il importe donc que l'enfant reçoive des conseils judicieux, avant que ne se déclanchent des impulsions sexuelles ; or si nous admettons ce principe, il s'agit de nous informer à quel moment précis s'installe cette puberté dont tout le monde parle, en ayant l'air de croire que tous les enfants subissent la transformation pubertaire au même âge. Rien n'est plus faux.

C'est une erreur de vouloir utiliser l'âge chronologique (c'est-à-dire celui qui est basé sur la date de la naissance) pour fixer une limite.

Qu'on choisisse 13 ans, 15 ans ou 16 ans, ces âges n'ont aucune réalité objective, car, en pareille matière, il n'est qu'un âge, *l'âge biologique ou anthropologique*. En parlant des veillards on dit qu'ils ont l'âge de leurs artères : il est aussi prudent de déclarer que l'enfant a l'âge de sa croissance. Or la puberté, et pour préciser, le point culminant de la puberté, la maturation sexuelle (1), est loin d'apparaître au même âge chez les enfants. Sur 100 enfants, une forte moyenne atteindra la maturation entre 15 et 16 ans, mais il en est un nombre respectable qui sont soit avancés ou précoces, soit retardés. Ceci résulte des recherches de mon ami Paul Godin sur des enfants de troupe, et des miennes sur les enfants parisiens ou sur les dégénérés des Écoles de Paris et du département de la Seine. J'ai démontré que le nombre des cas aberrants est beaucoup plus important dans les villes.

---

(1) Afin d'éviter toute équivoque, je fais observer que j'emploie le vocable maturation sexuelle au lieu de puberté. En effet ce qu'on appelle la puberté représente une période qui s'étend sur plusieurs années : il y a les stades prépubère, pubère et postpubère, eux-mêmes suivis d'une période de deux années dite internubilo-pubertaine.

Or malgré la constatation de certains phénomènes objectifs (pilosité par exemple) on ne peut pas dire que le sujet a atteint le point culminant (maturation sexuelle) tant que plusieurs symptômes ne sont pas groupés.

Telle est la raison pour laquelle il est imprécis de dire que l'enfant doit être instruit des phénomènes sexuels avant sa puberté, ou après sa puberté, ou au cours de la puberté,

***

Il faut conclure :

Puisqu'il est impossible de fixer un âge chronologique auquel le développement sexuel serait uniforme (à moins d'attendre que tous les sujets aient atteint un âge tel que leur maturation sexuelle est certaine ce qui reporte à une époque trop tardive) puisque d'autre part, il peut être imprudent d'instruire tous les enfants au cours de la dernière année de l'école primaire, il ne reste qu'un moyen éclectique, c'est d'opérer une sélection et d'initier les enfants au fur et à mesure qu'ils atteignent le point voulu de leur évolution pubertaire, point très facile à fixer d'après un critérium bio-anthropologique.

J'ajoute que je ne vois aucun inconvénient de donner la même éducation à ceux des enfants qui, par suite de leur état mental ou de leur genre de vie, peuvent bénéficier des conseils sans danger pour leur moralité (1).

Il me semble que cette méthode sélective pourrait rallier tous les suffrages.

V.— L'éducation doit-elle être individuelle ou collective.

Si la méthode sélective est adoptée, il est évident que l'éducation ne peut être qu'individuelle, à moins qu'on ne réunisse pour un enseignement commun les sujets parvenus au même degré de croissance pubérale. Au contraire, si l'éducation sexuelle est autorisée au cours de la dernière année scolaire au plus tard, c'est l'éducation collective qui s'impose.

Mais pour tenir compte de toutes les modalités proposées, il convient de rappeler l'opinion de ceux qui n'admettent à aucun moment des leçons collectives. Ceux qui professent ce principe hésitent même à aborder franchement la question sexuelle avec les jeunes gens, et alors ils considèrent comme suffisant de leur donner quelques conseils et surtout de mettre à leur disposition, parfois d'une manière détachée, des livres instruisant des questions et des dangers relatifs à l'acte sexuel. Je cite le livre de Fournier « Pour nos fils quand ils auront 18 ans», le livre du Dr Burlureaux, etc.

Cette méthode est elle suffisante ? Je n'oserais l'affirmer, et je reste convaincu qu'un enseignement collectif donné à des jeunes gens de 16 à 17 ans n'a aucun inconvénient ; les expériences tentées dans plusieurs lycées de Paris démontrent le bien-fondé de cette opinion.

Mais en cas d'initiative individuelle, qui sera chargé de ce rôle ? Les parents sont tout à fait qualifiés à moins qu'ils préfèrent charger une personne de cette mission de confiance. J'aime peu ces mandats transmis à un ami, à un parent, à un médecin ou à un directeur de conscience !

Et sur ce point je cite les idées du Dr Sicard de Plauzoles qui est l'ennemi de l'éducation individuelle.

« Puisque, écrit-il, cette initiation est inévitable, elle doit être faite régulièrement, normalement, sainement. Ce qui se dit au catéchisme, à des enfants de dix à onze ans, ce qui se murmure à l'ombre et dans le secret du confesssionnal peut et doit s'enseigner en plein jour de l'école. A l'enseignement individuel, auriculaire, qui a les préférences de certains éducateurs, ce que nous trouvons dangereux parce qu'il conserve à la question sexuelle son caractère mystérieux et honteux, ce qui pourra toujours être soupçonné et accusé d'immoralité, nous préférons l'enseignement public et collectif. »

Cette opinion mérite d'être méditée.

Pour ma part je crois que du moment que la famille ne se sent pas les qualités requises pour donner les conseils nécessaires, il serait de beaucoup préférable qu'elle acceptât l'éducation collective.

Et puis mon expérience déjà longue m'a démontré qu'en pareille matière des parents sont trop souvent maladroits ou imprudents. Gênés au moment d'aborder certaines questions, ils reculent de jour en jour leur intervention ou bien ils sont vagues et imprécis dans leurs explications : aussi le fils ou la fille nullement avertis peuvent-ils être les victimes de cette attitude !

N'oublions pas non plus ces parents, ces mères surtout, qui sont comme l'a dit je ne sais quel éducateur, « des roseaux peints en fer ». Ils ont l'intention formelle d'agir énergiquement et franchement, mais au dernier moment la fermeté s'efface devant l'affection et fait place à la faiblesse parfois même à une moralité de qualité inférieure, — disons plus à l'immoralité ! N'entendons-nous pas des familles excuser un jeune homme encore au Lycée de courir les femmes et d'avoir une petite amie, en disant « il faut que jeunesse se passe » « notre fils est joli garçon, il a des succès » ou encore « il a quitté une petite ouvrière ; que voulez-vous, celle-ci n'avait qu'à rester sage » etc., etc.

Il est même des mères qui sont fières des bonnes fortunes de leurs fils. Quelle triste mentalité ! Et surtout quelle déplorable morale ! Et je me demande si ces mères faciles excuseraient aussi aisément le jeune Lovelace qui aurait séduit leur fille !

***

Par ces brèves indications je me suis efforcé de démontrer la nature et la complexité du problème à résoudre, d'en indiquer les divers aspects.

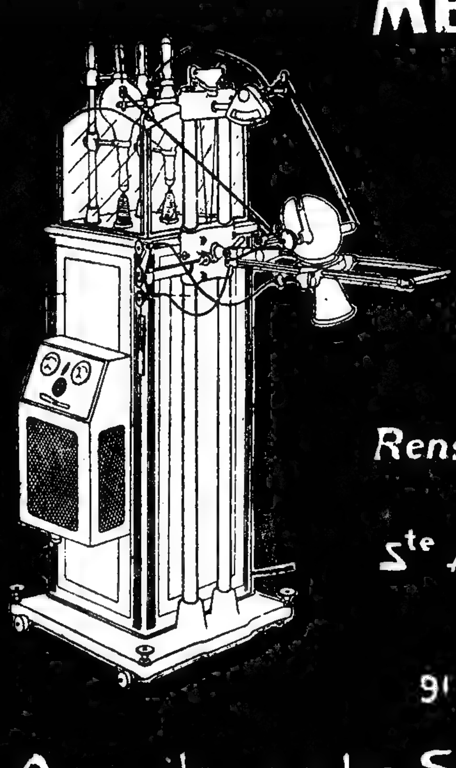
Quelle que soit la méthode adoptée, il importe qu'elle soit efficace, c'est-à-dire qu'elle avertisse la jeunesse des faits sexuels, de leurs dangers et des devoirs qu'ils entraînent avant que l'appétit sexuel ne se manifeste impérieusement et qu'il ne subisse des déviations regrettables et parfois irrémédiables !

VI. — Moyens indirects.

Pour être complet je dois faire encore mention de ce qu'on peut appeler des *moyens indirects* : j'entends par ce vocable tout ce qui peut contribuer à retenir un jeune sujet dans la bonne voie et à atténuer ses impulsions sexuelles en supprimant les tentations et les excitations de l'imagination. Tout le monde est certainement d'accord sur ce point, aussi n'ai-je pas besoin d'y insister longuement.

Comme le faisait observer, il y a déjà 14 ans le regretté Dr Mathieu il est désirable que les jeunes gens vivent plus au grand air, qu'ils restent moins longtemps assis. Il est nécessaire qu'ils prennent davantage d'exercice. « Il faut donner une grande ampleur aux jeux de plein air, car lorsque les jeunes gens ont couru, respiré largement, pris de l'exercice d'une manière suivie, de façon à se fatiguer assez, le soir ils dorment tranquilles et la femme vient moins peupler leurs rêves... »

(1) Cette méthode que j'ai utilisée dans deux écoles libres a un autre avantage ; en examinant les états pubertaires il m'est arrivé de découvrir des cas de précocité sexuelle, qui s'accompagnent fréquemment de précocité intellectuelle. Il y a un certain danger à laisser ces avancés en contact avec des impubères, sans les surveiller étroitement. Dans un cas, un de ces précoces sexuels avait manifestement exercé une influence néfaste sur un groupe d'élèves. Dans un autre cas, j'ai signalé un état de maturation au directeur qui en a fait son profit, a surveillé l'enfant et s'est aperçu qu'il y avait lieu de l'évincer. Ce qui démontre qu'il ne suffit pas de donner l'éducation sexuelle, mais qu'il faut aussi s'opposer à des initiations intempestives.



J'ajoute que le temps passé, durant les jours de congé, à faire des sports, des ascensions etc. est bien employé pour préserver des tentations une jeunesse qui s'empresse d'aller au spectacle, au cinéma, au café concert, au dancing, dont il est superflu de souligner l'immoralité et l'action particulièrement érotique !

Enfin que chacun soit bien persuadé que souvent nos conversations, l'exposé d'aventures amoureuses, nos lectures dont l'enfant est le témoin, sont autant d'occasions capables d'éveiller des curiosités malsaines et d'inciter à des précocités sexuelles ; en un mot qu'il s'agisse de santé morale ou de santé physique un milieu sain est une nécessité impérieuse.

C'est par l'emploi continu de tous ces moyens et directs et indirects, mis en œuvre par la coopération des familles, des éducateurs, des médecins qu'il sera seulement possible d'obtenir des résultats.

ACTUALITÉS

Corydon devant ses confrères

Un écrivain de talent, M. André Gide vient de publier une série de dialogues socratiques pour la défense de l'homosexualité. Faut-il voir là un jeu de l'esprit, jonglant avec les sophismes, ou une plaidoirie pour les uranistes, qui réclament leur place au grand jour dans la société ? Ce qui est certain, c'est que les cinq mille exemplaires de « Corydon » se sont enlevés avec une rapidité troublante, et qu'une émotion réelle s'est emparée du public, comme chaque fois que cette brûlante question est posée à nouveau.

La presse, comprenant le danger qu'il y a à divulguer de pareilles notions, s'est abstenue sagement de critiques et de commentaires. Ici nous sommes entre médecins et nous pouvons parler franchement de problèmes qui nous sont familiers, et que nous pouvons traiter avec notre impartialité professionnelle.

D'ailleurs, Corydon lui-même nous y convie ; bien qu'il accuse nos livres de dégager « une insupportable odeur de clinique », il est obligé d'avouer qu'ils sont les seuls sérieux sur la question.

Sa démonstration de la « normalité » de l'homosexuel longe continuellement la frontière de la maladie. Nous admettons avec lui que des cas d'inversion sont possibles chez les animaux, mais ils sont certainement moins nombreux qu'il ne le pense. De là à déduire que ce qui est naturel peut passer facilement dans le plan social, il y a un bien grand pas à franchir et lui-même nous offre les meilleures objections contre cette tentative au deuxième de ses dialogues. Les affections animales diffèrent de celles des hommes. L'instinct de meurtre, la cruauté, le sadisme peuvent se réclamer de coutumes animales. Ses arguments empruntés à l'histoire des civilisations, à la sociologie, à la morale même, restent spécieux et n'emportent pas la conviction. Mais avant d'aller plus loin voyons comment il envisage l'uranisme.

Dans une note de la page 11, Corydon élimine les cas d'inversion, d'efféminement, de sodomie. Il confond dans son exclusion certains types physiques d'invertis voisins de l'hermaphrodite et ceux qui se livrent à un acte qui peut être commun à toute les variétés d'homosexuels et dont Verlaine a parlé sans détours dans « Hombres » et dans « Parallèlement ». Avec les invertis efféminés, le médecin reprend ses droits. De plus l'opinion accepte mal les rapports sexuels contre nature entre individus du même sexe. Ce sont peut-être les deux motifs de cette élimination.

Mais admettons l'exclusion de Corydon et cherchons à qui nous avons affaire. Il existe des cas, plus fréquents qu'on ne le pense, où un sentiment proche de l'amour s'empare de certains sujets pour des individus de même sexe. Ce sentiment débute, à l'occasion d'un émoi diffus de la sensibilité et surprend ceux qui le ressentent dès qu'ils en prennent conscience. A dater de ce moment, le mieux qui puisse arriver est sa transformation en une amitié franche et chez les deux antagonistes la continuation de la vie sexuelle coutumière.

Les jeunes gens, à l'époque de leur formation, dans la période « d'ambivalence » des psychanalystes, ont quelque chose de féminin qui est la cause de ce phénomène psychologique.

Mais ce n'est pas le cas de Corydon, chez qui un tel sentiment n'est pas un épisode. Il veut réunir, dans son idéal, une passion forte, qui emprunte le langage des amours les plus ardentes, avec la chasteté qui se met en contradiction constante avec cette passion, en s'opposant à son assouvissement.

Au moment de son initiation, Corydon, pendant ses études, a traversé une crise de « mélancolie, d'inquiétude mortelle ». Il a préparé son livre pour se guérir ou plutôt pour « vivre avec cette maladie ». Cette première crise représente le premier choc entre la passion et la chasteté ; pouvons nous admettre facilement qu'elle ait été la seule ? C'est peu probable : pendant dix ans il a cherché des exemples, des arguments nouveaux, en réalité le calme qui manquait à son esprit.

Havelock Ellis, qui a étudié avec soin les invertis « normaux » a noté que sur 49 cas, il en trouve 14 qui ont une tendance à la « neurasthénie plus ou moins précise, à un déséquilibre du tempérament plus ou moins marqué. »

De plus 13 autres sujets avouent un tempérament très nerveux, qui n'empêche pas la moitié d'entre eux de manifester une grande énergie physique et mentale : sur 49 invertis sept se sont montrés manifestement « virils ». Ces conditions favorables, puisqu'Ellis n'envisage pas systématiquement des malades, nous permettent d'affirmer que plus de la moitié des invertis sont des émotifs prédisposés à l'angoisse : Tous ceux que nous avons connus rentrent dans cette catégorie et nous ne les avons pas tous connus — comme médecin — mais beaucoup, comme ami de nos malades,

Quelle est l'origine de cette angoisse, qui se traduit souvent, de l'aveu de Corydon, par sa réaction habituelle, le suicide ? L'angoisse provient-elle de la situation de ces individus vis-à-vis de la société, ou d'une prédisposition innée ?

Corydon inclinerait volontiers pour la première solution pour éliminer la seconde. Mais les invertis sont libres de satisfaire leurs penchants et notre code leur interdit seulement le scandale et la violence. S'ils sont discrets, le monde ne leur est guère sévère. Leur situation vis-à-vis de la société est possible à condition de ne pas dépasser la limite prescrite aussi aux autres hommes.

Si cette première explication de l'angoisse ne joue plus, il faut arriver à la seconde et admettre que plus de la moitié des invertis sont des déséquilibrés émotifs avec des tares héréditaires.

Après l'angoisse, il y a un deuxième élément psycho-

◆◆

logique indéniable dans le cas de Corydon, c'est l'orgueil. Comme ses pareils, non seulement il n'admet pas d'être inférieur aux autres hommes parce qu'il n'est pas semblable à eux, mais il prétend même leur être supérieur. Cet orgueil surtout fréquent dans les confessions littéraires des homosexuels, s'exalte ici lyriquement dans certaines pages du dernier dialogue.

L'orgueil entraîne le raisonnement par analogie, le raisonnement de justification, que l'on rencontre à chaque page du livre et qui est la marque de l'esprit faux.

Voici l'homosexuel, souvent émotif, livré à sa forte passion, bien moins qu'un autre, puisqu'il est émotif il résistera à ses impulsions passionnelles. Et c'est à celui-ci que vous demanderez d'entretenir avec un jeune homme un commerce qui a la forme de l'amour. Que se passera-t-il au moment de la rupture, puisqu'elle est inévitable quand le jeune homme ainsi éduqué fondera un foyer. Ira-t-il tout simplement vers sa fiancée sans heurt de part et d'autre, Corydon reste muet là-dessus.

Il sait pourtant que le jeune homme initié aux mœurs homosexuelles n'est pas, comme il le prétend, un bon candidat au mariage et que son ami ne lui en donnera pas volontairement le congé. Beaucoup d'expériences de ce genre ont été faites sur le conseil de médecins non avertis. Elles sont désastreuses.

D'autre part la vie physique en commun entre deux homosexuels ne met nullement à l'abri de certains accidents graves comme les maladies vénériennes. L'intégrité physique et morale est compromise et tout autant que dans les cas où la vie sexuelle a été normale avant le mariage.

Le jeune homme vient tout de même de se fiancer. Il a encore bien à craindre de son ami d'hier qui peut revenir sur son consentement, au cours d'une crise de jalousie, devant une rivale appartenant au sexe ennemi. Ce peut être le scandale ou le drame qui tente d'arrêter le destin. Rimbaud ne s'est pas libéré pour se marier, mais à l'occasion de la rupture, il a essuyé le coup de pistolet de Verlaine. Il s'est enfin dégoûté de son passé et a jeté aux cabinets tout ce qui lui venait de son ancien ami, même le manuscrit de « sagesse », c'est un exemple à méditer.

Dans d'autres cas, il n'y a pas violence : le mariage n'est qu'une affaire de convenance et d'intérêts, le ménage à trois dure autant que la femme voudra bien fermer les yeux.

Le mariage n'est pas la seule issue des amours homosexuelles. Nous voulons dire maintenant un mot d'une autre éventualité possible, sur laquelle Corydon garde aussi le silence : la conversion à la foi religieuse. Ne se souvient-il pas d'un de ses amis qui a écrit ce mot cruel sur sa vie antérieure : « En ce temps-là, j'aurais refait le monde à mon image, pour justifier mes erreurs ».

L'appel aux mœurs grecques avec la dignité, la tempérance, la chasteté, a été conseillé par des médecins comme Féré. Ils ont eu le bon sens d'admettre que l'inverti est impropre au mariage et ils ont proposé cette solution, faute de mieux. Corydon lui, demande à l'homosexuel de devenir un saint, ce qui n'est pas à la portée de tout le monde.

Corydon fut notre guide à travers les rochers de l'histoire naturelle et les défilés de la sociologie et de l'histoire. Nous voici arrivés au sommet, où il nous laisse en équilibre sur une arête de rochers.

Comme Whitmann, son maître peut-être plus qu'il ne le dit, il n'a pas songé que cette position (elle n'est ni franche ni commode) ne convient guère à l' « homme moyen » du poète de « Feuilles d'herbes ».

Notre ami François Nazier, a établi dans son «anti-Corydon » la fragilité des sophismes de Corydon sous une forme plaisante. Nous avons voulu montrer à notre tour que le médecin, en poussant l'analyse impartiale de ce cas particulier, découvre la nature du malaise qui pèse sur le livre et le rend difficile à lire à qui n'est pas intéressé personnellement à la question. L'anxiété, l'inquiétude ne guérissent pas et reviennent par crises, même chez celui qui se croit habitué avec elles ; ces crises traduisent, à certaines heures de sa vie, le déséquilibre émotif.

Nous ne nions pas la valeur sociale de certains invertis. Ils ne sont pas la règle. Toutes les tentatives de prosélytisme resteront impuissantes à le prouver. Elles ne feront que troubler des faibles en les conduisant dans des impasses, qui n'ont parfois que la seule issue du suicide.

Dr Jean VINCHON.

Quelques réflexions sur le saphisme (1).

Lorsqu'un Dieu malin m'inspira le dessein de répondre au *Corydon* (2) de M. André Gide, j'hésitai quelque peu sur la forme qui convenait le mieux à cette réponse.

Si je m'arrêtai au dialogue renouvelé de Lucien plutôt que de Platon, c'est qu'il m'apparut finalement qu'il y aurait eu quelque ridicule à suivre gravement Corydon sur le terrain qu'il a choisi et qu'il est le seul, je pense, en sa bouffonne suffisance, à considérer comme scientifique.

Les règles du genre ne me permettaient donc que d'effleurer certains points qui, pour être précisés, demandaient un développement rigoureux vraiment hors de saison.

Les problèmes que soulève la sexualité sont parmi les plus obscurs et les plus passionnants de l'énigme humaine, mais c'est être bien mal préparé à les étudier que d'être dans la question à la fois juge et partie. Que l'on traite ces sujets avec passion, je le veux bien (fait-on rien de bon sans passion ?), mais j'estime que c'est trop d'y mettre une passion de partisan.

Des goûts et des couleurs, on ne discute point. Si, pourtant, du moment où l'on peut espérer déceler les raisons qui font que vous avez tel goût et que j'aime telle couleur. Cette discussion vaut tout autant, à mon sens, que vouloir faire de nos goûts respectifs un article de foi et les commandements d'un nouvel Evangile.

Les sentiments homosexuels existent, cela n'est pas niable, cela est-il explicable autrement que par des raisons de sentiment, c'est ce que je voudrais essayer d'examiner dans quelques notes où j'envisagerai surtout un des côtés de la question, celui des dames.

L'inversion sexuelle possède un substratum physiologique.

Les justifications morales, artistiques, voire sociales, des Corydons n'y changeront rien. Lorsqu'un malade se met tout à coup à manifester divers troubles mentaux, il ne faut voir dans l'incident initial en apparence que le révélateur d'un déséquilibre latent, depuis longtemps en puissance. Ne devient pas fou qui veut, ne devient pas homosexuel qui veut. A condition, bien entendu, que l'on

(1) Docteur François NAZIER. — L'Anti-Corydon. Un vol. Editions du Siècle, 1924.
(2) André GIDE. — Un vol. N. R. F., 1924.

exclue de l'homosexualité vraie tous ceux chez lesquels l'inversion ne fut qu'une erreur de jeunesse, le pis aller d'une sexualité que les circonstances empêchaient de se développer dans le sens normal. Rimbaud, dont le cas est particulièrement typique, semble bien n'avoir été qu'un homosexuel d'occasion, victime d'un vicieux. Les marins sont homosexuels faute de mieux; les pensionnaires se livrent à la masturbation réciproque par ignorance d'autres plaisirs, impossibilité ou timidité à se les procurer.

Ceux dont la sexualité persiste dans cette voie inverse et dont la vocation sexuelle apparaît comme irrémédiablement faussée, c'est qu'ils y avaient quelques prédispositions.

C'est précisément l'origine et la nature de ces prédispositions qu'il est intéressant de rechercher.

Avant d'essayer de formuler quelques opinions personnelles sur cette question, je donnerai d'après Havelock Ellis un aperçu des théories de l'inversion sexuelle en général.

« L'inverti moyen (1) qui se meut dans la société ordinaire, est le plus souvent un individu de bonne santé, bien que parfois apparenté à des individus nettement névropathiques. Il est le sujet d'une anormalité prédisposante congénitale ou d'un ensemble d'anormalités moindres, qui lui rendent difficile ou impossible de ressentir l'attraction sexuelle pour le sexe opposé et facile l'attraction pour les êtres de son sexe. Cette anormalité, ou bien apparaît spontanément dès le début à la suite d'un arrêt de développement, ou bien entre en activité à la suite d'une circonstance accidentelle » (2).

Pour expliquer cette anomalie, on a proposé bon nombre de théories qu'il est cependant possible de grouper sous deux chefs : les unes soutiennent le caractère *acquis*, les autres le caractère *congénital* de l'inversion.

Les théories du caractère acquis de l'inversion, séduisantes au premier abord, parce que plus simplistes, ne se peuvent soutenir, du moins en tant qu'explication unique. Il est évident que si l'exemple et la suggestion agissaient seules en la matière, il faudrait « admettre que l'instinct humain le plus fondamental est constitué de manière à être également adapté pour la stérilité et pour la propagation de la race ». C'est cependant cette opinion, plus ou moins fleurie de sophismes, que nous avons vu soutenir par André Gide, lorsqu'il nous présente la vocation étéro-sexuelle comme tout à fait imprécise et susceptible d'être faussée avec la plus grande facilité.

Il faut donc attribuer à l'inversion un certain substrat congénital. Mais ce n'est rien dire que définir l'inverti : « Un cerveau féminin dans un corps masculin et inversement ».

L'embryologie a fourni à la théorie congénitale de l'inversion une base qui a, du moins, le mérite d'être la moins métaphysique des théories puisqu'elle se contente de considérer l'inversion comme la résultante d'une différenciation sexuelle imparfaite, par persistance de germes mâles latents dans la femelle et de germes femelles latents dans le mâle.

Sans qu'il soit besoin d'attribuer au sexe, au cerveau, il suffit de supposer la permanence d'une glande capable de sécréter telle ou telle hormone étéro-sexuelle pour expliquer l'inversion des appétits sexuels.

La preuve expérimentale et anatomo-pathologique de cette hypothèse a déjà été faite, du moins en partie et le rôle capital des hormones dans l'orientation de la sexualité semble aujourd'hui à peu près démontrée (1).

Si humiliante que soit cette constatation pour les Corydons, il faudra bien admettre que leurs justifications leurs furent dictées par l'afflux imprévu d'hormones étéro-sexuelles qui s'en vinrent un beau matin exciter leur centre graphorrhéique en lieu et place de leur centre génital.

Il semble donc que l'on doive attribuer à l'inversion en général une base physiologique. Est-ce à dire que ce soit là la solution complète de la question ?

Il s'en faut de beaucoup.

Ici, les facteurs que nous avons considérés comme insuffisants pour expliquer l'origine même de l'inversion reprennent toute leur valeur d'excitateurs.

Cette anomalie, cette « anormalité », peut rester latente toute la vie, mais une cause, le plus souvent d'ordre psychique, peut survenir, finit presque toujours, tôt ou tard, par survenir, qui révèlera les instincts homosexuels, aussi sûrement que l'hydroquinone « révèle » l'image sur la plaque photographique.

La *suggestion* par exemple, impuissante sur un individu normal, trouve une proie facile dans l'inverti latent candidat à l'homosexualité.

Ce phénomène de révélation est très sensible pour qui sait lire les confessions d'invertis, qui, presque tous, décrivent complaisamment leurs premières armes homosexuelles ainsi qu'une « initiation » dont le souvenir leur est resté comme celui du plus beau jour de leur vie.

Il faut avouer que cette initiation se produit le plus souvent au moment de la puberté, ou même bien avant, dans la promiscuité des lycées et des pensionnats. Cependant la disproportion manifeste entre l'énorme fréquence de la masturbation mutuelle, résultant de notre système scolaire, et le nombre relativement restreint des homosexuels adultes est un argument de plus en faveur de la base congénitale de l'inversion vraie : si l'exemple et la suggestion y suffisaient, il y aurait, étant donné le nombre des appelés, infiniment plus d'élus.

La *séduction* qu'Havelock Ellis décrit comme une des causes secondes de l'inversion, joue aussi, évidemment, un très grand rôle, car, ici comme en toute chose, il y a la manière : le candidat à l'inversion qui tombe sur un initiateur ou une initiatrice pleins d'expérience a bien des chances d'en rester marqué pour le reste de son existence.

Comme corollaire, le manque d'expérience ou la brutalité de l'initiateur mâle ou femelle à l'acte sexuel normal peut être et est, en fait, très fréquemment le révélateur de l'inversion.

C'est cela, je suppose, que le bon Ellis appelle le « *chagrin d'amour* ».

Je crois qu'il faut faire jouer à ce « chagrin » un rôle beaucoup plus important encore qu'il ne le fait lui-même. Qu'il me soit permis cependant de remplacer l'expression « chagrin d'amour » par celle moins romantique de « *déception sexuelle* ».

Il est certain que si le premier pas dans la vie sexuelle est un pas de clerc, toute la sexualité du sujet risque d'en rester troublée. Mais alors que tout ce qui précède pouvait à la rigueur s'appliquer aux deux sexes, je crois qu'il y a lieu, en ce qui concerne la déception sexuelle, de

(1) Serait-ce celui que M. Gide appelle « normal » ?

(2) HAVELOCK ELLIS. — L'inversion sexuelle. Trad. A. Van Gennep. *Mercure de France*, éditeur.

(1) Expérience de BOUIN et ANCEL (1903-1912), de STEINACH (1910-1913), de GOODALE, LISPSCHUTZ, CAMPY, etc., montrant la possibilité de masculiniser une femelle par implantation de glandes sexuelles mâles et de féminiser un mâle par l'opération inverse. Voir surtout l'observation de STEINACH et LICHTENSTERN : guérison d'un inverti châtré, par greffe d'un testicule humain.

distinguer entre l'homme et la femme, en raison de la différence des rôles.

Chez l'homme (1), je crois que la déception conduit surtout à l'impuissance plus ou moins durable et par ricochet seulement et à condition que la prédisposition congénitale soit forte, à l'homosexualité.

Chez la femme, plus passive, et dont l'éveil sexuel est plus délicat, quatre solutions à la déception sexuelle de la première nuit semble possible :

1) Solution la plus morale et, dit-on, la moins fréquente : le mari ou l'amant maladroit répare lui-même sa maladressse.

2) Le traumatisme psycho-sexuel amène une frigidité qui peut être définitive et il s'opère alors un transfert sur le foyer, les enfants, la société, etc.

3) La frigidité n'est que temporaire et quelqu'ami du maladroit se charge de réaccorder l'instrument.

4) La frigidité est guérie par une amie : la victime du traumatisme étéro-sexuel devient homosexuelle.

Reste enfin le cas où l'essai étéro-sexuel était tenté en vue de se libérer de tendances homosexuelles, il va sans dire que cet insuccès ne fait que rejeter la déçue à ses anciens errements.

Nous voici donc revenus, après un long détour, à ce qui fait l'objet principal de ces quelques réflexions : le saphisme.

Débarrassés des considérations préliminaires sur la base même, le substratum physio-psychologique de l'inversion en général, il nous est maintenant loisible d'examiner s'il existe identité absolue entre l'inversion masculine et l'inversion féminine.

Les gens du monde affirment que « ce n'est pas la même chose ».

L'attitude de l'homme de la rue, à cet égard, est fort bien indiquée dans les lignes suivantes :

« Un homme peut-il se considérer réellement comme trompé quand il l'est par une femme? Il y a du pour et du contre. Disons tout de suite que la grande majorité des maris estiment qu'il n'y pas là de quoi fouetter un chat et refusent de se croire cocus parce que leur femme a des sentiments un peu vifs pour une amie. Beaucoup cherchent même à tourner cette amitié à leur profit et à se mettre en tiers dans une conversation qui sans eux, ne peut avoir ni queue ni tête. D'autres voient là une sauvegarde et une assurance contre le danger de l'amant. Une amie est une diversion : ainsi on trompe la faim des bébés en leur donnant à sucer un simple bout de caoutchouc à la place du sein maternel. La plupart enfin, pour avoir lu dans le temps les *Chansons de Bilitis*, ne veulent voir dans ces tendresses féminines que des jeux littéraires d'une grâce élégante et d'une inoffensive perversité. L'adultère est une plante qui ne peut fleurir sur les rivages desséchés de Lesbos : elle a besoin d'être arrosée. »

« Mais il y a cependant quelques hommes qui sont plus jaloux d'une femme que d'un homme et qui considèrent ces trahisons comme la suprême injure. Après tout, ils n'ont peut-être pas tort non plus. Tant qu'à faire d'être trahi, n'est-il pas plus flatteur de l'être complètement ? Et n'est ce pas au contraire humiliant de se voir préférer une rivale qui a moins de moyens quevous et qui ne lutte pas à armes égales » (2).

On doit reconnaître que cette seconde attitude est la plus rare, du moins théoriquement, et que presque tous les hommes normaux considèrent le saphisme avec une certaine indulgence. Cette indulgence à d'ailleurs le don d'indigner la plupart des femmes normales même les plus libres, mais cependant, celles-là même concèdent que le « vice » lesbien, leur paraît encore cent fois moins répugnant et abominable que le « vice » socratique.

(1) A condition, bien entendu, qu'en premier insuccès le rebute, chose relativement rare.

(2) *Fantasio*, 4 décembre 1924.

Nous n'avons pas à trancher ce différend et nous n'avons fait cette incursion dans l'opinion publique que pour montrer celle-ci en somme moins agressive à l'égard du saphisme que de la pédérastie. Nous laisserons de côté les considérations morales (?) : désordres moindres résultant du saphisme, saphisme comme conséquence logique de la pénurie des mâles ; les raisons esthétiques, voire sentimentales ; il reste à savoir si cette différence d'attitude repose sur une réalité moins immatérielle.

Forel, avec cette gravité un peu guindée qu'il met à traiter ses sujets les plus scabreux, établit nettement une différence entre l'inversion masculaire et le saphisme, de même qu'il insiste sur la difficulté beaucoup plus grande qu'il y a à distinguer chez les femmes entre le saphisme congénital et le saphisme acquis par séduction ou habitude. Forel est un idéaliste qui attribue le développement plus grand du saphisme au rôle dominant de l'amour dans le cerveau féminin ; encore ne faut il pas confondre amour et sensualité.

« L'homme normal, dit l'écrivain suisse, sépare nettement la sympathie, ou même l'affection exaltée qu'il éprouve pour un autre homme, de toute sensation sexuelle, et n'éprouve pas la moindre envie de baiser ou de caresser l'ami qu'il chérit le plus et encore moins d'avoir avec lui des rappports sexuels. Toute caresse sensuelle entre hommes demeure donc suspecte d'inversion; sauf dans les internats et autres lieux où les femmes font défaut.

« Chez la femme normale, au contraire... les sentiments de sympathie exaltée provoquent facilement l'envie de baiser, de caresser, d'embrasser. Pareilles caresses font, souvent du moins, ressentir à la femme une certaine jouissance sensuelle vague. Lorsque cette jouissance conduit à des tendresses progressives et finit par dégénérer en onanisme mutuel, etc., elle demeure cependant intimement liée à l'exaltation psychique et aux sentiments de sympathie, dont elle ne peut être séparée comme chez l'homme » (1).

J'y souscris volontiers mais, cependant, j'incline à croire que ce n'est là qu'un des côtés de la question et que les origines du saphisme sont à la fois plus complexes et en partie moins idéales.

Il existe chez la femme deux zones érogènes *génitales*, nettement différenciées, anatomiquement et physiologiquement.

La région clitoridienne.

La région vaginale.

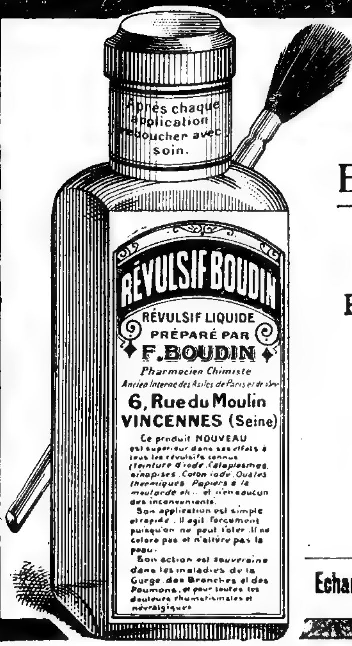
Ces deux zones sont indépendantes l'une de l'autre, peuvent être excitées séparément, peuvent séparément amener l'orgasme. De plus, semble-t-il, ces orgasmes sont différents, provoquent une sensation différente, selon la zone érogène excitée. Enfin, une sensation voluptueuse paroxystique est obtenue de l'excitation simultanée des zones.

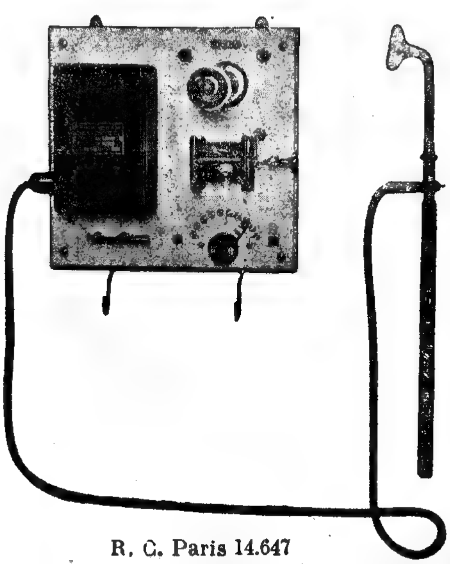
On peut donc distinguer un *orgasme clitoridien* et un *orgasme vaginal*.

Mais toutes les femmes ne sont pas également sensibles aux excitations portant sur ces deux zones normalement érogènes. Les unes préfèrent, souvent à leur corps défendant, la zone clitoridienne; les autres la zone vaginale. Il en résulte que l'on peut classer les femmes, sexuellement, en clitoridiennes, en vaginales, en vagino-clitoridiennes.

Les vaginales parviennent à l'orgasme par la seule excitation des colonnes vaginales turgescentes, sans que

(1) Auguste Forel. — La question sexuelle. Masson édit.


Après chaque application reboucher avec soin.
RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE
PRÉPARÉ PAR
F. BOUDIN
Pharmacien Chimiste
6, Rue du Moulin
VINCENNES (Seine)



le clitoris participe à l'excitation, ainsi qu'il arrive fréquemment dans le coït normal, par suite de dispositions anatomiques particulières, de figura veneris spéciales, ou simplement par inexpérience des deux acteurs.

Les vaginales ressentent par le coït normal ou son équivalent artificiel une satisfaction sexuelle totale et peuvent être regardées comme sexuellement normales, même si les circonstances les amènent à recourir à des partenaires non masculins et à des simulacres inanimés pour provoquer en elles l'orgasme vaginal.

Chez les clitoridiennes au contraire, l'excitation n'est ressentie comme une chose agréable et capable d'amener l'orgasme complet qu'à condition de porter sur la région clitoridienne. Le coït normal ne les satisfait pas ou les satisfait incomplètement, les « énerve », et cet orgasme partiel n'est pas suivi de la détente heureuse caractéristique qui suit l'acte sexuel intégralement accompli. Ce sont ces femmes dont parle Stendhal qui risquent, à s'en tenir aux rapports strictement normaux, de mourir à soixante ans mères de six enfants et cependant aussi vierges qu'à quinze ans.

Ce sont celles-là aussi qui, si les circonstances les y amènent, découvrent un jour dans la masturbation et les rapports homosexuels des jouissances insoupçonnées. Ces femmes sont des tribades nées, pour lesquelles la satisfaction sexuelle n'est possible que grâce à des manœuvres plus ou moins éloignées de l'acte physiologique.

Enfin, et cette variété peut être considérée comme le type sexuel vraiment normal, il y a les *vagino-clitoridiennes* qui, également sensibles aux deux excitations, sont susceptibles de ressentir, soit séparément, soit simultanément, l'orgasme clitoridien et l'orgasme vaginal.

Mais en dernière analyse, et en admettant qu'il soit légitime d'admettre un critérium de normalité dans le finalisme de fécondation, la sexuelle normale est celle qui reconnaît la région vaginale pour origine de l'orgasme, puisqu'en fin de compte cet orgasme n'est légitimement réalisé que par la pénétration de l'organe mâle dans l'organe femelle, pénétration dont, sauf fraude ou malformation, doit résulter la fécondation.

L'orgasme clitoridien serait donc une fonction de luxe, le clitoris, vestige du mâle dans la femelle, un de ces organes de surcroît, dans lequel Monsieur Gide se plaît à voir les preuves de la préexcellence de son sexe.

A l'idée de faire des clitoridiennes les seules Saphiques, on objectera l'exemple et l'histoire de sujets qui se livrent tout entières à d'autres femmes, mais ici comme pour les pédérastes, il faut distinguer. Il y a les constitutionnelles et les vicieuses. Ces dernières sont avant tout des masturbatrices qui poursuivent la seule jouissance sexuelle d'où qu'elle vienne. La lesbienne n'attend la volupté que d'une main chérie. Il est de ces clitoridiennes qui se déclarent, et sont en pratique, résolument étéro-sexuelles si l'on peut appeller sexuels des rapports où n'interviennent jamais simultanément les organes génitaux des deux partenaires. Je n'irai pas jusqu'à dire que ce sont, là les lesbiennes qui s'ignorent, mais il n'en reste pas moins que, de leur propre aveu et en dépit de multiples expériences, le coït normal ne présente pour elles aucun attrait.

Il est un autre point que les auteurs passent en général sous silence où sur lequel ils insistent fort peu, c'est celui de la *capacité sexuelle*.

Il n'existe évidemment pas de critérium qui permette d'établir quel est le coefficient normal de la capacité sexuelle. Il y a à cet égard une infinité de variatiions individuelles, mais cependant, le *consensus omnium* reconnaît à la femme une capacité normalement supérieure à celle de l'homme. Sans aller jusqu'à y voir une légitimation de la masturbation féminine ou du saphisme, il est peut-être permis d'y trouver une des raisons qui poussent certaines femmes à chercher dans les rapports homosexuels une compensation à l'insuffisance d'un ou de plusieurs partenaires masculins (1).

Une de ces causes psychologiques du saphisme, que je n'ai trouvée nulle part et qui ne me paraît pas minime est *la peur de l'enfant*. Il est naturel, à notre époque néo-malthusienne, que bien des femmes en viennent à demander à des jeux stériles par essence des satisfactions qui, recherchées par des moyens normaux, s'accompagnent toujours d'un certain risque.

Enfin, parmi les causes psychologiques du saphisme et en dehors même du traumatisme psycho-sexuel, il faut placer au premier rang, l'horreur plus ou moins [illegible] née qu'ont beaucoup de femmes pour la *brutalité masculine*.

«L'homme est rude et le prend sans savoir le donner».

Les saphiques demandent à leurs semblables les caresses patientes et légères que la hâte et la rudesse égoïste de l'homme leur refusent trop souvent.

Qu'est-ce au fond que Don Juan ? Un hussard ? Non pas, un Lesbien. Une sorte d'homme-femme, non dans le sens pédérastique, mais un mâle qui possède en lui, à côté d'un puissant instinct femelle qui fait de « l'amour le but même de sa vie » et lui inspire, pour plaire aux Elvires, le même altruisme sexuel, le même don et le même oubli de soi qui permettent à Bilitis d'enchaîner Mnasidika. Mais ceci est une autre histoire.

Que conclure ? Est-il, en ces matières, de conclusions possibles. Résumons-nous plutôt.

Il importe de faire parler un peu le bon sens après le délire pseudo-scientifique des Corydons, et de faire rentrer l'inversion dans le cadre des anomalies sexuelles au même titre que les autres perversions.

L'inversion possède un substrat physiopath[illegible]gique. El[illegible] peut rester latente toute la vie ou se trouver révélée [illegible] quelque cause seconde telles que la suggestion, la séduction, l'exemple, la deception sexuelle.

Chez la femme, les causes prédisposantes au saphisme paraissent, par ordre d'importance :

1° Causes physiques : *excitabilité* plus grande de la zone clitoridienne, *congénitalité*.

2° Causes psycho-physiologiques : déception sexuelle, appétit sexuel insuffisamment satisfait, peur de l'enfant.

A l'opposé de l'homme, l'inversion chez la femme semble n'avoir souvent pour base qu'une très minime tare congénitale (2).

Dr François Nazier

(1) Le fait que toutes les femmes « à tempérament » ne versent pas dans le saphisme, n'est-il pas aussi une preuve de la nécessité d'une tare congénitale ?

(2) Ces quelques réflexions sur le saphisme forment le canevas d'un des *Trois dialogues sur la Sexualité*», à paraître aux Editions du Siècle.

Diderot et l'Eugénique. « Veut-on semer une graine ; on défriche, on laboure, on herse. Veut-on planter un arbre : on choisit le temps, la saison ; on ouvre la terre, on la prépare ; il y a des soins que l'on prend. Quelle est la fleur qui n'en exige pas ? Il n'y a que l'homme qu'on produise sans préparation. On ne regarde ni à sa santé, ni à celle de la mère ; on a l'estomac chargé d'aliments, la tête échauffée de vin, on est épuisé de fatigue ; on est embarrassé d'affaires, abattu de chagrins... Sans plaisanter, c'est un ouvrage assez important pour y procéder avec quelque circonspection .»

Lettre à Mlle Voland, 20 octobre 1759.

LE MOUVEMENT MÉDICAL

La sécrétion interne des glandes génitales

Nos connaissances sur la sécrétion interne des glandes génitales sont actuellement l'objet d'un remaniement important. Les travaux de CHAMPY et ceux de SCHICKELÉ, qui ont été récemment résumés dans ce journal, sont des marques de l'attitude nouvelle adoptée par ceux qui se sont consacrés à ce problème. Les travaux qu'ALEXANDRE LIPSCHUTZ (1) a écrits sur le même sujet ne sont pas moins importants. Leur auteur vient de les synthétiser dans un important ouvrage qui intéressera tous les [illegible]ogistes et tous les médecins.

Il débute par une étude sur les résultats de la castration. La fin de l'ouvrage est consacrée à l'intersexualité, à la précocité sexuelle, enfin au problème très à l'ordre du jour du rajeunissement.

1. — *Résultats de la castration.* — La formation et la persistance des caractères sexuels chez les mammifères, les oiseaux, les amphibies et quelques invertébrés est sous la dépendance des glandes génitales. Cette influence n'a pas trait à tous les caractères sexuels, quelques-uns simplement doivent être considérés comme secondaires au sens propre du mot. Ce déterminisme de la glande génitale ne concerne pas seulement les caractères en rapport direct avec la fonction sexuelle (organes génitaux) il influe aussi sur les caractères qui ne semblent pas en relation spéciale avec la fonction sexuelle (plumage, développement du corps, etc.)

Après castration, le mâle ou la femelle abandonne plus ou moins ses caractères propres et tend à prendre une forme de sexualité indifférente, commune aux deux sexes.

Il est probable que chez les mammifères et les oiseaux, l'embryon, au début même de son développement, est asexué ou bisexué et ce n'est qu'au cours de la vie embryonnaire, qu'il prend un sexe lorsque les glandes sexuelles se différencient. En un mot, l'auteur soutient que ces différences sexuelles qui apparaissent sous l'action des glandes génitales sont en réalité causées par cette action seule. Au contraire, les différences sexuelles qui existent sans être sous la dépendance des glandes génitales résultent du développement des caractères asexués communs aux deux sexes au début même de la vie embryonnaire. Ces caractères indifférents vont prendre ceux de l'un ou l'autre sexe sous l'influence des glandes génitales, tels le plumage brillant et les ergots chez le coq, le plumage sombre et l'absence d'ergots chez la poule. Il ne faut pas confondre les caractères sexuels indépendants des glandes génitales avec ceux qui ne le sont qu'en apparence et qui persistent après castration simplement parce que l'action déterminante des glandes sexuelles s'est déjà manifestée et parce que la persistance de cette action a été assez prolongée pour fixer ces caractères sexuels.

2. — *La sécrétion interne des glandes génitales.* — Avant d'étudier l'appareil génital, l'auteur définit ce qu'il entend par glande à sécrétion interne. Pour lui une glande endocrine est un organe qui n'a pas d'autre fonction que de sécréter des substances chimiques ou des hormones de composition spéciale et qui ne sont produites dans aucun autre endroit de l'organisme.

La greffe des glandes génitales a donné chez l'animal des résultats concluants mais l'auteur ne sait pas si, en cas de transplantation, la persistance des caractères sexuels est due à un réflexe du système nerveux central ou à la sécrétion interne. L'ingestion ou l'injection d'extraits glandulaires n'a pas donné de résultats concluants.

3. *Quel est le siège de la sécrétion interne du testicule.* — L'insuffisance de développement des cellules interstitielles est liée à l'eunuchisme. La maturité sexuelle complète est possible même lorsqu'il n'y a pas de spermatozoïdes dans le testicule. Par contre, il peut y avoir eunuchisme avec présence de spermatozoïdes.

Les cellules interstitielles sont seules indispensables à la fonction endocrinienne du testicule, aucune preuve n'existe de l'action des cellules de Sertoli dans la sécrétion interne. Au cours du dévelop pement de l'homme et des mammifères il est probable que l'apparition de cette fonction endocrinienne passe par deux étapes successives, la première pendant le développement de l'embryon, la seconde au moment de la puberté. Chez le lapin, la sécrétion interne ne fonctionne pas pendant les trois premiers mois de la vie. Il est possible que chez l'homme jusqu'à la puberté, la fonction endocrine du testicule soit dans un stade « intermédiaire » alors que l'activité sécrétoire des cellules interstitielles est très réduite ou cesse complètement. On peut donc considérer comme vraisemblable l'hypothèse d'après laquelle la transformation des cellules interstitielles en appareil endocrinien est en rapport avec la spermatogénèse.

Ce qu'on appelle ordinairement l'âge de la puberté est donc, d'après ce que nous venons de voir, la seconde phase importante de celle-ci. La première se place au cours du développement embryonnaire lorsque l'embryon, d'asexué qu'il était, devient mâle.

4. — *Où se fait la sécrétion interne de l'ovaire.* — Il est infiniment probable que la sécrétion interne de l'ovaire des mammifères est due en partie aux cellules de la granuleuse, en partie à celles de la thèque interne : ces cellules tireraient leur origine de follicules atrésiés ou de follicules mûrs, rompus et transformés en corps jaunes. Il est difficile de dire si l'augmentation de la sécrétion interne de l'ovaire est due à la prolifération ou à l'hyperfonctionnement des cellules endocriniennes. De même que dans le testicule, il semble que la mitose soit rare dans l'épithélium ou dans les cellules épithélioïdes de l'ovaire. Il est infiniment probable que dans l'espèce humaine, les cellules endocrines de l'ovaire, lorsqu'elles ne dégénèrent pas, se transforment en tissu conjonctif ou en tissu fibreux. A partir d'un certain âge, il y a périodiquement une nouvelle formation de cellules endocrines (corps jaune périodique ou menstruation) et ces cellules ne persistent à leur tour qu'un certain temps. Cette nouvelle formation cellulaire est particulièrement développée lorsque l'ovule est fécondé (corps jaune de la grossesse).

Les cellules à sécrétion interne du corps jaune de la grossesse ne restent pas en activité pendant toute la durée de la gestation. Elles finissent par se scléroser, mais dans la seconde moitié de la grossesse, d'autres cellules endocrines remplacent le corps jaune sclérosé ; elles proviennent de la thèque interne et peut-être aussi de la granuleuse des follicules.

De tout ceci il s'ensuit clairement que la fonction en-

(1) ALEXANDRE LIPSCHUTZ. — La sécrétion interne des glandes génitales (avec préface de A. MARSHALL). Librairie HEFFER, Cambridge.

docrine de l'ovaire est en rapport intime avec le développement du follicule. Peut-être ce processus dépend-il de la maturité de l'ovule ; cependant il n'est pas toujours nécessaire que l'ovule reste vivant. On voit qu'il y a une certaine analogie chez les mammifères entre le mécanisme endocrinien de l'ovaire et celui du testicule. Dans les deux sexes la transformation des cellules inactives d'origine mésodermique ou mésenchymateuse dépend de l'impulsion provenant du tissu de génération sans que la pleine maturation soit nécessaire.

Après cette étude très approfondie, Lipschütz en arrive à l'action sexuelle spécifique des hormones testiculaires et ovariennes et il relate les expériences faites chez les animaux par Steinach de féminisation et de masculinisation. Pour cet auteur, les vésicules séminales et la prostate n'ont aucune influence sur le développement des caractères sexuels.

Lipschutz termine enfin son volume par une étude sur l'intersexualité, et de cette anomalie il propose deux explications. D'abord l'intersexualité chez les vertébrés est due à la production simultanée ou successive des hormones des deux sexes chez le même individu. Il présente ensuite une autre thèse : c'est une condition anormale dans laquelle un plus ou moins grand nombre de caractères rudimentaires des deux sexes sont combinés et existent successivement ou simultanément chez le même individu.

P. DUHAIL.

VARIÉTÉS

Musculature et psychologie paradoxales des impuissants

J'ai eu souvent l'occasion de constater un remarquable développement musculaire chez mes neurasthéniques et chez mes impuissants ; si on pouvait les faire défiler devant un véritable conseil de révision, on serait fréquemment surpris de leur prestance et de leur musculature. Haute stature, largeur d'épaules, ne traduisent pas extérieurement la vaillance sexuelle. Les meilleurs coqs sont petits et maigres. Ils sont, pour employer une jolie expression de Paul Bourget dans son dernier livre, plus *vitalisés*. La plupart des dons Juans célèbres n'étaient ni beaux, ni herculéens.

***

Aussi paradoxale que sa musculature est souvent l'attitude psychologique de l'impuissant vis-à-vis de sa partenaire. Les auteurs sont, à tort, muets sur cette répercussion psychologique paradoxale de l'impuissance. Il semblerait en effet que le mâle capon dût être penaud et soumis. Penaud, il l'est, pendant et immédiatement après son humiliante gymnastique. Mais ensuite, dans la journée, sa mauvaise humeur éclate. De même que le mauvais élève attribue son échec à l'injustice de l'examinateur, de même que le persécuté met son anxiété sur le compte de ses ennemis, de même l'impuissant cherche instinctivement en dehors de lui la cause de ses échecs. Si certains deviennent mélancoliques et découragés, beaucoup d'autres ne pardonnent pas à leur femme d'être la cause et comme le révélateur de la tare déshonorante de leur fonction virile. Ils la brusquent et souvent la brutalisent, surtout dans cette forme bien typique d'impuissance qu'est *l'impuissance élective*, limitée à une seule femme, alors qu'aux époques de la retraite sexuelle, après la cinquantaine, l'homme garde une reconnaissance quasi religieuse à la femme, souvent unique, dont les charmes lui redonnent un regain de vitalité et dont l'influence explique bien des drames sociaux qui seraient sans cela incompréhensibles : dans l'âge adulte l'homme déteste la femme qui lui vaut la plus grande humiliation de l'espèce.

Paul VOIVENEL

L'inversion sexuelle (homo-sexualité). La lutte antivénérienne

Je n'ai pas eu le loisir, depuis 1914, de suivre les publications concernant le phénomène de *l'inversion sexuelle*, assez généralement désigné actuellement par le mot *homosexualité*. Je me bornerai donc à quelques réflexions issues des recherches faites sur le sujet depuis la publication de mon ouvrage, signé Dr Laupts : *L'homosexualité et les types homosexuels* (1) (Paris, Vigot frères) jusqu'au moment où la guerre éclata.

La première édition de l'ouvrage trahit la grande jeunesse de l'auteur, exagérément influencé par l'école allemande (Kraft-Ebing). Mais une centaine de pages très condensées, conçues avec beaucoup plus de maturité d'esprit, constitue les derniers chapitres de la deuxième édition, publiée avant la guerre.

Qu'on s'y reporte et qu'on en juge :

A. — Résumé de contestations opiniâtres avec des savants allemands (2) et aussi avec les écrivains de l'école Hirschfeld. Beaucoup de ces écrivains étant des invertis cultivent une sorte de mystique de l'inversion, annexent à l'inversion la plupart des grands hommes de l'humanité, voient de l'inversion en tous lieux, prétendent les mœurs françaises imprégnées d'inversion jusque dans les coins reculés les moins cosmopolites de notre pays.

Le Dr Hirschfeld fut le chef réputé des homosexuels allemands. Il avait pris comme terrain de combat la destruction de l'article du code prussien qui, contrairement au code Napoléon, punit l'homosexualité *en soi* et non pas seulement l'attentat à la personne ou l'attentat public à la pudeur. Il résulte de la sévérité du code prussien que bien des chantages deviennent possibles. Des hommes politiques — tel Bebel — appuyèrent ouvertement Hirschfeld. L'affaire Eulenburg envenimée par l'astuce de Maximilien Harden, intronisé défenseur de l'honneur national, ne fit, en éclaboussant les confins du trône, que rendre plus populaire encore le problème soulevé par la question de la supression de l'article 75.

Ce qui peut surprendre des Français — et même des médecins français — c'est la « G mütlichkeit » avec laquelle le peuple allemand considérait Hirschfeld menant une lutte qui, dans d'autres nations, n'eût pas manqué soit par révolte sincère, soit par pudibonderie, de provoquer les réactions les plus violentes.

Hirschfeld avait fondé une vaste association qu'il baptisa *Comité humanitaire*. Ce Comité avait des ramifications dans toute l'Allemagne, donnait à Berlin des fêtes homosexuelles, faisait une propagande intensive, éditait assez luxueusement des publications (3) relatives à l'inversion, recevait les souscrip-

(1) Sacrifiant à la mode, j'avais adopté le mot *homosexualité*, mot de composition médiocre et que rien ne semble recommander particulièrement. Cependant la question était déjà bien connue en France sous le nom d'*inversion*, tant par les travaux de Lacassagne que par l'ouvrage de Chevalier, antérieur au mien.

(2) Parmi les hommes de science de l'Allemagne qui étudièrent le mouvement créé par Hirschfeld et écrivirent sur l'homosexualité, je dois une mention particulière à la mémoire du Dr Paul Naecke qui fut longtemps conseiller médical à Hubertusburg (Saxe). Naecke médecin aliéniste fut un scientiste et même un savant qui tantôt en médecin, tantôt en psychologue traita quantité de sujets — dont l homosexualité — et les traita généralement avec autorité, avec originalité et avec pénétration. C'était un grand laborieux et un correspondant plein de mérites et de bienveillance.

(3) Publications mensuelles (*Monatsberichte*) ; trimestrielles *Vierteljahrberichte*) bisannuelles ou annuelles (*Jahrbuch fur sexuelle zwischenss tufen mit besonderer Berucksichtigung des homosexualitaet. Dr Magnus Hirschfeld prakt. Artz in Charlottenburg. Verlag von Max Spohr Leipsig.*)

tions de nombreux Allemands, parmi lesquels on relève, avec beaucoup d'anonymes, les noms de magistrats, de fonctionnaires, d'officiers....

Certes l'Allemagne connaît bien l'homosexualité ce qui ne veut pas dire qu'elle la juge impartialement.

Après la guerre, les journaux relatèrent qu'Hirschfeld périt assassiné à l'instigation des nationalistes. Vraisemblablement l'homosexualité ne fut pour rien dans le crime.

B. — Observation des phénomènes sociologiques. Y a-t-il ***dégénérescence*** **des peuples latins comme l'affirment des écrivains allemands ou bien la** ***pléthore*** **ne peut elle pas, en quelque mesure, engendrer l'inversion ? Il existe un** ***malthusianisme spontané,*** **naturel, non conditionné par les volitions humaines (lesquelles n'en sont que l'effet), particulièrement dans les pays riches et suffisamment peuplés,** ***L'instinct sexuel est conditionné par l'instinct de nutrition.*** **L'instinct sexuel est fonction de l'instinct de nutrition.**

C. — Considérations relatives à la pédagogie, aux influences confessionnelles (catholicisme, protestantisme) aux groupements monosexuels, etc..

D. — Influence du milieu, de l'exemple, de l'imitation. ***Contamination coloniale*** **(cas d'homosexualité et d'habitudes homosexuelles importés des Indes en Angleterre par exemple.)**

E. — Affinement intellectuel vraisemblable, en certains cas, sous l'influence de la souffrance, de la maladie, de mutilations, etc...

Et je puis ajouter : etc., etc.

On conçoit vite ce que le thème peut suggérer de remarques solidement évidentes, banales, d'hypothèses, de conceptions subtiles et de divagations pures.

Je pense bien que mon livre n'échappe pas à la règle commune : c'est-à-dire qu'il contient des unes et des autres.

Que l'on examine la question de quelque point de vue que ce soit je pense que l'on aboutira fatalement à la constatation suivante :

Il existe des invertis chez lesquels l'inversion est le fait d'une structure ou de conditions antérieures à la naissance. Parmi ceux-ci existent des cas fort distincts, soit au point de vue de l'origine (conformation héréditaire ou conformation déterminée par des conditions circonstantielles fœtales ou anté-fœtales), soit au point de vue de l'intensité et de la forme des manifestations homosexuelles.

Il existe, d'intensité et de formes très variées, du sodomite au pur rêveur, une inversion qui se développe lorsque l'instinct sexuel est bridé dans son épanouissement normal, de même que la faim fait de certains herbivores des carnassiers, de certains carnassiers des herbivores.

Si vous admettez ces points et en tirez les déductions qu'ils comportent, vous serez conduits à reconnaître la grande variété des cas d'homosexualité : de l'inverti comparable à l'hermaphrodite, c'est-à-dire de structure particulière et inaccessible à toute réduction, à l'inverti occasionnel, circonstanciel (de tendance charnelle ou mystique) qu'un changement approprié de milieu peut suffire à replacer dans l'hétéro sexualité.

Pour ceux-ci le médecin ne peut être, à mon avis, qu'un psychologue, un conseiller ami (1) bien que d'aucuns aient préconisé et même employé l'hypnose (baron von Schrenk-Notzig.)

Je terminerai ces quelques considérations en revenant sur une idée qui m'est chère. C'est que l'inverti intelligent douloureux, je veux dire l'homme intelligent qui souffre d'être un inverti, rencontre parfois dans la souffrance que lui valent les restrictions à l'épanouissement normal de l'instinct, une cause de facilité à la création intellectuelle originale, particulièrement en matière artistique, littéraire.

Sans prétendre annexer les grands hommes à la maladie comme l'ont fait des Allemands pour l'inversion, on peut soutenir que des conformations atypiques ou des maladies comme la tuberculose, comme la syphilis, sont à l'origine de chefs-d'œuvre.

C'est une thèse que j'ai soutenue, non sans quelque outrance, dans un ouvrage de grande jeunesse publié par Maloine : *Plus fort que le mal.*

Cet ouvrage (*Plus fort que le mal*) est consacré à la syphilis. Qu'on me permette, à ce sujet, de dire un mot de la lutte antivénérienne que nous ne devons pas cesser de mener âprement. Car, bien entendu, quand bien même la maladie serait la génératrice des plus purs chefs-d'œuvre, notre devoir, à nous médecins, n'en demeure pas moins de la combattre de toutes nos forces.

C'est pourquoi sous le titre : *La prostitution doit aider la prophylaxie,* j'ai préconisé récemment (*Progrès médical,* n° 5 du 2 février 1924) une série de mesures parmi lesquelles ;

L'installation de la cabine prophylactique dans la maison de tolérance même.

L'installation discrète de cabines prophylactiques dans ceux des quartiers de grande ville qui, abritant particulièrement la prostitution clandestine ou tolérée, constituent les lieux d'accouplement les plus propices à la dissémination des maladies vénériennes.

Je renvoie à l'article précité pour ce qui concerne les propositions autres que les deux précitées.

L'article a soulevé certaines pudeurs qui me sont incompréhensibles et m'ont valu de la part d'un confrère, d'ailleurs parfaitement bienveillant, d'être quelque peu ironiquement loué « parce que je ne craignais pas le ridicule ».

Non, je n'ai pas perçu le moindre ridicule dans le projet. Bien plus, ma vanité d'auteur (si tant est qu'elle ait existé) a été cruellement mise à l'épreuve :

1° Parce que j'ai appris que des maisons de tolérance étaient bel et bien pourvues de cabines prophylactiques et ce à l'entière satisfaction des hygiénistes (1) ;

2° Parce que j'ai vu de mes yeux vu, une cabine prophylactique municipale ouverte au public d'une grande ville.

Comme cette ville est allemande, il me faudra passer un certain temps à me mesurer avec des textes passablement ardus avant de pouvoir faire aux lecteurs le compte-rendu fidèle d'une organisation qui, paraît-il, n'est pas unique en Allemagne.

Je me borne aujourd'hui à enregistrer des faits en réitérant que, plus que jamais, je suis convaincu qu'il faut « intéresser » la *prostitution* à la *prophylaxie* et qu'*installer la précaution là même où est le danger,* équivaudra comme rendement salutaire, à la dissémination d'une quantité extrêmement élevée de tracts, brochures et livres, à l'émission de quantités de conférences, causeries éducatives, etc., dont je ne puis qu'approuver intégralement l'emploi et dont l'usage ne pourra d'ailleurs que s'associer fructueusement à celui des innovations ou quasi-innovations proposées.

Dr G. SAINT-PAUL.

Ces recueils contiennent une somme considérable de mémoires de valeur fort inégale avec reproduction de photographies, d'autographes, etc. Une sorte de schisme qui se produisit vers 1912 dans le *Comité humanitaire* porta un coup sensible au développement de cette abondante littérature.

(1) Je désirerais que fût entreprise une bonne étude sur le rôle de l'*imagination* effet et cause dans l'inversion circonstancielle. Il y a là de beaux problèmes psychologiques à étudier.

(1) Voir en particulier à ce sujet : *Progrès Médical,* n° 47 du 15 nov. 1924, p. 726, Dr Léjine : *Prophylaxie vénérienne en Orient.* D'autre part, j'ai acquis l'assurance que *des cabines prophylactiques existent dans certaines maisons de tolérance.*

L'opinion médicale actuelle sur la masturbation

Par les obstacles qu'elles opposent à l'accomplissement de l'acte sexuel normal, les civilisations modernes ont certainement généralisé la masturbation, mais elles ne l'ont point fait apparaître. Cette pratique a été connue, en effet, des civilisations grecque et latine, et il suffit de consulter l'anthologie érotique du philologue FORBERG (1) pour se convaincre qu'elle fut alors rien moins qu'exceptionnelle. Il semble d'ailleurs qu'elle ait existé à toutes les époques et chez tous les peuples même les moins civilisés.

Bien plus, la masturbation est pratiquée par de nombreux animaux, tant domestiques que sauvages ; elle constitue même, chez la presque totalité des poissons, le mode normal d'activité sexuelle. Comme l'a fait justement remarquer RÉMY DE GOURMONT (2) « l'onanisme fait partie des gestes de la nature. Une conclusion différente serait plus agréable : mais des milliards d'être protesteraient dans tous les océans et sous les roseaux de tous les fleuves. On peut aller plus loin et insinuer que cette méthode, qui nous paraît monstrueuse ou, car il s'agit de poissons, singulière, est peut être supérieure au procédé laborieux du cavalage, si laid en général, et si incommode. Mais il n'y a pas dans la nature terrestre, pas plus que dans l'univers concevable, un haut et un bas, un envers et un endroit : il n'y a ni bon ni mauvais, ni bien ni mal, mais des états de vie qui remplissent leur but, puisqu'ils existent et que leur but est l'existence ».

Quoi qu'il en soit, il semble bien que jusqu'à la fin du XVIIe siècle personne n'ait prétendu que la masturbation put être dangereuse pour l'individu qui la pratiquait. Bien plus, GALIEN a même déclaré expressément qu'en se masturbant DIOGÈNE évitait les inconvénients de la rétention séminale.

C'est seulement au début du XVIIIe siècle qu'un charlatan anglais publia, sous le titre d'*Onania*, un pitoyable ouvrage où il attribue à la masturbation les plus effroyables conséquences, cela dans l'unique but de débiter aux malheureuses dupes de sa littérature une mixture destinée à les guérir radicalement. TISSOT lui même a dû reconnaître que « L'Onania anglois est un vrai chaos, l'ouvrage le plus indigeste qui se soit écrit depuis longtemps » ; que « toutes les réflexions de l'auteur ne sont que des trivialités théologiques et morales », enfin « que l'on ne devait pas ajouter une entière créance aux faits de la collection angloise, et que cette raison, quelques calomnies, des obscénités, et la supposition d'un privilège impérial, avaient fait prohiber la traduction allemande dans l'empire » (3). Et pourtant quoique des procédés de cette nature — qui ne sont d'ailleurs que ceux auxquels ont encore recours aujourd'hui certains spécialistes marrons — eussent dû suffire à discréditer l'*Onania* et quoiqu'on ne trouve dans cet ouvrage que ce mélange de moralisme prédicant et de mercantilisme éhonté qui est le fond même de l'âme anglo-saxonne, ce recueil de sornettes intéressées connut la plus inespérée des fortunes : non seulement les éditions s'en succédèrent avec la plus extraordinaire rapidité mais encore les faits qui y étaient allégués furent reproduits par de nombreux auteurs.

Le premier qui s'en inspira fut le trop fameux TISSOT dont le singulier ouvrage révèle une invraisemblable naïveté : n'y lit-on pas en effet qu'on a vu un masturbateur « se dessécher si prodigieusement le cerveau qu'on l'entendait vaciller dans le crâne » (1).

Et cependant les idées de TISSOT furent acceptées et vulgarisées par VOLTAIRE, toujours heureux de se faire le commis voyageur des pires hérésies pourvu qu'elles fussent conformes à ses petites manies.

Les exagérations de ces trois auteurs devaient apparaître bientôt à des esprits sensés et, dès 1872, CHRISTIAN (2) reconnaissait que si « au point de vue moral, l'onanisme est un vice contre nature... il n'offre pas les dangers qu'on lui attribue ». Puis, peu à peu, grâce aux travaux de nombreux psychiatres, la masturbation cessa d'être ce « croquemitaine énorme qui, pendant plus d'un siècle, eut une triste influence sur l'opinion médicale et sur les jeunes gens ignorants et sensibles » (3).

Et pourtant on doit constater que, même si l'on rejette comme indignes d'une discussion scientifique les « exagérations mystiques » de SURBLED et ces sottisiers huguenots que l'Amérique essaye de répandre sous la dénomination de Livres de pureté de STALL, on trouve encore aujourd'hui des psychiatres qui croient à la nocivité de la masturbation. C'est ainsi que NYSTROM affirme que « l'habitude de se masturber présente un grand danger et ruine souvent le corps et l'intelligence de celui qui la contracte » (4). Plus récemment REGIS et HESNARD ont accusé l'onanisme de provoquer « une sorte d'épuisement, probablement toxique, du système nerveux » et d'être ainsi « une cause d'affaiblissement nerveux, grave » (5). Enfin tout dernièrement ROGUES DE FURSAC, quoiqu'en restant dans une imprécision prudente, déclare que « l'onanisme a été accusé de nombreux méfaits et non sans raison » (6).

Certes, ces auteurs n'ont pas osé prétendre que la masturbation conduisait fatalement à la vésanie et à l'imbécillité. Il leur eût été bien difficile, en effet, de tirer parti des statistiques édifiées pour montrer la fréquence de la masturbation dans l'anamnèse des fous, car d'autres statisticiens ayant montré que très rares sont les hommes d'aujourd'hui qui ne se sont jamais masturbés, on est obligé de reconnaître qu'il n'y a pas proportionnellement plus d'anciens masturbateurs parmi les déments que parmi les êtres normaux. Il leur était également impossible d'ignorer que « l'éclat intellectuel déployé par cette célèbre victime de la masturbation que fut ROUSSEAU, serait absolument paradoxale si l'on ajoutait foi aux descriptions que quelques auteurs ont données de l'hébétude mentale et de la stupidité résultant de ce vice » (7). Faut-il rappeler que GOETHE, GOGOL et nombre d'autres hommes de génie pratiquèrent la masturbation et que l'expérience de tous les jours montre que des individus remarquablement intelligents ont fait dans leur jeunesse un usage souvent immodéré de cette habitude prétendue si dangereuse. LAFORGUE et ALLENDY ont encore signalé tout récemment le cas d'un homme de 48 ans qui, quoique s'étant livré « à une masturbation effrénée, durant parfois des heures entières » avait « pu développer une puissance (intellectuelle) plus que normale, embrassant un immense champ d'activité » (8).

Mais même en ne voyant dans la masturbation que la cause de troubles moins graves que la folie et l'imbécillité ces auteurs semblent avoir subi l'influence d'une légende périmée et n'avoir pas eu connaissance de la bibliographie récente du sujet. Pour limiter nos citations aux pro-

(1) F. K. FORBERG. — Manuel d'Erotologie classique, Paris, Liseux, 1882, t. II chapitre 4.
(2) REMY DE GOURMONT. — Physique de l'Amour, 12e édition, Paris, 1915, pp. 133 et 134.
(3) TISSOT. — L'Onanisme. Dissertation sur les maladies produites par la masturbation, 5e édition, Lausanne, 1778, p. 29.

(1) TISSOT. — *Loco citato*, p. 11.
(2) CHRISTIAN, in DECHAMBRE. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 2e série, t. XV, Paris, 1881, p. 375.
(3) HAVELOCK ELLIS. — La Pudeur. La Périodicité sexuelle. L'Auto Erotisme, Paris 1916, p. 378.
(4) NYSTROM. — La Vie sexuelle, Paris, 1910, p. 38.
(5) REGIS et HESNARD. — La Psychoanalyse des névroses et des psychoses, 2e édition, Paris, 1922, p. 203.
(6) ROGUES DE FURSAC. — Manuel de Psychiatrie, 6e édition, Paris, 1923, p. 648
(7) G. F. LYDSTON. — Impotence and Sterility, Chicago, 1917 p. 78.
(8) LAFORGUE et ALLENDY. — La Psychoanalyse et les névroses, Paris, 1921, p. 132.

portions d'un article, rappelons que COHN (1), VENTURI (2), NACKE (3), YELLOWLEES (4), DUBOIS (5), HAVELOCK ELLIS (6), HIRSCHFELD (7), FOREL (8), PLACZEK (9), KRONFELD et ROGGE (10) déclarent unanimement que, comme l'a dit TAUSK (11), « la masturbation pratiquée modérément est, de l'avis de tous les auteurs, non nuisible ou même utile ». Si l'on en croit STEKEL, un des plus grands psychiatres autrichiens, « l'onanisme n'est pas la cause des névroses qui ne se déclarent au contraire que quand on l'abandonne. Chez beaucoup d'individus la joie de vivre disparaît quand l'onanisme est abandonné. Les dommages physiques et psychiques de l'onanisme n'existent que dans l'imagination des médecins » (12). Et telle semble être aussi l'opinion d'un des plus éminents neurologistes français, le professeur DÉJERINE, qui déclare que « ce n'est pas la quantité de sperme que perd un jeune homme en se masturbant ni l'ébranlement nerveux qu'il éprouve qui le fatiguera, à condition bien entendu que l'acte ne soit pas trop fréquemment répété, s'il n'y ajoute pas une idée de reproche moral ou une crainte d'épuisement physique, crainte trop souvent produite et entretenue par des conversations ou par la lecture de toute une littérature sur l'onanisme et ses dangers » (13). Telle enfin semble être également l'opinion de CAMUS qui reconnaît dans son excellente mise au point que « l'onanisme n'a pas les conséquences déplorables qu'on lui attribue si communément » (14).

Il semble d'ailleurs illogique d'admettre que la masturbation soit plus nocive que le coït et la preuve a été faite qu'il n'en est nullement ainsi. Au point de vue des effets de la masturbation sur l'appareil uro-génital ORLOWSKI reconnaît qu'ils sont absolument semblables à ceux du coït : « Die Onanie, écrit-il, ist dem normalen Koitus in jeder Hinsicht gleichwertig » (15). Il ajoute qu'en particulier la masturbation n'est qu'exceptionnellement la cause de la colliculite ou hypertrophie du veru montanum et qu'à ce point de vue elle est infiniment moins dangereuse que le coït interrompu.

D'autre part au point de vue de l'action de la masturbation sur le système nerveux, CURSCHMANN (16), FURBRINGER (17) et PLACZEK (18) sont d'accord pour la considérer comme équivalente à celle du coït. W. ERB a même précisé qu'à son avis « que la friction exercée sur le gland se fasse dans le vagin de la femme ou autrement, l'ébranlement nerveux lors de l'éjaculation est le même. On aurait plutôt lieu de croire qu'il est plus grand par l'emploi de la femme » (19). En dehors, en effet, de la fatigue musculaire qui, comme l'a signalé HAMMOND (1), est beaucoup plus grande dans le coït que dans la masturbation, il est incontestable que les émotions, dont la partenaire est la cause (peur des maladies vénériennes s'il s'agit d'une prostituée, désir de lui faire éprouver l'orgasme dans les autres cas), déterminent une fatigue nerveuse beaucoup plus grande que l'évocation d'images érotiques à laquelle recourt, dit-on, le masturbateur.

Est-ce à dire alors que la masturbation ne peut jamais entraîner de conséquences fâcheuses pour l'individu qui la pratique ? nous ne le croyons pas.

Tout d'abord il semble démontré que la masturbation excessive et trop précoce peut entraîner l'aplasie des organes génitaux (2) et même la gynécomastie (3). PENDE explique ces faits en émettant l'hypothèse qu' « un exercice exagéré de la sécrétion testiculaire doit probablement produire une hypofonction, un déficit de la sécrétion des cellules de LEYDIG » (4) lesquelles paraissent être, comme on sait, le siège de la sécrétion interne du testicule : nous disons : paraissent être, car des travaux récents et notamment ceux si intéressants de CHAMPY (5) opposent à la théorie si brillamment soutenue par ANCEL et BOUIN et par STEINACH des faits extrêmement troublants.

Il convient toutefois de remarquer que de tels cas sont absolument exceptionnels et que la masturbation pratiquée même avec excès aux environs de la puberté n'a généralement aucune influence sur le développement des organes génitaux. Il ne faut pas oublier en effet qu'il existe une véritable hyperorchidie de la puberté et que, comme CARNOT et BEAUFLE l'ont judicieusement remarqué, « la fréquence avec laquelle les sujets de cet âge se livrent à la masturbation sans retentissement fâcheux sur leur santé, montre la réelle surabondance de leur sécrétion spermatique » (6).

En second lieu on voit apparaître parfois des troubles neurasthéniques à la suite d'une masturbation excessive, mais on doit reconnaître qu'ils apparaîtraient tout aussi bien à la suite d'abus de coït ou d'un « surmenage d'origine musculaire, intellectuelle ou affective » (7). Remarquons d'ailleurs que — comme l'a fait remarquer PLACZEK (8) — ces troubles neurasthéniques peuvent être localisés à l'appareil génital mais qu'ils peuvent s'étendre aux autres domaines fonctionnels du système nerveux. Remarquons enfin que l'abus de la masturbation ne suffit pas à provoquer l'apparition de troubles neurasthéniques : il faut qu'il s'y ajoute une prédisposition morbide. C'est ce qui explique que chez beaucoup de sujets la masturbation la plus effrénée n'entraîne aucune conséquence fâcheuse. PLACZEK a vu des individus « se masturber pendant toute leur vie régulièrement et d'une façon insensée jusqu'à 5 fois et plus par jour sans qu'aucun trouble n'en résulte » (9).

Mais la conséquence la plus grave et la plus fréquente de la masturbation est d'entraîner souvent cette forme d'impuissance à laquelle FURBRINGER (10) a attribué l'épithète de psychique et que PITRES a décrite sous le nom de psychasthénie génitale (11).

Dans certains cas, l'impuissance est le fait de l'autosuggestion ; l'érection ne se produit pas parce que le ma

(1) COHN. — in *Knappe-Schweigers Archiv für Augenheilkunde*, t. II 1882, p. 198.
(2) VENTURI. — Le degenerazioni psicosessuali, 1892, pp. 6-9.
(3) NACKE. — in *Archiv für Psychiatrie*, 1899.
(4) Article Masturbation in TUKE, Dictionary of Psychological Medicine.
(5) DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral, 3e édition, Paris 1909, p. 388-389.
(6) HAVELOCK ELLIS. — La pudeur, la périodicité sexuelle, l'autoérotisme, Paris 1916, p. 335.
(7) M. HIRSCHFELD. — Sexualpathologie, Bd III, Bonn 1920, p. 173.
(8) FOREL. — La question sexuelle, 5e édition, Paris 1923, p. 255-262.
(9) PLACZEK. — Das Geschlechtsleben des Menschen, Leipzig 1922, p. 97-99.
(10) KRONFELD u. ROGGE. — *in* MARCUSE, Handwöterbuch der Sexualwissenschaft, Bonn 1923, p. 327-328.
(11) TAUSK. — *in* Die Onanie, Vierzehn Beiträge zu einer Diskussion der Wiener Psychoanalitischen Vereinigung, Wiesbaden 1912, p. 59.
(12) W. STEKEL. — Onanie und Homosexualität, 2e édit., Wien 1921, p. 53.
(13) DEJERINE et GAUCKLER. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses, Paris, 1911, p. 87-88.
(14) CAMUS. — Médications symptomatiques. — *in* GILBERT et CARNOT, Bibliothèque de Thérapeutique, t. XVIII, Paris 1914, p. 456.
(15) ORLOWSKI. — Die Impotenz des Mannes, 3e édition Leipzig 1922, p. 456.
(16) CURSCHMANN. — Die funktionnellen Störungen des mannlichen Genitalien, *in* v. ZIEMSSENS Handbuch, 1878.
(17) FURBRINGER. — Die Störungen des Geschlechtsfunktionen des Mannes, Wien 1901.
(18) PLACKER. — Das Geschlechtsleben des Menschen, Leipzig 1922, p. 97.
(19) W. Erb. — *In.* v. ZIEMSSENS Handbuch, t. XI.

(1) W. A. HAMMOND. — L'impuissance sexuelle, 3e édit., Paris, p. 107.
(2) CURLING et ALBERT. *In.* — HOFMANN, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, Wien 1881, p. 63.
(3) OSSENDASKY cité par PENDE. — Endocrinologia, Milano 1920, t. I, p. 156.
(4) PENDE. — *Loco citato*, p. 189-190.
(5) Ch. CHAMPY. — Les caractères sexuels considérés comme phénomènes de développement et de leurs rapports avec l'hormone sexuelle Paris, 1924.
(6) CARNOT et BEAUFLE. — In *Progrès Médical*, 1910, p. 96.
(7) M. DE FLEURY. — Les grands symptômes neurasthéniques, Paris 1910, p. 5.
(8) PLACZEK. — *Das Geschlechtsleben des Menschen*, Leipzig, 1922, p. 99.
(9) PLACZEH — *Loco citato*, p. 98.
(10) FURBRINGER. — *Die Störüngen des Geschlechtsfunktionen des Mannes*, Wien 1901, p. 110.
(11) PITRES. — Neurasthénie et psychasthénie génitales.

lade s'est laissé imposer « l'idée qu'il serait puni par l'impuissance d'un crime contre la nature et contre Dieu » (1).

Mais le plus souvent l'impuissance du masturbateur relève d'un mécanisme absolument différent. Il en est ainsi chez ces malades dont nous avons parlé GENTY et moi (2) et chez lesquels l'érection ne peut être provoquée ni par la vue ni par le contact de la femme, mais seulement par des attouchements de la région génitale. NYSTROM donne de cette impuissance relative l'explication suivante : « L'acte normal veut que l'éjaculation... se produise dans le coït, alors que les deux facteurs de désir sexuel, le besoin d'éjaculation et le besoin d'embrassement, sont en activité... Si la femme fait défaut, le besoin d'embrassement... manque également : or l'onaniste par habitude réduit à la longue ce facteur au silence de telle façon qu'il peut faire défaut dans un essai de relation sexuelle avec une personne du sexe. Celle-ci ne provoque pas alors l'excitation normale et l'érection ne se produit pas, ou se produit incomplètement » (3). A notre avis la pathogénie de ces cas est infiniment plus simple et n'exige nullement l'intervention d'un prétendu « besoin d'embrassement ». Chez l'homme normal, en effet, l'érection est tantôt d'origine centrale, tantôt d'origine périphérique. Au contraire chez le masturbateur l'érection est presque toujours d'origine périphérique puisqu'elle est presque exclusivement provoquée chez lui par des attouchements de la région génitale. Peu à peu le masturbateur parvient à donner à l'érection d'origine périphérique une telle prééminence que l'érection d'origine centrale devient impossible. Des psychanalystes invoqueraient peut être ici un *mécanisme de fixation* ; disons seulement que nous y voyons une simple habitude. Les profanes qualifient la masturbation de mauvaise habitude : « mauvaise » est de trop, mais « habitude » est le terme exact. S'il fallait trouver un mécanisme comparable nous n'aurions qu'à évoquer celui par lequel l'enfant prend l'habitude d'écrire de la main droite de telle sorte que l'adulte est normalement incapable de se servir correctement de sa main gauche. Mais qu'un accident le prive de l'usage de son bras droit, alors peu à peu il habituera son bras gauche à suppléer en tout le membre déficient. Et cela explique que l'impuissance relative du masturbateur disparaisse facilement à la suite d'une rééducation génitale convenable. Il faut seulement déplorer que, dans les circonstances de la vie actuelle, cette rééducation soit pour beaucoup difficile. Il est bien évident en effet que les tentatives de coït que le masturbateur impuissant tentera avec des prostituées, à des intervalles souvent prolongés, ne pourront donner que de pitoyables résultats ; la constatation de son premier échec viendra fatalement compliquer, de son effet d'inhibition, l'impuissance déjà existante.

Enfin la masturbation entraîne parfois ce que FOREL a appelé l'onanisme essentiel (4) « le sujet préférant alors la masturbation au coït » (5). Mais il convient de remarquer que, si cette perversion est regrettable du point de vue social, elle semble n'avoir aucun inconvénient pour l'individu.

RAYMOND-HAMET.

(1) LAFORGUE et ALLENDY. — La psychanalyse et les névroses, Paris 1924, p. 130.
(2) GENTY et HAMET. — In *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, novembre 1923.
(3) NYSTROM. — La vie sexuelle, Paris 1910, p. 39.
(4) FOREL. — La question sexuelle, 5e édition, Paris 1923, p. 258.
(5) ROGUES DE FURSAC. — Manuel de psychiatrie, 6e édition, Paris 1923, p. 647.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'insuffisance ovarienne. Comment la reconnaître et la traiter.

A côté du système circulatoire, du système nerveux, il existe un autre système dont les fonctions importantes ne sont apparues qu'assez récemment, c'est le système endocrinien. Chaque élément de ce système, c'est-à-dire chaque glande, exerce dans l'économie un rôle particulier, mais dans l'ensemble, toutes sont plus ou moins solidaires, et l'action de l'une d'elles toujours plus ou moins intriquée dans celle d'une ou plusieurs autres. De là la difficulté de faire un diagnostic exact et d'instituer une thérapeutique vraiment adéquate et efficace.

L'insuffisance ovarienne, cependant, est une de celles qui entraînent des troubles assez caractéristiques pour qu'il soit possible de la dépister avec un minimum d'erreurs dans un grand nombre de cas.

Ces troubles se traduisent par des symptômes plus ou moins nets du côté des organes génitaux, de la menstruation, de la morphologie générale, de l'habitus extérieur, de l'état mental et de l'appareil circulatoire.

Organes génitaux. — Insuffisance de développement, organes conservant le caractère infantile, parfois clitoris anormalement développé.

Menstruation. — Règles diminuées en fréquence, en intensité et en durée, souvent douloureuse.

Morphologie générale et habitus. — L'insuffisance ovarienne peut déterminer de la maigreur comme de l'obésité, cette dernière plus fréquemment. Les traits du visage sont parfois modifiés dans le sens masculin, en même temps que l'on observe une ébauche de barbe ou de moustache (virilisme discret). Ce syndrome s'accentue parfois (on observe alors très souvent, du côté des organes génitaux une hypertrophie clitoridienne) jusqu'à réaliser l'hirsutisme d'Apert avec apparence d'hermaphrodisme : hypertrichose, aspect masculin, rudesse du caractère et de l'abord. D'après plusieurs auteurs des troubles aussi accentués seraient l'expression d'une insuffisance conjuguée de l'ovaire avec la surrénale (Lannois, Pinard) avec l'épiphyse (Sicard, Hagueneau), avec l'hypophyse ; ou bien encore d'une tumeur ovarienne (Tuffier, Achard).

Etat mental et nerveux. — Irritabilité du système central avec exagération de la réflectivité médullaire. Hyperexcitabilité aussi du sympathique ; cependant les facultés intellectuelles sont plutôt ralenties et amoindries. Insomnie très fréquente.

Appareil circulatoire. — Pression artérielle généralement diminuée sans qu'il y ait ordinairement hypotension caractérisée ; les bouffées de chaleur ont une valeur signalétique, mais on se souviendra cependant, qu'elles se produisent aussi chez les basedowiens. Les extrémités sont souvent cyanosées. Le sujet présente fréquemment des palpitations, des vertiges.

Ces troubles s'observent le plus souvent aux périodes ci-après de la vie féminine :

Au moment de la puberté et dans les deux ou trois premières années qui suivent l'instauration de la menstruation.

Pendant les deux ou trois premiers mois de la grossesse où la fonction ovarienne se trouve suspendue.

Chez les femmes ayant subi l'ovariectomie double, souvent même après une ovariectomie simple, pendant quatre ou cinq mois.

A toute époque de la vie génitale, lorsqu'une affection infectieuse ou des troubles nutritifs ont exercé un retentissement sur la fonction glandulaire et l'ont amoindrie.

Le traitement de l'insuffisance ovarienne a pour base l'opothérapie ovarienne, celle-ci pouvant être totale ou fractionnée au moyen des extraits dissociés (*agomensine* et *sistomensine*) à

action antagoniste. Ceux-ci permettent une médication plus sûre et plus adéquate à chaque cas par l'administration de l'extrait qui correspond le mieux aux symptômes observés. Ce sont surtout les phénomènes menstruels qui guideront ce choix. On prescrira l'agomensine si les règles sont notoirement insuffisantes, ou mêmes inexistantes, lorsqu'elles sont précédées ou suivies de malaises et de troubles vasculaires. On donnera la sistomensine si les règles se prolongent à l'excès et si elles sont accompagnées de douleurs. Dans les troubles ménopausiques ou consécutifs à l'ovariectomie on se trouvera généralement bien de l'association des deux extraits, en faisant prédominer celui qui correspond le mieux au principal des troubles observés, ou que l'expérience aura montré comme obviant davantage aux symptômes dominants.

En face de cas rebelles ou à symptomatologie très prononcée, on recourra avec avantage à l'administration par voie hypodermique de l'un ou l'autre produit.

A. J.

TECHNIQUE PHARMACOLOGIQUE

Un nouveau procédé pour la fabrication des poudres d'organes

Si l'opothérapie n'a pas donné jusqu'ici les résultats qu'on était en droit d'escompter, c'est certainement parce que la valeur des produits d'organes mis à la disposition des praticiens, était très contestable.

« Donnez-moi de bons produits, pouvait dire la médecine à l'industrie pharmaceutique, et je ferai de bonne opothérapie. », De bons produits opothérapiques, cela ne peut-être, évidemment, que des poudres d'organes le plus rapprochées possible de la glande vivante. En un mot des glandes vivantes simplement privées de leur eau de constitution, par une dessiccation rapide accomplie sans le concours du vide, du froid, de la chaleur, et surtout sans l'intervention des solvants chimiques.

Ce problème, un pharmacien de Paris, M. Pellissier, paraît l'avoir résolu, au moyen d'un procédé industriel, qui retient, ce moment-ci, l'attention du monde médical. Ce procédé a d'ailleurs fait l'objet d'une communication à l'*Académie des Sciences* (21 mars 1921) et à l'*Académie de Médecine* (15 mai 1923).

M. Pellissier dessèche très rapidement les organes, sans intervention du vide ou de la chaleur, à la pression et température normales, en faisant circuler autour de ces organes, pulpés et étalés, un air qui se charge alternativement de vapeur d'eau à son passage sur les organes, et se dessèche en dehors d'eux, dans des appareils spéciaux. Cette série d'opérations s'accomplit en circuit fermé, dans un cycle mécanique continu, n'excédant pas trois heures de durée.

Les produits obtenus par M. Pellissier sont très différents par leurs aspects et leurs propriétés de ceux qu'on avait obtenus jusqu'ici. Le fabricant ne leur donne d'autre dénomination que celle de l'organe dont ils dérivent : poudre de *thyroïde*, de *surrénale*, de *glande mammaire*, etc..., ce qui est déjà un progrès dans la clarté, et une grande simplification ! Un *organe, une poudre* !

Patiemment, sans vain bruit, ces poudres d'organes ont été expérimentées pendant plus de deux années, avant d'être présentées au Corps Médical. Les partisans de l'opothérapie, et ils sont nombreux, fondent le plus grand espoir sur ces produits, qui, déclarent ils ramènent cette méthode sur son terrain de départ : c'est-à-dire, l'emploi de poudres le plus rapprochées possible de l'organe vivant.

Chacune des poudres obtenues par le procédé ci-dessus conserve la couleur et l'odeur propres de l'organe dont elle dérive. Chacune donne les réactions qu'on obtient avec la glande fraîche. *Particulièrement, si une glande donne une diazo-réaction* (surrénale, thyroïde. etc...) *la poudre desséchée Pellissier la donne également.* Ce dernier caractère, inconnu jusqu'ici, semble indiquer que la fabrication n'a pas altéré les propriétés physiologiques des glandes. Mais leur caractère, physique le plus particulier réside dans l'inaltérabilité des produits obtenus. Des fragments de plaques d'organes telles qu'elles sortent des appareils, sont depuis plusieurs années mises à la disposition des médecins, et conservées à l'air libre. Aucune altération n'a jamais été signalée. Dans de nombreux services hospitaliers, ces mêmes échantillons sont manipulés et examinés depuis longtemps par les étudiants. Ils se sont intégralement conservés.

C'est aux médecins qu'il appartient de se prononcer sur la valeur thérapeutique de ces nouveaux produits. Leur avis unanime est que cette valeur est incontestable, et que leur action n'est jamais indifférente.

Il y a donc là un grand progrès et une arme nouvelle mise à la disposition des praticiens dans un domaine qui est toujours resté séduisant, et qui sera peut-être demain, grâce à ces nouvelles préparations, une médication d'un intérêt primordial.

Mais les médecins devront oublier une posologie, d'ailleurs assez incertaine, qui n'avait pu être établie que sur la foi des fabricants. Les expériences se poursuivent dans ce but, et tous les partisans de l'opothérapie y pourront participer dans l'intérêt même de cette méthode.

Ces expériences paraissent être assez poussées en ce qui concerne quelques-uns des produits les plus courants : *Thyroïde, Surrénale, Ovaire, Glandes mammaires, Glandes testiculaires, Poumons, Pancréas.*

A titre d'indication très générale, les doses prescrites doivent être *d'un tiers environ moins élevées* que les doses habituelles.

La Surrénale comme antitoxique et hypertenseur a des effets plus constants et plus durables que l'adrénaline, On commence à prescrire les cachets à la dose de 0,05 centigrammes. Excellents résultats dans les vomissements incoercibles de la grossesse.

La poudre d'*Ovaires* même à faible dose de 0,10 centigrammes agit toujours lorsque l'insuffisance ovarienne est reconnue. Après les hystérectomies totales, la dose doit être de 0.20 centigrammes, 5 à 6 jours par mois (traitement mensuel prolongé).

Il semble qu'on ne doit rien espérer de la Glande mammaire au point de vue de la sécrétion lactée. Dans ce cas le placenta est indiqué. Mais la glande mammaire (non dégraissée) réserve la plus riche de l'organisme en amino-acides (tyrosamines), reste le sédatif de choix du système utéro-ovarien (règles profuses, hémorragies, fibrome.)

De plus les auteurs (1) lui attribuent une action favorable dans le traitement de la *pré-tuberculose*, la *tuberculose athermique*, et tous les états consomptifs, grâce à son apport en *tyrosamines* assimilables.

Dans les deux cas la dose généralement employée est de 0.50 centigrammes par jour (trois semaines de traitement, une semaine de repos).

Nous aurons l'occasion de revenir sur l'action du *pancréas* (diabète par insuffisance pancréatique), du *poumon* (bronchites fétides, emphysème, bronchite des gazés non *tuberculeux*), des *glandes testiculaires* (défatigant, spécifique de la sénilité précoce), et du *Thymus* (remède de choix des basedowiens).

(1) *Journal de Médecine de Paris*, n° 17, 26 avril 1924.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des eczémas aigus des nourrissons

D'abord régler l'alimentation.

1° *Les eczémas de cause interne* sont les plus fréquents. En général, on a affaire à des nourrissons « qui mangent trop », dont les tétées ne sont pas réglées. Ou bien, ce sont des enfants au biberon prenant trop de lait de vache, non ou insuffisamment coupé.

Plus rarement, les nourrissons sont hypoalimentés.

Régler *A*) le nombre de tétées.

B) La quantité prise à chaque tétée.

2° *Les eczémas de cause externe.*

Enfants mal tenus : baignés rarement ou jamais, changés beaucoup trop rarement.

L'ECZÉMA INTERFESSIER EST LE TYPE LE PLUS FRÉQUEMMENT RENCONTRÉ.

TRAITEMENT LOCAL

Pendant la période aiguë :

Pas de pansements gras « qui échauffent les lésions ».

Lotionner 4 fois par jour avec une décoction de tête de camomille (20 têtes pour 1 litre d'eau).

Sécher soigneusement sans frotter.

Poudrer ensuite largement avec une poudre inerte, la poudre *Inotyol* étant la plus recommandable.

Les lésions se refroidissent :

Il faut alors employer une pommade ou une pâte. La pommade à l'*Inotyol* donne d'excellents résultats.

Etendre une épaisse couche de pommade, poudrer largement par dessus avec la poudre *Inotyol*, on obtient ainsi un produit de consistance pâteuse bien isolée.

Renouveler le pansement matin et soir en ayant soin d'exposer pendant une demi heure, après décapage à l'eau bouillie tiède, les lésions à l'air.

EN LISANT

Quelques observations du Président de Brosses

Les Lettres familières écrites d'Italie constituent bien le document le plus remarquable que nous possédions sur l'art de voyager au XVIIIe siècle. Jamais plume ne fut plus légère et plus délurée. Le Président de Brosses, étonnamment remuant et intrépide, s'intéresse à tout, dit son dernier biographe (Henry Massoul, Trois Voyages d'Italie, *Mercure de France*, 1er juillet 1924) :

Il s'attarde à Lyon pour assister à une opération de cataracte, il restera debout à Rome, toute une nuit, pour suivre une partie de tarots ou de pharaon. — Vous le rencontrerez un jour au fond de la bibliothèque du Vatican « reniflant quelque vieux rogaton de manuscrit » ; peut-être reconnaîtrez-vous le lendemain, avec une lunette, son tricorne et son habit galonné d'or au-dessus d'une corniche extérieure du dôme de Saint-Pierre, dont il fait le tour de l'air le plus aisé du monde. Il consacre dix lignes à la recette d'une fricassée de poulets à l'italienne, il en emploie cent à la distinction des variétés de porphyre. Il s'est fait porter en chaise à perroquet de Naples au pied du Vésuve, a escaladé dans la bise et les tourbillons de fumée les talus les plus rudes, s'est guindé à travers les amas d'éponges de fer jusqu'au sommet du cône, est descendu dans le gouffre.

Sur aucun sujet vous ne le prendrez sans vert; mais ce qui attache le plus sa curiosité, c'est l'homme, l'étude des mœurs. Si, à Avignon, il consacre quelques lignes au tableau où le roi René a représenté le corps de sa maîtresse dévoré par les vers, c'est pour pester contre « l'animal qui, de toutes les attitudes où il pouvait peindre sa maîtresse, en a choisi un si horrible spectacle ».

A Venise, il ne manque pas de noter qu'il a vu au palais Saint-Marc

le cadenas célèbre, dont jadis un certain tyran de Padoue, inventeur de cette machine odieuse, se servait pour mettre en sûreté l'honneur de sa femme. Il fallait que cette femme eût bien de l'honneur, car la serrure est diablement large.

Et il n'oublie pas de dire « un mot » des courtisanes :

Elles composent un corps vraiment respectable, par les bons procédés. Il ne faut pas croire encore, comme on le dit, que le nombre en soit si grand que l'on marche dessus, cela n'a lieu que dans les temps de carnaval, où l'on trouve sous les arcades des Procuraties, autant de femmes couchées que debout : hors de là, leur nombre ne s'étend pas à plus du double de ce qu'il y en a à Paris ; mais aussi elles sont fort employées. Tous les jours régulièrement à vingt-quatre ou vingt-quatre heures et demie au plus tard, toutes sont occupées. Tant pis pour ceux qui viennent trop tard. A la différence de celles de Paris, toutes sont d'une douceur d'esprit et d'une politesse charmante. Quoique vous leur demandiez, leur réponse est toujours : *Sera servito, sono a suio commandi* (car il est de la civilité de ne parler jamais aux gens qu'à la troisième personne.) A la vérité, vu la réputation dont elles jouissent, les demandes qu'on leur fait ordinairement sont fort bornées ; cependant j'en trouvai l'autre jour une si jolie que.. . le moyen de ne pas s'y fier, elle me répondit des conséquences *per la beatissima madonna di Loretó.*

A Naples, elles lui semblent être en plus grand nombre :

Ce n'est pas la faute des filles, dit-on, c'est le climat qui y porte de toute ancienneté :

Littora quæ fuerant castis inimica puellis.

et par conséquent c'est la nature qui le demande. N'est-ce pas Senèque qui raconte qu'autrefois les anciens n'osaient pas amener dans cette contrée les filles qu'on ne voulait pas encore marier, parce que l'air du pays leur donnait une disposition à titillation. Enfin, leurs descendantes ont si bien soutenu cette réputation, qu'elles ont eu l'honneur de donner le nom au mal de Naples, dont nous avons réservé à nous pourvoir jusqu'à notre arrivée en cette ville, car lorsqu'on veut voir les choses, encore est on bien aise de les tenir de la première main, et vous allez juger par la petite histoire suivante si l'on court risque de les avoir mal conditionnés. L'autre jour Perchet, premier chirurgien du roi, frère de celui que vous connaissez, nous contait que la semaine précédente un Anglais l'était venu consulter sur quelque petit accident qui lui était arrivé. Il fallut en venir à l'examen, pendant lequel l'Anglais lui dit qu'il avait déjà consulté là-dessus un autre chirurgien, qui l'avait mis fort en colère, en lui disant qu'il le fallait couper. Le couper, interrompit Perchet ! Quel est l'ignorant qui vous a dit cela ? Allez, allez, monsieur, c'est un âne qui ne sait ce qu'il dit ; il n'y a que faire de le couper, il tombera bien tout seul. Vous ne sauriez croire combien, ensuite de ce récit, Lacurne s'est grippé de mauvaise humeur contre le coït et ses conséquences. Cela s'appelle être furieusement attaché à la bagatelle.

A Florence, il note que l'amour antiphysique n'est pas aussi répandu qu'on l'avait dit :

Quoique la réputation des Florentins ne soit pas bonne sur l'article des dames, cependant il ne faut pas croire que les méchantes pratiques soient si universellement suivies parmi eux, qu'il ne se rencontre pas un juste dans Israel. Soit qu'on commence à reconnaître l'abus du préjugé, soit que le beau sexe y soit complaisant, je vois que les dame sont assez fêtées, et de plus l'amour antiphysique n'est pas toléré comme vous vous imaginez peut-être ; car, sans parler de la bulle d'Adrien qui ordonne le contraire, il y a ici une loi précise qui défend l'autre, à peine de dix sous d'amende contre ceux qui seront pris sur le fait ; à moins, dit la loi, qu'ils ne l'aient fait pour leur santé.

A Rome, de Brosses ne manquera pas de donner à son correspondant quelques détails sur les castrats,

Ces messieurs les châtrés sont de petits maîtres fort jolis, fort suffisants... On leur fait l'opération vers l'âge de sept ou huit ans ; il faut que l'enfant la demande lui-même ; la police y a mis cette condition pour rendre sa tolérance un peu moins intolérable. Ils deviennent pour la plupart grands et gras comme des chapons, avec des hanches, une groupe, les bras, la gorge, le cou rond et potelé comme des femmes... Il y en a de fort jolis ; ils sont fats et avantageux avec les belles dames, dont il sont, à ce que prétend la chronique médisante, fort courus pour leurs talents qui finenissent point, car ils ont des talents.

A Madame Courtois de Quincey, il mande ce qu'il a appris sur les babilans, mot qui désigne « les maris de non valeur », dit de Brosses, et dont il n'a pu trouver l'étymologie.

Les procès pour fait d'impuissance, si rares chez nous, parmi les gens de condition, que nous n'en avons pas vu d'exemple depuis l'affaire du duc de Gesvres, arrivée il y a environ trente ans, ne le sont pas autant ici.

De Brosses a vu à Rome juger trois de ces procès, dont celui de la Dame Lanfreducci « grande femme de vin ans, faite au tour et belle comme un ange. Oh ! pour ce mari-là, il fallait que le mal fût incurable ! » Avant de se remarier avec « le petit Sampieri », « la dame n'a pas voulu risquer d'être deux fois dupe ; sous prétexte que le futur époux avait été fort libertin, elle a voulu un rapport de chirurgiens ; on lui en a fait un récit comme du nain d'Auguste. Si j'avais été à la place du petit Sampieri, je me serais piqué, et j'aurais demandé à mon tour, un rapport de matrones ».

L'histoire du procès de la Doria n'est pas moins piquante :

Il y a je ne sais combien d'années qu'elle est mariée, écrit de Brosses ; elle a sa quarantaine : avec cela un vrai remède contre l'amour. Elle est venue elle-même solliciter son procès ; imprudence signalée ! car son visage est une pièce justificative en faveur de son mari. On me la montra l'autre jour dans une grande assemblée, chez le cardinal Aquavira ; je ne pus m'empêcher de dire que le procès pouvait se juger sur l'étiquette du sac ; cependant le pauvre époux à l'affaire fort à cœur, à cause des beaux yeux de la cassette. On m'a conté que, passant à Ancône pour venir ici, le nom de la ville lui avait porté bonheur et procuré un accident fortuné. Il envoya, sans perdre de temps, réveiller au milieu de la nuit, un notaire et un médecin pour dresser procès-verbal. Ces gens-ci, fâchés de voir troubler leur sommeil, s'écrièrent ; « Eh ! mon Dieu ! est-ce que monsieur le duc se trouve mal ? — Au contraire, leur répondit-on. — Eh bien ! puisque cela est reprirent-ils, nous irons demain matin ». Le pauvre plaideur s'écria, à son tour, qu'il était ruiné. En effet, faute d'avoir saisi l'occasion par devant, elle s'est trouvée chauve d'ailleurs.

On le voit, de Brosses, dans ces lettres, aime assez l'expression grivoise et ne recule pas, à l'occasion, devant le mot scabreux. Mais, comme le fait remarquer Henri Massoul, de Brosses a trente ans, il écrit à des jeunes gens de son âge qui ont grandi sous la Régence et pratiquent le *Dictionnaire* de Bayle. Toutes ses licences n'effarouchent point ; elles sont, dit Sainte-Beuve, nées de son humeur et du génie de son terroir » M. G.

BIBLIOGRAPHIE

Travaux annuels de l'Hôpital d'Urologie et de chirurgie urinaire (6e série), publiée sous la direction de M. F. Cathelin. 1 vol. gr. in-8° pl. en couleurs, 368 p. Prix : 50 fr. Baillère, éditeur, 21 rue Hautefeuille, Paris.

Cette 6e série de travaux de Cathelin et de ses élèves est digne des précédentes. Nous en analyserons ailleurs les principaux mémoires. L'édition de ce livre sur papier de haut luxe ne laisse rien à désirer. Elle fait honneur à l'urologie française.

Traité de réflexothérapie, par le Dr A. Leprince. In-8° 1924, 18 fig. Prix 10 fr. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27, Paris.

Les études récentes sur le sympathique ont mis en lumière le rôle des réflexes dans la thérapeutique. Ce traité vient donc à son heure : il résume et coordonne les diverses méthodes qui ont pour but de provoquer des réflexes thérapeutiques. L'auteur étudie successivement non pas seulement au point de vue théorique, mais principalement au point de vue pratique, les réflexes oculaire pituitaire, vertébraux cutanés, etc., en indiquant pour chaque affection les résultats obtenus par les différentes méthodes et d'après les auteurs qui ont utilisé ces procédés depuis les Chinois jusqu'à nos jours. On trouvera dans ce livre une mise au point complète de la spondylothérapie d'Abrams, de l'osteopathie, de la centrothérapie de Bonnier. En ce qui concerne la cautérisation nasale, le Dr Leprince conclut nettement, à l'encontre de Bonnier, à une action directe sur le sympathique, ce qui lui permet de préciser les indications de la méthode, et de porter un pronostic sur la guérison possible par les méthodes réflexes.

Anatole France et la femme, par M. Lahy-Hollebecque. 1 vol. Prix : 10 fr. Editions Baudinière, 23, rue du Caire, Paris.

Anatole France fut un « peintre de la femme », fort ingénieux et fort attentif, d'une ingéniosité et d'une attention qui demeurent toujours singulièrement ironiques. Il est plus sensible au charme des femmes que convaincu de leur intelligence et il leur attribue vis-à-vis de l'homme une certaine infériorité. Pour lui, elles excellent surtout à lui procurer du plaisir physique. Il ne leur reconnait ni l'aptitude politique, ni la « tête philosophique » M. Lahy-Hollebecque passe en revue les types et caractères de femmes créés par Anatole France. Ces divers chapitres fort curieux et bien documentés, sont nourris d'abondantes citations et chacune de ces citations est un plaisir délicieux.

L'Œuvre gravé d'Abraham Bosse, par André Blum; un album in-4 de 44 planches en héliotypie et 94 p. de texte. En portefeuille : 50 fr. relié demi-chagrin : 75 fr. Editions Albert Morance, 30 et 32, rue de Fleurus, Paris.

A l'époque du Grand Siècle, au moment de la création de l'Académie de peinture, ce graveur, frondeur et protestant, oppose la vieille tradition gauloise à l'esprit de règle et de discipline imposé aux artistes par la volonté du roi. Son œuvre cependant demeure classique et offre le tableau vivant et animé de la société française sous Louis XIII.

Cet album est le complément de l'ouvrage de M. André Blum paru il y a quelques mois.

Abraham Bosse et la Société française au XVIIe siècle. 1 vol. in 4°, de XXVI-224 p. de texte et 24 pl. hors texte en héliotypie. Prix : 50 fr. Editions Morancé.



Le Gérant: A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 3. Le Numéro : 50 Centimes 17 JANVIER 19

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.

Belgique et Italie .... 40 fr.

Union postale............ 50 fr.

Etudiants :

Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction s ouverts les Lundi et Vendre de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NÉCROLOGIE

Paul HALLOPEAU

1876-1924

Paul Hallopeau est mort, jeune encore, sans avoir pu accomplir toute la tâche que lui fixait sa haute valeur professionnelle.

Devant cette cruauté du destin qui détruit tant d'efforts et supprime tant de justes espoirs, notre pensée se recueille, douloureusement impressionnée.

Hallopeau avait mené cette vie de dur labeur, de travail obstiné que notre carrière nécessite et qui, si elle n'est pas exempte de quelques critiques, met cependant, sans conteste, en évidence les qualités de travail qui demeurent la meilleure mesure de la valeur humaine et sont l'honneur de notre profession.



Il avait suivi toute cette longue route des concours avec cette dignité calme que traduisait si bien toute sa personne; mais son regard profond et son sourire marquaient bien qu'il n'était dupe d'aucune de ces adresses qui font un homme habile et qui le haussent apparemment dans la proportion même où elles le diminuent.

Interne en 98, puis aide d'anatomie, prosecteur, il fut nommé chirurgien des hôpitaux en 1912.

Hallopeau, était, au terme exact du mot, un excellent chirurgien joignant à un jugement sûr une habileté technique remarquable.

Il laisse une série de publications intéressantes. En collaboration avec Douay pendant son prosectorat, il fit paraître un excellent travail. « Quelques dissections d'anatomie ». Hallopeau disséquait en effet particulièrement bien, très rapidement. Il faisait aussi avec la plus grande aisance la médecine opératoire. Quelques-uns pensent que ces qualités ne sont pas ultérieurement la mesure de la valeur chirurgicale opératoire. Je ne dénie pas que l'habitude et la pratique ne puissent améliorer des dispositions primitivement modestes, mais je persiste à penser que d'heureuses dispositions naturelles ne sont pas inutiles. Hallopeau les possédait et il trouva immédiatement en lui sa maîtrise chirurgicale.

En 1906, il nous donne une très bonne thèse sur le cancer de la prostate, puis en 1913 un travail important et de réelle valeur sur les désarticulations temporaires du tarse.

Pendant la guerre il consacre toute son activité aux formations hospitalières des armées qu'il dirige. Nous tous, qui avons vécu les jours angoissants des offensives, savons la fatigue des journées et des nuits passées dans les salles d'opérations du front. La vue des malheureux grands blessés semblait, par la pitié et le désir d'être utile qu'elle provoquait, augmenter notre résistance physique. Une énergie insoupçonnable nous maintenait debout contre les tables opératoires et dans ces périodes de meurtres, cette volonté d'arracher à leur mort quelques pauvres hommes, avait bien elle aussi sa modeste grandeur.

Nul ne l'a mieux senti qu'Hallopeau. Fatigué, puis sérieusement malade, il fut obligé de se reposer, mais dès qu'il le put il revint à son devoir.

Peu de temps après la guerre il se consacra à la chirurgie infantile et prit le service de Trousseau.

Depuis lors, il n'est pas de discussion scientifique importante auxquelles il n'ait pris part appuyant ses opinions par l'excellence de ses résultats opératoires. Tout récemment il écrivait un remarquable rapport sur l'épaule balante, rapport qu'il ne devait pas lire !

Il y a un an, survint le premier signal de l'inexorable maladie qui devait l'emporter.. Après une opération qui lui apporta quelques semaines d'illusions, toute chance de survie disparut. Rassemblant dans son pauvre corps presque détruit toute son énergie morale, Hallopeau attendit la mort sans une plainte, suivant chaque jour l'extension des lésions... Dans sa dernière nuit il voulut une fois encore voir les étoiles messagères peut-être de ce ciel dont l'illusion suprême berce le désespoir des hommes...

Et maintenant, pour nous qui l'avons beaucoup connu et aimé il reste son nom sur une stèle, son portrait sur un mur et dans notre pensée son souvenir qui est doux comme s'il permettait de l'arracher un instant à sa mort.

BRÉCHOT. (1)

(1) Cette nécrologie, pour des raisons indépendantes de notre volonté, n'a pu paraître plus tôt.

NOUVELLES

Un nouveau journal : « *La Semaine des Hôpitaux de Paris* ». Cet organe, fondé par l'association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, parait sous le patronage de Maîtres aussi éminents que sympathiques. C'est un bel effort du corps des hôpitaux pour faire connaître la richesse et la variété de l'enseignement des hôpitaux. Nous souhaitons tout le succès qu'il mérite à ce nouveau confrère dont le premier numéro permet d'augurer brillamment de l'avenir.

Syndicat des médecins directeurs de Maisons de Santé. — Messieurs les Medecins-Directeurs de Maisons de santé sont avisés que l'Assemblée générale du syndicat récemment créé se tiendra à l'hôtel du Palais d'Orsay à Paris le 19 janvier, à 17 heures. Tous ceux qui sont déjà affiliés au syndicat sont instamment priés, en raison des questions graves qui y seront discutées, de vouloir bien s'y rendre. Les confrères qui n'ont pas encore adhéré au syndicat sont également sollicités de vouloir bien se faire inscrire, dans leur propre intérêt, et dans l'intérêt du groupement. Les inscriptions sont reçues soit par le Docteur HERVÉ, président, Sanatorium des Pins, à Lamotte-Beuvron (Loir-et-Cher), soit par le Docteur TARRIUS, trésorier, Maison de santé d'Epinay-sur-Seine.

Ecole d'anthropologie de Paris. — *Conférences sur l'anthropologie médicale et les variations anatomiques et morphologiques.* — Le Docteur Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL, commencera son cours le vendredi 16 janvier, à 5 heures, et le continuera les vendredis suivants à la même heure en janvier et février.

Le sujet du cours sera : Le demantèlement des membres. — 16 janvier : La perte et la réapparition des phalanges. — 23 janvier : Les ectrodactylies ou l'absence des doigts. — 30 janvier : Les hémimélies longitudinales. — 6 février : La réduction des segments des membres. — 13 février : L'absence des membres. Ectromélies. — 20 février : Les luxations congénitales. — 27 février : Les disloqués.

Ces conférences seront accompagnées de projections ou de présentation de pièces et de photographies.

Asiles d'aliénés. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, le lundi 2 mars 1925, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à six.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au 10 février 1925 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande.

XVIIIe Congrès Français de médecine (Nancy 16-19 juillet 1925). — Le programme du Congrès comporte principalement les trois questions suivantes :

1° Les angines de poitrine, par MM. GALLAVARDIN et RICHON.

2° De l'acidose, par MM. M. LABBÉ, et NEPVEUX ; MM. K. PETREN et DAUTREBANDE (de Bruxelles.

3° Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires, par MM. BEZANÇON et I. DE JONG ; MM. J. PARISOT et L. CAUSSADE.

Le Congrès se compose :

I. — Des membres adhérents du Congrès qui comprennent : 1° de droit, les membres de l'association ; 2° sous réserve d'acceptation par le bureau du Congrès, les médecins et les savants qu'intéressent les questions médicales et qui désirent y prendre part.

II. — Des membres associés : étudiants en médecine et membres non médecins de la famille des sociétaires ou des adhérents. Ils ont droit à tous les avantages du Congrès, sauf les publications.

La cotisation de membre adhérent du Congrès français de médecine de Nancy a été fixée par le bureau du Congrès à 40 francs. La cotisation de membre associé a été fixée à 20 francs.

Les membres permanents de l'Association possèdent seuls le droit de vote et sont seuls éligibles dans les diverses fonctions.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en informer le secrétaire général avant le 1er juin, en indiquant le titre choisi. Ce délai passé, il ne pourra plus être tenu compte d'aucune demande analogue.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos d'un cas de coryza spasmodique

Par Henri BOURGEOIS
Chef du service O. R. L. de l'hôpital Laënnec

Une femme de 33 ans fut prise, en janvier 1924, d'une grippe banale suivie d'un coryza muqueux qui alla s'éternisant pendant 4 mois puis changea de caractère. En juin 1924 ce ne fut plus le vulgaire enchifrènement, le mouchage muqueux d'un rhume banal, mais le tableau classique du coryza spasmodique.

Plusieurs fois par jour la malade se sent frissonner, puis son nez se bloque très rapidement, un chatouillement insupportable provoque des éternuements incessants et ceux-ci s'arrêtent pour faire place à un flux séreux qui mouille des quantités de mouchoirs sans les salir ; en même temps les yeux rougissent, picotent et pleurent, la malade éprouve aussi une démangeaison au niveau du palais, elle souffre de la tête et d'un véritable abrutissement qui la prive de tous ses moyens.

En juillet, août, septembre les crises se répètent jusqu'à 6 ou 7 fois par jour et la malade finit par venir en septembre à Laënnec demander la fin d'un supplice qui lui rend la vie insupportable.

L'examen objectif montre des cornets hypertrophiés de couleur lilas, d'une humidité exagérée : c'est l'image habituelle d'une hydrorrhée nasale récente.

L'interrogatoire ne nous permet de découvrir aucune sensibilisation à une émanation animale ou végétale quelconque. Les crises surviennent sans aucune cause occasionnelle apparente le froid, le chaud, les odeurs, le moment des repas, l'alimentation ne paraissent jouer aucun rôle. Aussi on se contente d'instituer un traitement local au nitrate d'argent, au protargol, dans l'espoir, sans doute, de modifier la muqueuse. Insuccès complet. L'ingestion de peptone avant les repas est essayée : résultat nul.

Notre élève Fouquet, qui s'occupait alors de la malade, pensa lui faire subir l'auto hématothérapie que nous employons souvent dans le service avec succès, il effectua une prise de sang et on en profita pour demander une réaction de Wassermann laquelle fut franchement positive ; la malade déclara alors qu'elle savait son mari syphilitique.

Sur ce, on injecta à la malade, le 1er octobre, 15 centigrammes de novar dans une veine du bras. Brusquement les crises qui étaient encore quotidiennement de 10 à 12, disparurent complètement pendant 3 jours. On continua le traitement sous forme intraveineuse à doses croissantes tous les 6 jours. Les crises reparurent peu à peu et le 20 novembre dernier elles étaient assez importantes pour que l'on pensât à la nécessité d'une nouvelle thérapeutique.

Cette malade offre un cas type de coryza spasmodique, affection qui est certainement devenue beaucoup plus fréquente depuis quelques années, qui a été l'objet d'un grand nombre de travaux, dont le Professeur Widal et ses élèves ont contribué puissamment à éclairer la pathogénie et la physiologie pathologique en la rattachant au groupe des affections hémoclasiques. La thèse de Jacques Lermoyez en constitue une étude approfondie.

Cette maladie n'est jamais grave par elle-même mais elle peut rendre la vie insupportable au même taux que les plus grandes infirmités et elle se transforme quelquefois en un asthme bronchique intense avec toutes ses conséquences.

Ce coryza spasmodique est peut-être dans certains cas exclusivement la conséquence d'une irritation locale : il est naturel qu'une excitation nerveuse de la pituitaire provoque des crises de réflectivité nasale et MM. Reverchon et Worms ont publié l'intéressante observation d'un coryza spasmodique unilatéral provoqué par un petit éclat d'obus inclus dans le cornet inférieur. La clinique journalière nous apprend que ces cas sont les plus rares, que la pathogénie de cette curieuse affection dépasse le nez et même la sphère du ganglion sphéno-palatin qu'on a incriminée depuis quelques années, que la cause première est plus profonde et réside dans une altération humorale.

Cette origine humorale est évidente toutes les fois que le coryza spasmodique révèle une exagération de sensibilité pour des substances exogènes telles que : pollen, poussières d'animaux, etc. L'étude des cuti-réactions montre que les malades réagissent quel que soit le mode d'introduction de la substance toxique, et l'observation américaine suivante, aujourd'hui classique, apporte une confirmation éclatante : un homme adulte n'ayant jamais eu de rhume des foins subit une opération chirurgicale et consécutivement une transfusion du sang ; convalescent, il se rend au parc de la ville ; il en revient avec un rhume violent ; nouvelle promenade, nouveau rhume : il avait la fièvre des foins ; on s'inquiète du donneur de sang, il y était sujet depuis l'enfance.

Chez notre malade et chez beaucoup d'autres on ne retrouve l'influence d'aucune substance nocive ; un grand nombre voient leurs crises se déclancher pour un refroidissement minime, beaucoup d'autres n'obéissent à aucune cause occasionnelle appréciable. Sont-ils donc victimes d'un état purement local ? Nous ne le croyons pas. L'altération locale; qu'elle consiste en une inflammation aiguë, en une déviation, en une hypertrophie, n'agit qu'en tant qu'épine irritative dans un organisme prédisposé.

Nous avons vu que notre malade avait vu survenir ses crises à la suite d'une rhinite aiguë, de même ne savons-nous pas qu'un asthmatique en puissance, indemne depuis plus ou moins longtemps, se verra terrassé par une crise à propos d'une bronchite.

Les lésions broncho-pulmonaires chroniques jouent un rôle dans la pathogénie de l'asthme bronchique et de même les lésions nasales pour la rhinite vaso motrice. Mais il faut distinguer.

La répétition des crises de congestion et d'hydrorrhée produisent à la longue une dégénérescence œdémateuse de la muqueuse qui se traduit par une hypertrophie du cornet inférieur, une dégénérescence myxomateuse du cornet moyen et la formation de polypes dans l'ethmoïde, ainsi s'explique la fréquence si grande des polypes muqueux dans le coryza spasmodique ; depuis longtemps je les considère comme un effet plutôt qu'une cause.

D'autre part, une grosse obstruction nasale aggrave, entretient, peut-être même cause occasionnellement une rhinite vaso-motrice chez un sujet prédisposé, et nous voyons quelquefois les crises cesser après l'ablation d'une grosse crête ou la correction d'une grande déviation.

Une de mes malades souffrait d'un coryza aussi intense que rebelle à toute thérapeutique, son cornet moyen s'était hypertrophié à la longue ; je le lui réséquai en juin dernier ; je l'ai revue en octobre, sa muqueuse pituitaire est encore humide mais elle n'a pour ainsi dire plus de crises nasales. Le succès serait donc complet si la malheureuse ne souffrait pas maintenant d'un asthme bronchique qui ne lui laisse presque pas de répit. Ceci m'amène à vous donner cette autre preuve de l'identité du coryza spasmo-

dique et de l'asthme bronchique par ce fait bien connu qu'ils alternent ou coïncident souvent chez le même malade.

Un mot encore, l'éternuement, l'hydrorrhée, ne sont pas les seuls équivalents de l'asthme rencontrés par le laryngologiste : la toux nerveuse, la toux d'irritation provoquée par l'inflammation d'une granulation pharyngée, par une hypersthésie du larynx, par cette trachéique spasmodique si bien décrite par BEZANÇON et DE JONGH appartiennent à l'asthme, au moins assez souvent. Nous avons vu toutes ces localisations de l'asthme, y compris l'asthme bronchique, alterner chez les mêmes malades.

Nombreux sont les modes de traitement d'une affection aussi répandue et aussi rebelle. Nous mentionnerons seulement ceux qui nous ont donné des résultats.

Il faut opérer les grosses lésions nasales, réséquer les déviations accentuées, diminuer les cornets très hypertrophiés, enlever les polypes.

De petites lésions mettant en contact les deux parois interne et externe des fosses nasales déterminent une irritation et des réflexes quand une poussée congestive produit une pression réciproque sur des zones toujours très sensibles. Pour cette raison on sera amené à supprimer un petit polype, une crête osseuse acérée, une tête de cornet moyen. Ceux qui croient à une sorte de névrose locale ont pratiqué jadis, avec YUNG, la résection du nerf nasal interne dans l'orbite ; aujourd'hui, avec SLUDER, on anesthésie le ganglion sphéno-palatin : on essaye d'abord l'anesthésie à distance par les attouchements d'une solution concentrée de cocaïne sur la face externe des fosses nasales en arrière de la queue du nerf moyen ; en cas d'échec on pénètre par la fosse nasale dans le trou sphéno-palatin lui-même au moyen d'une aiguille courbée qui porte une solution de novocaïne sur le ganglion même. De tous les traitements médicamenteux l'atropine est le meilleur, la vieille formule de Lermoyez est la suivante :

Sulfate neutre d'atropine........	5 milligrammes
Sulfate de strychnine...........	2 à 4 centigrammes
Sirop d'écorce d'oranges.........	400 grammes

Une cuillerée avant déjeuner pendant 10 jours, puis une cuillerée aux deux repas pendant 10 jours, repos 10 jours et recommencer. Certaines théories modernes de l'asthme donnent à cette thérapeutique un regain d'actualité : l'asthme bronchique serait un phénomène d'ordre vagotonique et l'atropine paralyse le nerf vague. Or, ce nerf pneumogastrique participe du système parasympathique crânien ; les nerfs vaso dilatateurs de la pituitaire ses nerfs sécrétoires ainsi que ceux de la glande lacrymale lui viennent du parasympathique crânien. Ne peut-on pas admettre que le coryza vaso-moteur est lui aussi un syndrome vago-tonique et cela ne justifie-t-il point la médication belladonnée. Pour la même raison il est logique d'y ajouter l'adrénaline en ingestion. Les Américains appliquent en grand la désensibilisation contre les pollens par des injections très diluées d'extrait. VALLERY-RADOT utilise des cutiréactions répétées avec des fragments de poils quand l'asthme est d'origine animale.

PAGNIEZ et VALLERY-RADOT ont appliqué quelquefois avec succès l'ingestion de peptone avant les repas, indiquée quand on soupçonne une origine digestive.

Jacques LERMOYEZ a préconisé le sérum peptoné en injections intra-musculaires ou intra-veineuses.

ACHARD et FLANDIN emploie l'autosérothérapie dans le rhume des foins.

DHERS a étendu ces indications à toutes les formes de coryzas spasmodiques et notre élève LANDRIEUX a donné la technique dans le *Progrès Médical* (août 1922).

La malade qui a fait l'objet de cette étude a guéri tout d'un coup par l'injection intra-veineuse d'une faible dose de novar. L'instantanéité du résultat écarte toute possibilité d'une action syphilitique ou même médicamenteuse ce qui confirme d'ailleurs le retour des accidents malgré la continuation des injections. L'injection a agi en tant que « choc ». Nous avons eu l'idée d'essayer le gardénal récemment préconisé par PAGNIEZ contre l'asthme bronchique : 10 centigrammes matin et soir, puis 0,10 cgr. le soir seulement, ont donné immédiatement un succès complet qui ne s'est pas démenti pendant les 10 jours qu'a duré la médication. Revue le 10 décembre, la malade ne prenait plus rien depuis dix jours, et n'avait qu'une crise tout à fait insignifiante par 24 heures ; il est évidemment prématuré de tirer une conclusion ferme de cette courte et unique expérience.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL ST-ANTOINE

Iléus biliaire

Par le Dr Paul BRODIN.

L'iléus biliaire est une complication de la lithiase biliaire. Relativement rare, il associe les deux grands processus, mécanique et infectueux, qui sont la base des autres accidents de la lithiase, car il est dû à la migration anormale d'un calcul de la vésicule dans l'intestin à la faveur d'adhérences relevant de la cholécystite chronique.

Une femme de 60 ans est prise brusquement de douleurs abdominales très vives pendant le repas du soir. Les phénomènes douloureux s'atténuent dans les heures qui suivent pour reprendre très violentes durant la nuit, s'accompagnant cette fois de vomissements répétés tandis que la souffrance est de plus en plus intense. En raison de l'excellent état général de la malade on aurait pu penser à un simple embarras gastrique, mais trois faits attiraient l'attention. La palpation réveillait une douleur très vive près de l'ombilic ; il n'y avait pas de diarrhée mais de la constipation (il est vrai que la malade se disait une constipée habituelle), et enfin dans son histoire nous relevions trois crises douloureuses abdominales depuis août 1923 : la première crise douloureuse, qui avait tous les caractères d'une colique hépatique, ne laissa après elle qu'un peu de subictère et la perte de l'appétit ; mais la deuxième, en décembre 1923, fut une crise lithiasique plus intense, elle s'accompagna de fièvre et la malade resta fatiguée plus d'un mois ; enfin après la crise de janvier 1924 la malade mit encore plus de temps à se rétablir.

On l'envoie à Vichy au cours de l'été, elle en revient en bon état et c'est deux ou trois mois après qu'éclate l'accident aigu que nous venons de retracer. Nous prescrivons repos, diète et belladone. Le lendemain les signes sont les mêmes : vomissements, douleurs, constipation. Nous notons en outre que la malade n'a pas eu du tout de gaz et elle nous précise que les crises douloureuses très paroxystiques qu'elle présente se déplacent de gauche à droite. Nous pouvons vérifier qu'elles sont en rapport avec d'énergiques contractions péristaltiques ; enfin, l'aspect porracé des vomissements complète le tableau clinique. Un lavement d'huile suivi d'un lavement évacuateur ne permet de ramener que très peu de matières dures qui viennent manifestement du bout terminal de l'intestin.

Devant ces signes, l'intervention chirurgicale s'impose, nous posons le diagnostic d'occlusion portant sur l'intestin grêle à cause du siège prédominant du ballonnement autour de l'ombilic, de la nature porracée et non fécaloïde des vomissements. La laparatomie permet de constater que le côlon et la partie terminale du grêle sont aplatis alors que la partie supérieure de l'iléon est dilatée.

Au point qui sépare ces deux aspects on tombe sur un gros calcul dont l'extraction est faite par une boutonnière située un peu au-dessus du point où il est bloqué, puis l'intestin est suturé. Les suites furent tout à fait simples : la malade sort trois semaines après, guérie. On peut voir alors radiologiquement que la traversée digestive est normale, qu'il n'y a aucune trace de rétrécissement au niveau de l'incision ; la durée de la traversée iléale est de 9 heures, il n'y a pas d'adhérences.

Le calcul retiré est volumineux, il est un peu irrégulier, pas tout à fait ovoïde. La radiographie que nous en avons fait faire nous montre qu'il est formé par la réunion de plusieurs noyaux calculeux, mais il ne présente pas de facettes et paraît entier.

Des travaux récents ont été consacrés à l'iléus biliaire; citons parmi eux l'article de M. le professeur Chauffard, dans son livre sur la lithiase biliaire, la discussion de la Société de chirurgie en mai-juin 1921, une revue générale de Bonnecaze et Le Chaux dans le numéro de mars 1922 des *Archives de la nutrition*.

C'est un accident qui n'est pas très rare. Guérin en 1909 avait pu en réunir 300 cas, Wagner 400 cas en Allemagne. Au cours de la discussion à la Société de chirurgie, on en a rapporté une trentaine de nouveaux cas. Il semble qu'il constitue 2 à 3 % des cas d'occlusion intestinale.

Il s'agit en général de femmes, de femmes âgées : on le voit en général après 60 ans, il est très rare avant 50 ans.

C'est le plus souvent l'accident initial, l'accident révélateur d'une lithiase ignorée : il est exceptionnel de trouver, comme ici, dans l'histoire de la malade des accidents nets de lithiase. Au lieu de crises typiques on trouve en général dans les antécédents des douleurs en ceinture à la base du thorax et surtout une atteinte très profonde de l'état général traduisant l'infection latente qui prépare l'accident.

Le calcul, souvent gros, est presque toujours unique; en général régulier, il représente un moule de la vésicule; quelquefois, comme dans notre observation il est formé de plusieurs noyaux calculeux secondairement soudés en une masse unique, plus exceptionnellement on peut avoir un calcul à facette et on peut être sûr qu'il en reste alors un ou plusieurs autres dans la vésicule. Ces calculs sont en grande partie constitués de cristaux de cholestérine, ils contiennent peu de sels de chaux de sorte qu'ils sont peu visibles à la radiographie.

La migration dans l'intestin peut à la rigueur se faire par les voies naturelles, mais dans la majorité des cas la pénétration se fait par perforation de la vésicule et de l'intestin à la faveur d'adhérences. Il faut une nouvelle poussée infectieuse pour que cette perforation se produise, mais elle peut être minime car l'usure des tissus par un calcul volumineux peut avoir réduit la paroi à peu de chose. Dans 65 à 70 % des cas le calcul pénètre dans le duodénum ; dans 5 à 10 % dans le jéjunum ; enfin dans 30 % des cas, l'ouverture se fait dans le côlon.

A peine dans l'intestin grêle le calcul est arrêté par les violentes contractions que provoque sa présence. Au point traumatisé par le calcul il peut se faire de la nécrose ou un léger sphacèle des parois intestinales, il sera bon de chercher ces lésions sur l'intestin et ne pas faire porter la suture et la boutonnière au niveau même du siège de l'obstacle mais en tissu sain sus-jacent. Plus rarement le calcul peut poursuivre son trajet, franchir la valvule iléo-cæcale et arriver à l'anus.

Suivant les cas on aura des accidents d'occlusion aiguë ou chronique de l'intestin.

L'occlusion aiguë se révèle par l'apparition brusque de douleurs plus ou moins vives et de vomissements, puis l'on aura les signes d'une occlusion du grêle : arrêt des matières et des gaz, ballonnement surtout péri-ombilical, vomissements verdâtres, jamais fécaloïdes ; la douleur siège à droite, sur l'intestin grêle, exceptionnellement on peut sentir une tumeur dure par la palpation de l'abdomen ou par le toucher rectal.

Si l'on n'intervient pas, le malade va en s'affaiblissant, il se déshydrate par les vomissements répétés, son facies change rapidement ; il n'y a pas de température mais le pouls est rapide, le sujet meurt en collapsus en 8 à 10 jours. On peut assister à la guérison spontanée par cheminement du calcul dans un tiers des cas : après une période d'occlusion de 8 à 10 jours survient une diarrhée très abondante et l'expulsion du calcul.

L'intervention chirurgicale donne une mortalité globale presque aussi considérable. Des faits rapportés à la Société de Chirurgie en 1921 il ressort que 60 % environ des opérés succombent. Cela a fait admettre une gravité toute particulière de ces occlusions. Pour Grégoire, cette gravité lui serait commune avec toutes les occlusions de l'intestin grêle et il semble en outre que l'iléus biliaire soit en général opéré trop tard. Il y a là quelque chose de comparable à ce qui se passe dans la hernie étranglée. Même opéré, et l'obstacle levé, le malade meurt par intoxication. Si la guérison se produit, elle est complète et très rapide malgré la perforation des voies biliaires et de l'intestin. Dans des autopsies on a pu voir peu après l'accident la perforation toute petite et déjà en voie de cicatrisation.

—L'occlusion chronique se manifeste par la constipation, des douleurs, des vomissements, mais des rémissions peuvent se produire. Il peut y avoir enclavement du calcul dans le gros intestin et même cancer secondaire au point traumatisé. L'occlusion peut être aussi transitoire et se terminer par l'expulsion spontanée du calcul.

Enfin dans quelques cas la migration intestinale peut se faire presque sans accident même lorsqu'il s'agit de calculs volumineux comme dans le cas de Golschmitt où il mesurait 2 cm sur 3.

Comment expliquer la disproportion entre ces accidents tantôt très graves tantôt bénins ? Pour M. Chauffard cette différence viendrait du siège de la fistule : la perforation dans le duodénum ou la partie supérieure du grêle donnerait des accidents graves, alors que l'ouverture dans le côlon serait beaucoup plus favorable, la migration étant facilitée par le calibre plus large de l'intestin et un transit plus court. Malheureusement, chez les malades qui guérissent on n'a pas souvent l'occasion de vérifier le siège de la communication vésicule-intestin et de confirmer cette hypothèse.

Peut-on prévoir ces accidents ? On a signalé quelques signes qui permettraient cette prévision, par exemple : une hémorragie prémonitoire, à vrai dire exceptionnelle. Des hémorragies occultes précéderaient la perforation mais comme rien ne pousse à les rechercher elles passent en général inaperçues. Une envie impérieuse d'aller à la selle, une selle formidable annoncent quelquefois

la perforation et l'on peut expliquer cela par l'irritation de l'intestin par le calcul.

La radiologie pourra peut-être permettre de prévoir quelquefois des accidents de cet ordre comme chez cette malade de 40 ans qui présentait depuis de nombreuses années des troubles digestifs, des crises douloureuses abdoninales droites vives avec fièvre et qui était déprimée, fatiguée depuis plusieurs semaines. On pensait en raison d'une opération pour appendicite antérieure à des adhérences appendiculaires. L'examen radioscopique fait successivement en position verticale et en position horizontale nous montra que l'intestin remontait avec le foie dans cette dernière position et nous permit de conclure à des adhérences entre le gros intestin et le foie.

En réalité si de tels faits peuvent faire craindre l'ouverture de la vésicule dans l'intestin, le diagnostic d'iléus biliaire ne peut se poser qu'au moment de l'apparition des signes d'occlusion intestinale. Il s'agit en général d'une occlusion du grêle — peu de causes produisent ce grave accident il faut toujours devant lui songer à la possibilité d'un iléus par calcul biliaire et chercher tout ce qui peut orienter le diagnostic dans ce sens dans l'histoire et l'examen du malade.

Le traitement médical doit être de courte durée. Il faut surtout ne pas administrer de purgatif, ne pas pratiquer de lavement électrique, tous deux très dangereux. Le repos complet au lit, les tisanes en petite quantité, la chaleur locale, la belladone sont indiqués. On pourra essayer un lavement d'huile. mais si le déblocage ne se produit pas il ne faut pas hésiter ni tarder à recourir à l'opération. Si la guérison spontanée est possible on ne sait jamais si elle se produira, elle est tardive en général, on n'a pas le droit de l'attendre, car une des principales chances de réussite de l'intervention est sa précocité.

L'anesthésie devra être aussi minime que possible, l'incision de l'intestin porter en dehors de la région où se trouve l'obstacle, en tissus non traumatisés et l'enlèvement du calcul se faire avec le moins de manipulations possibles.

Il est en outre indispensable d'explorer l'intestin dans la région traumatisée et au-dessus dans les occlusions datant de 6, 7 ou 8 jours, car le calcul a pu se déplacer et laisser derrière lui des zones plus ou moins altérées. Par contre il ne semble pas qu'il faille songer à intervenir sur les voies biliaires cela aggraverait trop le pronostic opératoire.

Les accidents post-opératoires étant dus à la résorption brusque des produits toxiques retenus dans la partie supérieure de l'intestin lorsqu'ils se répandent dans le tube digestif après suppression de l'obstacle, Marion a proposé de faire un abouchement de l'anse dilatée à la paroi, mais cette méthode n'est pas sans inconvénients en raison des coudures ou des adhérences qui peuvent se produire ultérieurement.

Faut-il, dans un deuxième temps, après la guérison, intervenir sur les voies biliaires ?

L'examen du calcul extrait fournira de très intéressants renseignements à ce point de vue. S'il s'agit d'un calcul à facette, il y a là une indication opératoire formelle car le malade est sous la menace d'une nouvelle occlusion d'origine biliaire. Ce danger au contraire n'est pas à craindre si le calcul évacué a les caractères du calcul solitaire de la vésicule.

L'examen radiologique doit toujours être pratiqué. La présence d'adhérences marquées, de brides, de compression du duodénum, de gêne du transit dans l'intestin grêle seront aussi des indications à une nouvelle intervention.

Mais ce qu'il faut se rappeler c'est qu'en matière d'iléus biliaire l'important est d'agir vite, car de la précocité du diagnostic et de l'opération dépendront les chances de guérison.

REVUE DE PRESSE ÉTRANGÈRE

The effect of sodium chloride intake on blood pressure. L'action du chlorure de sodium sur la pression artérielle. (F. G. B. CALVERT et S. W. LANE, *Practitioner*, septembre 1924.)

Les A. ont noté régulièrement les modifications de l'élimination des chlorures et de la tension chez des sujets bien portants ou malades, soumis successivement pendant une ou deux semaines à trois régimes : chloruré normal (12 gr.), hypochloruré (2-4 gr.) et hyperchloruré (20-25 gr.). Les résultats sont résumés en quatre tableaux, dans lesquels nous relevons les exemples suivants. Un sujet normal a une tension de 9-13 pour une élimination de 10 gr. de chlorure de sodium par 24 heures, 8,4-12 pour 4 gr. 4 et 9,4-13,2 pour 19 gr. 3. Une néphrite chronique interstitielle donne les chiffres de 15,5-24 pour 6 gr. 7, 15-22 pour 5 gr. 5 et 16,2-24,8 pour 10 gr. 4. La ration de sel semble avoir une influence appréciable, parfois même très marquée, sur la pression artérielle. Même chez un sujet normal l'augmentation de sel alimentaire élève la tension et la diminution l'abaisse.

Twenty eight year's Lunacy Experience in Egypt (1895-1923) (28 ans de pratique pychiâtrique en Egypte). (JOHN WARNOCK, *Journal of mental science*, juillet 1924.)

Le nombre des malades internés est passé de 440 en 1895 à 2,491 le 31 mars 1923. 21.088 aliénés ont été admis dans les asiles (dont 19.250 à Abbasiya et 1.838 à Khanka) avec 4.490 décès. Le nombre des paralytiques généraux est de 1.081 ce qui représente un pourcentage plus faible qu'en Angleterre. 10.116 malades sont sortis non guéris par suite du manque de place. Les malades sont 7 fois plus nombreux dans les grandes villes (1 pour 2.788 habitants) que dans les provinces (1 pour 18,765), ce qui ne correspond pas à une proportion réelle, mais au fait que la police urbaine arrête tous les aliénés errants, tandis qu'à la campagne les fous ne sont privés de la liberté que s'ils deviennent gênants ou dangereux.

The etiology of 320 consecutive cases of failing heart. (L'étiologie des affections cardiaques d'après une statistique de 320 cas). (GEO A. ALLAN, *Glasgow medical Journal*, août 1924.)

Statistique de l'infirmerie de l'Ouest du 1er octobre 1913 au 30 septembre 1923. Les facteurs étiologiques les plus importants sont le rhumatisme (48 %), la syphilis (20 %) et l'artériosclérose (9 %). Les valvules sont touchées par le rhumatisme dans 62 % des cas et par la syphilis dans 22 %. Le myocarde est atteint par le rhumatisme dans 4 %, par la syphilis dans 13 % et par l'artériosclérose dans 35 %. L'insuffisance aortique relève du rhumatisme (24 %) et surtout de la syphilis (70 %).

Heliotherapy in the treatment of pulmonary tuberculosis (L'héliothérapie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire). (HORACE LOGRASSO et FRANCK C. BALDERREY, *American Review of Tuberculosis*, octobre 1924.)

L'héliothérapie a une grande valeur dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, un des résultats principaux étant l'amélioration de l'état général. Le taux de l'hémoglobine augmente, le nombre des leucocytes diminue, celui des lymphocytes augmente. La température baisse, le pouls est moins rapide, les sueurs nocturnes disparaissent, l'expectoration devient plus

facile et moins abondante. La pleurésie, l'hydropneumothorax et le pyopneumothorax retirent de l'insolation un bienfait inappréciable. L'héliothérapie judicieusement employée ne provoque pas d'hémoptysies et ne donne ni activation ni réactivation de la lésion. La fièvre modérée n'entrave en rien le traitement ; les seules contre-indications sont les poussées évolutives, l'intoxication générale prononcée et la granulie. Les irradiations auront lieu le matin de bonne heure et le soir tard pendant l'été, au milieu de la journée dans les autres saisons L'héliothérapie artificielle, qui utilise un spectre incomplet ne représente qu'un agent thérapeutique médiocre par rapport à l'énergie solaire.

The management of the third stage of labor. (Conduite à tenir dans la troisième période du travail.(Walter E. Levy, *New Orleans medical and surgical Journal*, septembre 1924.)

La troisième période du travail, qui s'étend de la naissance de l'enfant à la délivrance et qui dure de quelques minutes à quelques heures, est délicate et pleine de dangers. Aussi est-il nécessaire de ne pas se désintéresser des suites immédiates de l'accouchement proprement dit. Il ne faut jamais opérer de traction sur le cordon, mais simplement exprimer le fond de l'utérus. Les indications de la pituitrine ne sont encore ni nettes ni formelles. La délivrance artificielle est dangereuse et ne doi être pratiquée qu'en dernier ressort ou en cas d'hémorragie.Les déchirures seront suturées séance tenante, sauf celles du col qui ne donnent pas lieu à une hémorragie.

Report of à sacrococcygeal teratoma in a Filipino infant (Un cas de tératome sacro coccygien chez un nouveau-né philippin. (Lawrence Weld Smith *Philippine Journal of Science*, mai 1924.)

Observation avec radiographie et autopsie d'un tératome vrai, c'est-à-dire à inclusion fœtale sans diplogénèse. C'est le second cas observé sur 9.800 autopsies, pratiquées pendant 15 ans à l'hôpital Philippin, à l'hôpital Saint-Lazare et à la Morgue de Manille.

La sindrome gastro-enterica nella rabia. (Le syndrome gastro-entéritique de la rage). (V. Puntoni, *Bulletino e atti della reale Accademia medica di Roma*, juin 1924.)

L'A. cite la tragique histoire d'un vétérinaire, qui, traitant un chien pour de la gastro-entérite, fut mordu en essayant de le purger et mourut d'une rage typique. Il a étudié pendant trois ou quatre ans, les cas de rage confirmés indiscutablement par le laboratoire et il conclut à l'existence d'une forme gastro-entéritique de la rage, avec vomissements, diarrhée muqueuse et sanguinolente et douleur abdominale due à l'hyperesthésie des racines rachididiennes postérieures. L'erreur de diagnostic est facile et les conséquences offrent un trop grand danger social pour ne pas la signaler à l'attention des médecins et des vétérinaires.

Sulla addattabilita del sistema circulatorio agli aumenti sperimentali di laboro (L'adaptation du système circulatoire à l'augmentation expérimentale du travail). (Gino Meldolesi et Marino Vidulich, *Cuore e circolazione*, septembre 1924.)

Six athlètes éprouvés ont été suivis et contrôlés au point de vue circulatoire pendant treize semaines d'entraînement préparatoire aux Jeux olympiques de Paris. D'une manière générale l'appareil circulatoire tend à augmenter progressivement sa capacité fonctionnelle par deux mécanismes : 1° l'accroissement de la puissance cardiaque obtenu en rendant la contraction systolique plus forte et plus efficace et en augmentant l'activité diastolique ; 2° le perfectionnement de l'adaptation immédiate au travail, en mettant en œuvre plus rapidement et plus complètement la fonction de compensation. La dilatation cardiaque (cœur sportif) n'est pas une entité pathologique, mais le résultat d'une série d'exercices exagérés et du surmenage d'un système circulatoire déficient.

Relazione sulla epidemia di peste bubbonica verificatasi al villaggio Duca degli Abruzzi. (Compte rendu d'une épidémie de peste bubonique observée au village Duc des-Abruzzes) (Alcibiade Andruzzi, *Annali di medicina navale e coloniale*, juillet-août 1924)

L'épidémie, qui sévit de novembre 1923 à février 1924, a présenté la symptomatologie classique. 82 malades furent hospitalisés au Lazaret, 28 moururent, ce qui représente une mortalité de 34,1 % ; 21 reçurent du sérum antipesteux avec une mortalité de 14,3 % ; 61 ne reçurent pas de sérum et donnèrent une une proportion de décès de 85,7 %. Les meilleurs résultats furent obtenus avec l'injection précoce ; la mortalité varie proportionnellement au retard apporté à l'application du traitement sérothérapique ; les malades injectés le premier jour, donnent une mortalité de 11,6 % ; les pourcentages sont de 23 au 3e jour, 33,3 au 6e et 50 à partir du 8e.

El apetito en los cancerosos de estomago. (L'appétit dans le cancer de l'estomac). (Salustiano Martinez Gomez, *Archivos espanoles de enfermedades de laparato digestivo y de la nutricion*, août 1924.)

L'anorexie est un symptôme fréquent et important du cancer de l'estomac. Elle existe dans une proportion de 50 à 90 %, suivant les formes ; elle est soit totale soit élective, mais intense et rebelle à la thérapeutique. Les aliments qui répugnent le plus sont la viande, les œufs, les mets sucrés, le lait et les corps gras. Dans certaines formes non seulement l'appétit est conservé, mais même il devient boulimique.

Como deben tratarse los epilepticos. (Traitement de l'épilepsie. (Bernardo Etchepare. *Clinica*, février-mars 1924.)

Il n'y a pas une épilepsie, mais des épilepsies, ou plus exactement des épileptiques. Le bromure de potassium et le luminal ne donnent pas de résultats dans tous les cas ; le chlorure de calcium et le tartrate borico-potassique échouent généralement L'A. recommande l'association de la belladone à la picrotoxine et du bromure de potassium à l'adonis vernalis.

A propos du diagnostic radiologique des cavernes pulmonaires. (R. Burnand, *Revue médicale de la Suisse romande*, août 1924.)

L'auscultation est-elle réellement en défaut quand les rayons X révèlent la présence de « cavernes muettes » ? Les images circulaires correspondent-elles réellement à des cavernes, suivant l'opinion classique, ou à des cavités intrapleurales (pneumothorax partiels limités par des adhérences), suivant les idées récentes de Sampson, Heise et Brown ? D'après les « anticavernistes » le cercle devrait être tenu pour pseudo-cavitaire s'il n'existe pas de syndrome stéthacoustique de caverne, si le malade ne présente pas une expectoration bacillifère proportionnelle à l'étendue de l'image cavitaire, et si l'on voit en peu de temps l'image s'estomper, perdre sa continuité, puis s'effacer. Il semble qu'à défaut de contrôle anatomique les progrès de la radiographie stéréoscopique soient susceptibles d'avoir le dernier mot dans ces différences d'interprétation.

J. Lafont.

Etude sur l'iodobismuthate de quinine « Quinby ». (Henri Orha. *Ceska-Dermatologie*, R. V. S., oct. 1924.)

Après avoir rapidement passé en revue la question du traitement de la syphilis par le bismuth, depuis son introduction dans la thérapeutique, l'auteur envisage les avantages et les inconvénients de ce nouveau traitement. En dehors de ces observations personnelles, il fait état du travail de MM. Hudelo et Rabut (*Presse médicale*, 9 avril 1924), et conclut, comme ces auteurs, à savoir que les inconvénients sont bien plus des incidents que des accidents.

« L'industrie française et allemande donnent le jour à de nombreuses préparations, mais ce sont toujours à peu près les mêmes produits qui circulent sous des noms divers. De ceux

ci, resteront ceux qui reposent sur une base sérieuse et quié marquent un progrès, non seulement dans l'activité thérapeutique, mais encore dans l'abaissement de la toxicité et dans l'absence d'inconvénients. Au premier rang de ces produits vient incontestablement le « *Quinby* ».

L'auteur résume ensuite toute son expérimentation dans les divers stades de la syphilis. Il a obtenu la cicatrisation des chancres, en moyenne, après cinq injections, des plaques muqueuses et de la roséole après trois, des ulcérations gommeuses après cinq. Seules les syphilides papuleuses sont un peu plus tenaces et exigent de huit à dix injections pour s'affaisser et disparaître. Il a eu également l'occasion de traiter un cas de syphilis héréditaire tardive avec plein succès, après échec d'un traitement arsenical.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Le « *Quinby* » est la préparation bismuthique qui correspond le mieux aux exigences de la thérapeutique actuelle. Exerçant une influence des plus favorables sur les manifestations syphilitiques ainsi que sur la réaction de B. W., il a le grand avantage d'être parfaitement toléré localement et de n'exercer aucune influence fâcheuse sur l'état général. Il peut également être associé aux arsenicaux. Dans ce cas, il recommande de diminuer les doses d'arsenic (pour une série : 3 gr. 50 d'arséno-benzène et 3 gr. 60 de « *Quinby*) », et de faire des injections intercalaires.

VARIÉTÉS

Autour du Centenaire de Joseph Rollet
Histoire de l'Antiquaille.

Lors du centenaire de J. Rollet, le Dr Carle, administrateur des hospices, a eu l'heureuse idée de rappeler l'histoire de l'Antiquaille devant ceux qui étaient venus assister à cette fête de la médecine lyonnaise, comme l'a dit l'orateur, cet exposé était à la meilleure préface l'œuvre de Rollet.

Nous en reproduisons l'essentiel d'après *Le Journal de médecine de Lyon* (20 déc. 1924).

... Dans l'Antiquaille, Messieurs, il y a le mot et la chose.

Le mot en lui-même est assez curieux, et je sais bien des Lyonnais qui en ignorent encore la réelle signification. Sachez donc que ce mot se retrouve pour la première fois dans un acte d'achat datant de 1493. A cette date, un noble bourgeois de notre ville, Pierre Sala, acheta en ces lieux aux frères Bergeon un terrain nommé Anticaille, comprenant vingt ares de vignes et un bâtiment, le tout estimé 20 livres. En 1513, nous retrouvons cette épithète dans un acte par lequel le même Pierre Sala agrandit considérablement sa demeure ; et encore, en 1519, dans un acte de donation qui est dans nos Archives départementales. Dès lors, le terme est officiel et jusqu'à nos jours cette appellation n'a pas varié, malgré une recente tentative de débaptisation, qui n'a eu aucun succès.

Et maintenant pourquoi cette appellation ?

Parce que le terrain sur lequel était cette vigne, celui où nous sommes en ce moment, était tout entier recouvert de débris « antiques » à l'aide desquels les frères Bergeon et beaucoup d'autres avaient construit leurs petites demeures. L'habitude était prise d'appeler ces pierres les « antiques », comme on le fait encore aujourd'hui aux Alyscamps d'Arles, ou à St-Rémy, d'où vint ensuite « les Antiquailles », qui prévalut.

Quels étaient ces débris, d'où venaient-ils ? Je ne vous lancerai pas dans les discussions et controverses que cette question a provoquées. Depuis Pierre Sala lui-même, jusqu'à notre savant collègue, M. Delore, qui voudra bien vous les montrer tout à l'heure et les faire revivre à vos yeux, on a abondamment écrit sur ce sujet. Mais un fait doit être admis, c'est la présence en cet endroit, sous la domination romaine, d'un très beau palais, construit probablement au IIe siècle, sous Septime Sévère. On dit même qu'il épousa ici la Syrienne Julia. A cett époque le sommet de la colline était occupé par le Forum vetus qui est devenu Fourvières. Sous ses temples et ses palais, immédiatement au-dessus de nous, on creusa un immense théâtre, et la masse de la terre ainsi rejetée sur la pente sous-jacente fut utilisée pour créer une vaste esplanade, de plusieurs centaines de mètres, sur laquelle d'autres palais furent édifiés. Et c'est cette esplanade, dominée par l'amphithéâtre dominant la voie Romaine du Chemin Neuf et la Saône, sur laquelel se trouve cette salle du Conseil.

Pour les sceptiques ou les archéologues, je tiens à ajouter que le nombre et la qualité des belles mosaïques mises au jour à chaque fouille nouvelle, démontrent la splendeur ancienne de ces habitations. Un savant système de canalisation aboutit à un vaste réservoir, situé près de notre conciergerie et aussi à une grande salle de bains, à colonnades et à mosaïque découverte en 1820, exactement au-dessous de cette même salle, le long de la pente. Au musée de l' Hôtel de Ville sont conservées de nombreuses reliques de cette époque, entre autres une statue de la déesse Fortune et une inscription commençant par ces mots : *Jove depulsori.....* A Jupiter qui écarte le malheur. Vous voyez que, dans ses fondations comme dans sa trame, l'Antiquaille a recueilli les pierres romaines des palais impériaux !

De cette époque, ou à peu près, datent les caveaux historiques où fut enfermée Sainte Blandine, où mourut Saint Pothin. Vous les verrez, sous la conduite de M. Delore, qui, longtemps directeur de cette Maison, et archéologue distingué, fera mieux que moi en ceci la part de la légende et de l'histoire.

Puis vinrent les invasions. Les Burgondes, qui étaient encore d'honnêtes gens, puis les Sarrazins dont le passage fut bien court, puis les Vandales qui ont laissé une mauvaise réputation. Les monuments romains furent brûlés ou détruits ; le sol, bosselé de débris, fut livré à la culture ; et des vignes couvrirent l'emplacement des palais romains.

Or il se trouvait que Pierre Sala était à la fois propriétaire, magistrat et homme de lettres, car il nous a laissé une poétique traduction du Roman de Tristan et Yseult, mélange qui nous paraît aujourd'hui un peu disparate, mais qui est assez fréquent à cette époque. Il construisit un beau château orné de deux tourelles pointues. A l'entrée était un portique surmonté d'un fronton triangulaire avec ses armoiries. Vous pourrez voir cette porte tout près d'ici, au sommet de la montée Saint-Barthélemy.

Ce fut, Messieurs, une belle période pour notre ville que celle de la Renaissance. Lyon était admirablement placé, au carrefour des grands marchés de l'Europe centrale, Bâle, Genève, Milan et Marseille. D'où vint, sous Louis XI, l'institution des Foires, si heureusement reprises en ces dernières années De plus, nous étions devenus le grand centre français de l'imprimerie, avec Buyer, Sébastien Gryphe, Jean de Tournes, Frellon, Treschel, dont les noms font encore bondir le cœur des bibliophiles. Enfin Lyon était assez loin de la Cour et de la Sorbonne pour pouvoir permettre aux auteurs quelque liberté et même quelques opinions subversives, sans risquer trop la hart ou le bûcher. Voilà pourquoi le château à tourelles devint rapidement, comme le château voisin, appartenant au Président de l'Ange, une sorte d'Académie, où se réunissaient tous les beaux esprits de l'époque. Rappelons parmi eux nos gloires locales, savants ou poètes, Maurice Scève, Guillaume de Choul, Symphorien Champier, Louise Labé, dite la Belle Cordière...., sans compter tous ceux qui firent un séjour plus ou moins long dans notre ville, Clément Marot, Erasme, Robert Estienne, Théodore de Bèze, Rabelais, Michel Servet et Etienne Dolet, qui eut singulièrement à regretter de l'avoir quittée trop tôt.

Mais cet essai de régionalisme commercial et artistique ne dura pas. Sous la main ferme de Richelieu, sous celle, plus prenante, de Louis XIV, la centralisation fit son œuvre ; tout ce qui recherchait gloire ou profit dut aller se grouper à Paris autour du roi. Les villas disparaissent, remplacées par les monastères et les couvents. En 1629 un Trésorier de France achète le domaine et en fait don aux Dames de la Visitation, récemment créées par Saint François de Sales, en même temps que le château des gouverneurs, sis au bas de la montée, est vendu à la Communauté des Chazeaux, dépendant de l'Ordre des Cla-

BIBLIOGRAPHIE

Guide pratique pour l'analyse du sang, aux points de vue biologique, chimique, toxicologique et médico-légal, par L. Douris, professeur de l'Université de Nancy. 1 volume in-8 écu de 480 p. cartonné, 25 fr. Vigot, éditeur Paris,

Cet ouvrage, véritable guide pratique, comprend huit parties: 1° Notions fondamentales et coagulation; 2° globules rouges, agglutination et hémolyse; 3° Examens biologiques du sang utilisant un système hémolytique; 4° examens biologiques basés sur des phénomènes de précipitation ou des propriétés diastesiques; 5° examen physico-chimique du sang; 8° recherche du sang et de ses produits de transformation dans les divers produits biologiques: contenu gastrique, urines, sérosités, matières fécales, taches suspectes.

Cette énumération montre que le livre s'adresse aux biologistes, médecins, pharmaciens, experts près les tribunaux ainsi qu'aux étudiants en médecine et en pharmacie.

Manuel d'archéologie française depuis les temps Mérovingiens jusqu'à la Renaissance. I. *Architecture religieuse*, par Camille Enlart, directeur du Musée de Sculpture comparée du Trocadéro. Deuxième édition revue et corrigée. Troisième partie. — **Table alphabétique et analytique des matières**, par Remy Delaunay. Un volume in-8°, 184 pages à 2 colonnes 15 fr.

Cette table, rédigée avec la plus grande précision, sera pour les archéologues et pour tous ceux si nombreux actuellement, qui s'intéressent à nos monuments religieux, un instrument de recherches et un guide incomparable. Ils trouveront plus de 22.000 références de noms de lieu, vérifiées avec le soin le plus minutieux, et dans la première partie consacrée aux matières, dans chaque article important, des renvois clairs et raisonnés permettent de reconstituer la doctrine de l'auteur sur toutes les modifications de notre architecture religieuse. On sait quelle place tient le Manuel de Enlart dans notre littérature archéologique et artistique; cette Table ajoutera considérablemenn à sa valeur pédagogique et scientifique.

Actuellement en vente : Architecture religieuse. 2e édition. Première partie. — Périodes Mérovingienne, Carolingienne et romane. 1 vol. — Deuxième partie. — Période française dite gothique, Style flamboyant, Renaissance. Accessoires 1 vol. — Architecture civile et militaire *épuisé*. — Le Costume 1 vol. — Le Mobilier, un ou deux volumes en préparation prochaine. Chaque volume broché. 30 fr. — rel. toile 40 fr.

Manuel d'archéologie préhistorique celtique et gallo-romaine, par Joseph Déchelette. — Tome I. **Archéologie préhistorique : âge de la pierre taillée, âge de la pierre polie.** 5e édition, 1 vol — Tome II. **L'âge du bronze.** Deuxième édition augmentée d'un index. 1 vol. — Tome III. **Premier âge du fer**, époque de de Hallstatt, 1 vol. Tome IV. **Second âge du fer.** Epoque de la Tène, 1 vol.

Les volumes consacrés à la période Gallo-Romaine sont en préparation et seront publiés par M. Grenier, professeur à l'Université de Strasbourg.

Chaque volume broché : 30 fr. ; relié 40 fr. A. Picard, éditeur, 82, Rue Bonaparte. Paris.

Le vieillard. Quelques considérations... par le Dr Charles Vidal. 1 vol. in-8, 540 p. Librairie Bloud et Gay, 3, rue Garancière, Paris 1925.

On ne comprend pas assez ce qu'est le vieillard. Voici un livre qui peut y aider merveilleusement.

Dans un style agréable et clair, on nous y apprend l'anatomie et la physiologie du vieillard, ses maladies, ses infirmités et leurs remèdes; sa psychologie aussi; puis son rôle dans la famille, ses droits et ses devoirs; tout cela, avec une science aussi prudente qu'avertie, et dans une conception hautement chrétienne de la famille et de l'individu.

Le livre V. très curieux, traite du *vieillard dans la Bible et de quelques auteurs qui ont écrit sur la vieillesse et représenté le vieillard dans les arts*.

Le livre est dédié, non seulement à ceux qui s'intéressent aux vieillards, non seulement à ceux qui souffrent de la vieillesse, mais à ceux même qui l'appréhendent : n'est-ce point dire à tous ?

Marseille sur le vif. — Sous ce titre évocateur, notre confrère Hélène Saurel, va faire paraître aux Editions des Tablettes, un volume de luxe dans lequel elle a remarquablement fixé les divers aspects, et types du grand port.

Ecrits en un style nerveux, précis et vrai, ces tableautins seront illustrés de 38 dessins dont deux en couleurs du peintre L. R. Eller, dont le talent est désormais consacré.

Le tirage de ce volume étant rigoureusement limité, les amateurs seront bien inspirés en retenant leur exemplaire aux Editions des Tablettes, 7, rue Clignancourt, Paris. Un spécimen de hors texte, et de la typographie, sera envoyé, sur simple demande.

risses. Ces Dames de la Visitation, vouées à la prière, trouvèrent sans doute aux tourelles pointues une allure trop plaisante. La riante villa fut abattue et remplacée, vers la fin du XVIIe siècle, par le corps de bâtiment que vous pouvez voir encore aujourd'hui, constitué par trois sévères tourelles reliées par des corps de bâtiment irréguliers, dont cette salle du Conseil constitue à peu près la partie centrale. Ces bâtiments entouraient le petit cloître et la chapelle que vous avez pu voir au passage.

Tout ce vieux bâtiment est aujourd'hui noyé dans les adjonctions nouvelles, édifiées au cours du XIXe siècle. Pour le dégager, il convient de le voir des bords de la Saône ou de la place Bellecour. On distingue alors très bien ces trois tourelles dont les médiocres clochetons, dépourvus de toute recherche artistique, dépassent à peine les toits des bâtiments voisins.

Cette maison resta pendant 162 ans un asile de prière et de recueillement comme il en existait tant à cette époque, pour les filles de la noblesse, que leur goût ou leur fortune insuffisante éloignaient du mariage. Il semble que la règle sévère des Visitandines n'ait jamais subi d'infractions, même au cours de ce XVIIIe siècle où quelques littérateurs firent de si jolis contes avec les aventures des nonnes et nonnains. N'oublions pas que nous ne sommes pas loin du couvent de Montfleury où était enfermée la jolie chanoinesse qui devint Mme de Tencin. Rien de pareil, semble-t-il, dans ces murs. On dit même que ces dames enfouirent de leurs propres mains les vestiges qui persistaient encore de l'époque romaine, pour éviter les trop nombreuses visites qui les détournaient de la méditation. Et cependant, parmi ces visites, il faut compter deux passages de Louis XIV qui vint s'intéresser lui-même à ces souvenirs d'autrefois.

Leur seul travail fut la construction d'un long souterrain qui allait capter les eaux sur la colline de Fourvière, et leur seul luxe fut l'embellissement de la chapelle, où brillait une Visitation de Jacques Stella, disparue par la suite, et qui serait, nous assure-t-on, à Paris.

Ainsi vécurent les Dames de la Visitation jusqu'en 1792, où la loi d'expulsion les obligea à émigrer. Et le bâtiment fut vendu à des particuliers.

Palais Impérial, Académie de la Renaissance, Asile religieux, voilà de beaux titres de noblesse. La dernière transformation est moins éclatante, mais, peut-être aussi mieux adaptée aux besoins du siècle et toute auréolée de dévouement et de science désintéressée.

Pour mieux comprendre la suite de cette histoire, il importe de revenir un peu en arrière. Au XVIe siècle, un riche lyonnais, Thomas de Gadagne, fonda sur les bords de la Saône, rive droite, un bâtiment destiné aux pestiférés. Quand la peste eut à peu près disparu, cet établissement, nommé d'abord St-Laurent-des-Vignes, puis la Quarantaine, fut destiné aux mendiants, vagabonds, aliénés, vieillards et prostituées. Les ressources étant tout à fait insuffisantes, la situation de ce « dépôt de mendicité » était déplorable et la tenue au-dessous de toute estimation. La Révolution empira cet état de choses. Sous le Premier Empire, on chercha un emplacement pour tout ce monde un peu mélangé, et l'on trouva l'ancien couvent des Dames de la Visitation.

Un décret impérial du 8 avril 1805 décida le transfert. En 1807, les bâtiments furent achetés, des administrateurs nommés et les pensionnaires installés. En 1809, furent expulsés les vagabonds et mendiants. En 1812, la Rotonde fut construite à l'usage des aliénés. Après les journées de 1830, une administration générale jeta les bases d'une vraie organisation hospitalière, captant les eaux, décidant les mesures hygiéniques, créant les consultations gratuites, nommant les médecins. De 1837 à 1840 furent achevées les constructions que l'on voit encore aujourd'hui autour de l'ancien bâtiment des Visitandines. Mais l'administration n'avait plus le sou : la préfecture et la mairie se renvoyaient sans les satisfaire ses incessantes réclamations. Finalement cet hôpital fut rattaché, en 1846, à l'Administration des Hospices civils de Lyon.

Entre temps, le service du chirurgien-major de l'Antiquaille était créé en 1820. Il était installé dans la partie nord des anciens bâtiments et était composé d'hommes galeux, teigneux et vénériens. 37 lits d'abord, puis 75. En 1837, le concours était institué et BAUMÈS était le premier titulaire. Son successeur fut DIDAY en 1843; puis RODET en 1849, enfin ROLLET en 1855. Cette filiation explique à nos collègues de Paris qui s'en étonnaient autrefois, comment la dermatologie fut, à Lyon, d'origine chirurgicale. Ce service resta tel jusqu'à la suppression du titre de chirurgien-major de l'Antiquaille, dont le dernier détenteur est M. le professeur ROCHET. Il est aujourd'hui service hospitalier d'urologie, entre les mains du professeur GAYET. Quant aux femmes, elles furent envoyées, en 1864, au service des Chazeaux, dont le professeur AUGAGNEUR fut le dernier chef de service chirurgical.

Ajoutons, pour être complet, que les aliénés ont disparu, laissant comme souvenir le service de neurologie du docteur BÉRIEL. La rotonde, transformée et agrandie, est devenue en 1877 le siège de la Clinique dermatologique, lors de la création de la Faculté. Elle fut aussi chirurgicale, avec les professeurs GAILLETON et AUGAGNEUR. Nous avons le plaisir d'avoir ici auprès de nous le premier chef de clinique nommé en 1877, le docteur CARRY. En 1904, la chaire devint médicale, et je n'ai pas besoin de vous parler de son savant et sympathique titulaire, le professeur NICOLAS. Je crois être votre interprète à tous, messieurs, en lui souhaitant la longue vie de tous ses prédécesseurs à l'Antiquaille, et je le remercie bien sincèrement, au nom de l'Administration, d'avoir bien voulu accepter l'arrangement qui nous permet, tout en étant ses hôtes, d'unir dans une même manifestation ROLLET et l'Antiquaille.

Telle fut l'Antiquaille d'autrefois et d'aujourd'hui, messieurs. La période d'adaptation fut longue, comme vous le voyez, car rien, dans sa destination première, ne laissait prévoir l'affectation actuelle. Il en est de l'Antiquaille comme de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, chargés de gloire et d'années. Si vous trouvez que ses couloirs sont trop exigus, ses locaux trop cellulaires; ses dégagements inexistants, veuillez vous souvenir que ses fondations sont pavées de mosaïques impériales, que ses cellules sont encore pleines de prières, que ses murs crient la noble origine de leurs moellons. Et j'implore le soleil de bien vouloir se montrer quelque peu, car vous verriez par ses grandes fenêtres la ligne blanche des Alpes du Dauphiné se dessiner sur le ciel bleu. Gardez ces souvenirs, messieurs, et oubliez l'impression un peu décevante que peut laisser un premier contact.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 décembre 1924.

La séroprophylaxie de la rougeole. — M. ***Léon Bernard*** rappelle les conclusions de la Commission nommée aux fins d'étudier le travail de M. Debré sur la séroprophylaxie de la rougeole.

Le vœu suivant est proposé à l'Académie pour être transmis aux Pouvoirs publics :

« L'Académie de médecine, convaincue à la fois de la gravité de la rougeole comme facteur de mortalité surtout chez les petits enfants et de la valeur de l'emploi du sérum de convalescent comme méthode prophylactique, recommande aux Pouvoirs publics de saisir les administrations compétentes en vue d'instituer, au mieux des intérêts de la population et en conformité avec les conditions locales, des centres de production de sérum sans que cette mesure ralentisse les initiatives des administrations destinées à perfectionner l'isolement hospitalier. »

M. ***Marfan*** est d'avis, bien que quelques réserves soient à faire, que le sérum de convalescent peut rendre de grands services. Il croit cependant indispensable d'apporter deux remarques : 1° il est difficile de se procurer le sérum de convalescent en quantité suffisante ; 2° il ne faudrait pas qu'on en vînt, ce que n'ont certes pas voulu M. Léon Bernard ni M. Debré, à négliger l'isolement individuel des contagieux, des suspects et des douteux.

A la suite de l'intervention de M. Marfan le vœu est adopté après adjonction du paragraphe concernant l'isolement hospitalier.

La prophylaxie. — M. *Chaton* (de Besançon) propose d'établir une consultation clinique nationale véritable referendum médical, sur la prophylaxie et la transmission du cancer. A son avis trois questions devraient être proposées aux médecins : 1° leur opinion personnelle sur la transmission héréditaire du cancer, les familles à cancer ; 2° la contagiosité du cancer ; 3° examen au double point de vue de l'hérédité et de la contagiosité du cancer de tous les sujets qui se présenteraient à eux dans un laps de temps donné : une année par exemple.

A propos de la vivisection. — M. *Balthazard* présente, au nom de la Commission de la vivisection, son rapport qui répond au Ministre de l'Hygiène lequel, avait demandé par lettre à l'Académie son avis sur cette question et en particulier s'il ne serait pas possible, sans nuire aux progrès de la science, de limiter les expériences de vivisection et d'empêcher « les inutiles cruautés ».

Le rapporteur souligne qu'il n'est plus aujourd'hui, comme au temps de Claude Bernard, pratiqué de vivisection sans anesthésie préalable.

On a visé surtout, semble-t-il, l'enseignement de la médecine opératoire vétérinaire ; or, aujourd'hui, elle ne se fait plus que sur le cadavre ou le sujet anesthésié (chloral intra-veineux).

La limitation de la vivisection qu'on a proposée ne se conçoit pas : cela reviendrait à réserver à certains laboratoires le monopole des découvertes biologiques.

Quant au contrôle il existe en fait, exercé par les chefs de laboratoire, les doyens des Facultés, les directeurs des grandes écoles. Pour les laboratoires privés il serait aisé de les rattacher à cet égard à l'un ou l'autre des établissements officiels.

Au surplus, le rapporteur exprime sa surprise de voir prendre en considération, dans le pays de Claude Bernard, de véritables entraves aux recherches biologiques.

Séance du 6 Janvier 1925

Statistique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — *MM. L. Bernard, Baron* et *Valtis* publient une statistique de 201 cas de tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel : leurs résultats sont les suivants :

Ils ont obtenu 40 guérisons — donc une proportion de 20 % — sur lesquelles le pneumothorax est cessé dans 24 cas.

Chez 73 malades, 36 %, la guérison est ou incomplète ou récente ; ils sont dits améliorés, mais nombre, d'entre eux, avec le temps passeront dans la catégorie précédente, parmi les 62 où le pneumothorax est encore en cours.

Si donc l'on additionne les deux catégories précédentes, on aboutit à un total de 113 cas favorables, soit à une proportion de 56 % de malades qui ont tiré un bénéfice évident ou parfait de la cure.

Les résultats fâcheux se répartissent en 44 décès et 24 cas mauvais abandonnés ; sur ces nombres on compte dès la première année de traitement, 28 décès et 15 abandons par aggravation.

Enfin, 20 cas stationnaires ont été relevés.

En additionnant les 44 décès, les 24 cas mauvais, et les 20 stationnaires, on arrive au total de 88 résultats défavorables, c'est-à-dire à une proportion de 44 %.

Ils mentionnent encore les faits suivants :

D'abord, c'est dès la première année que se joue le sort du pneumothorax et que le pronostic de son efficacité peut se faire, dans la grande majorité des faits.

En second lieu, les accidents et complications sont : 1° l'envahissement secondaire du poumon symétrique, qui est d'autant plus grave qu'il se produit plus précocement ; il a été relevé 63 fois ; 2° la mort rapide après la première insufflation qui a été observée deux fois ; 3° les pleurésies, qui se sont produites dans 61 % des cas. Elles sont plus fréquentes dans les cas défavorables (65 %) que dans les cas favorables (55 %). Dans 7 cas seulement, 122 pleurésies, la complication pleurale a aggravé la situation, au moins passagèrement.

Enfin, les auteurs rapportent quelques faits particuliers : 5 cas d'hémoptysies, avec 4 résultats favorables ; 10 cas de tuberculose chez des femmes en gestation, avec 8 résultats favorables ; 3 cas de tuberculeux porteurs de lésions valvulaires du cœur, avec des résultats favorables : un cas de tuberculose chez une diabétique traitée avec d'excellents résultats.

A côté du bénéfice thérapeutique acquis par les malades dans les cas heureux, les auteurs mettent en relief les avantages sociaux de ce traitement qui apporte la récupération de la capacité de travail, la suppression de la contagiosité et l'aptitude à la maternité.

Le trafic des stupéfiants et la conférence internationale de l'opium à Génève. — *M. Coutière.* — Comme elle était posée à la Haye, en 1912, la question des stupéfiants se pose à Genève avec une gravité accrue par le nombre et l'universalité des toxicomanes. En face de l'énorme pléthore des matières premières et des alcaloïdes extraits, il y a lieu d'envisager le contrôle international de la production et de la fabrication, de cette dernière surtout.

La production des matières premières échappe en grande partie aux nations occidentales. Elle se réalise dans les régions où règnent des habitudes invétérées de consommation où le pouvoir central est faible, presqu'inexistant et ne permet pas une action efficace des pays dits civilisés. Partout où cette action a pu être réellement exercée comme dans les colonies françaises d'Asie et d'Afrique, la consommation de l'opium et du chanvre indien est nettement en décroissance, mais la Chine produit toujours 15.000 tonnes d'opium.

La conférence propose de fixer provisoirement à 450 milligr. d'opium brut et à 1 milligr. de chlorhydrate de cocaïne par habitant et par an les quantités de stupéfiants nécessaires aux usages licites médicaux.

Une surveillance utile et efficace, car elle permettrait de suivre de bout en bout la destinée des stupéfiants, doit surtout être exercée dans les pays (Angleterre, Allemagne, Suisse, France, Japon) où se trouvent les usines qui les préparent.

Les préparations galéniques qui contiennent de très faibles quantités de produits actifs doivent bénéficier du statut de La Haye.

La France peut proposer avec *la plus entière bonne foi* le modèle du sévère régime dont elle jouit, qui permettrait le contrôle très réel des stupéfiants si elle-même n'avait à se défendre contre les importations étrangères frauduleuses.

Action humorale de l'extrait de faisceau de His sur la pression artérielle. — *MM. Kemal Djenab et Mouchet.* — Les extraits de faisceau de His exercent une action hypotensive plus marquée et plus durable que les autres extraits organiques. Cette action est remarquablement intense chez un animal décapsulé. L'action exercée est comparable à celle que Roger a obtenue par l'excitation du bout périphérique du nerf vague chez un chien décapsulé, à celle que Lœwi a obtenue par excitation du nerf vague, a celle que manifeste le sang carotidien après excitation du nerf vague dans les expériences de Zunz et Govaerts. Les auteurs en concluent que l'excitation du nerf pneumogastrique agit par l'intermédiaire d'une secrétion humorale due au faisceau de His.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance 6 janvier 1925

A propos de la luxation habituelle du genou. — M. *Mouchet* n'a pu retrouver qu'une de ses opérées anciennes atteinte de luxation habituelle du genou en dehors. Il avait pratiqué une capsuloraphie interne simple. Or le résultat a été bon. Il subsiste seulement un peu de laxité de la rotule mais qui n'est guère plus marquée que du côté opposé.

A propos de l'ostéosynthèse (*suite*). — M. *Fredet* estime que l'ostéosynthèse n'est indiquée que dans certains cas assez rares dans des fractures spéciales de l'avant-bras et du tibia — car la grande majorité des fractures guérissent bien par les procédés simples.

Il est certain que l'ostéosynthèse peut, comme l'a dit M. A.

Schwartz, provoquer de la raréfaction osseuse. Celle-ci peut ne pas avoir de conséquences graves lorsqu'il s'agit de l'humérus par exemple. Mais il en va autrement lorsqu'il s'agit d'un tibia ou d un fémur. Dans plusieurs cas de fracture du tibia très exactement coaptées et réduites par des cerclages et alors que dans les débuts tout paraissait aller bien — on voit l'os au bout de trois mois commencer à se courber et à s'infléchir et M. F. montre des séries de radiographies faites de mois en mois et qui sont très démonstratives. L'ablation des lames est alors nécessaire, il faut immobiliser à nouveau et la consolidation se fait alors très bien.

C'est souvent après quatre mois ou quatre mois et demi que cette inflexion se produit — surtout, il faut le dire, après cerclages, ce mode d'ostéosynthèse paraissant nettement plus irritant. Mais d'autre part il est d'un emploi plus commode, plus rapide et plus simple.

L'ostéosynthèse temporaire semble donc devoir être préférée. Le grand fixateur de Lambotte est, dans certains cas un peu spéciaux, très utile. Mais il y a souvent un peu de jeu dans les fiches au bout de quelques jours et une grande surveillance est nécessaire.

M. *Savariaud* estime que les radiographies de M. F. sont très probantes et indiquent le danger des cerclages. Il faut donc être sobre de ces interventions et ne les employer que dans des cas exceptionnels.

M. *Wiart*. — Il serait utile de savoir le nombre relatif de ces cas de ramollissement. Personnellement il ne l'a observé qu'une fois après un cerclage. Il insiste sur la commodité de ce mode de contention opératoire.

M. *Lapointe* se demande si le nombre des lames n'entre pas en cause.

M. *Fredet* a vu ces ramollissements dans 50 % des cas de cerclages au Parham. Ils sont d'ailleurs inégalement graves et certains peu importants, ne provoquent aucune gêne. Il suffit d'enlever les cercles assez tôt. Il est d'ailleurs bon de réopérer d'assez bonne heure, vers la sixième semaine, car plus tard l'opération peut être laborieuse et difficile.

M. *Dujarrier* pense que M. Fredet est tombé sur une mauvaise série. Son expérience personnelle lui fait estimer que la proportion de ramollissements consécutifs aux cerclages ne dépasse pas 20 %.

M. *Riche* parlant sur la même question estime que la constatation des coaptations insuffisantes, révélées par les radiographies, a incité les chirurgiens à étendre les indications des ostéosynthèses qui paraissaient donner des coaptations plus parfaites. De là à l'abus le pas fut vite franchi. Actuellement les opinions des chirurgiens se rapprochent puisque les plus chauds partisans de l'ostéosynthèse conviennent que les indications en sont exceptionnelles et que ses adversaires les plus convaincus reconnaissent qu'elle est parfois nécessaire. L'ostéosynthèse retarde certainement la consolidation. La question de matériel est importante. Pour sa part il utilise surtout le fil de fer galvanisé. D'autre part si on se décide à intervenir il ne faut pas trop attendre car à trop tarder on rend l'opération plus difficile. Il faut opérer avant le huitième jour.

La tuberculose des cartilages. — M. *Lapointe*, à l'occasion d'une pièce présentée par M. Dujarrier, estime que son cas n'est pas une preuve absolue de la possibilité de localisation de la tuberculose. Un cartilage n'est pas vascularisé et ne saurait être le siège d'une infection d'origine sanguine. Pour le prouver il faudrait au moins trouver inclus dans le cartilage un noyau tuberculeux.

M. *Alglave*. — Théoriquement le cartilage ne pourrait devenir le siège d'un nodule tuberculeux. Mais il a vu le fait cependant se produire. Il a vu une fois un abcès tuberculeux inclus dans un cartilage costal. Et pendant la guerre il a vu se localiser dans des cartilages costaux des abcès d'origine typhoïdique.

M. *Sorel* estime également cette localisation possible.

Présentation de malades. — M. *A. Schwartz* présente un cas de fracture de Dupuytren grave avec fragment intermédiaire, traité sans ostéosynthèse et qui a donné un résultat fonctionnel parfait.

M. *Dujarrier* présente un cas d'ostéite kystique de l'extrémité supérieure de l'humérus traité par des greffes ostéopériostiques avec un excellent résultat.

M. *Mathieu* présente une volumineuse tumeur constituée par un aggloméré de cheveux qu'une fillette de 11 ans 1/2 déglutissait depuis sa première enfance. La tumeur extraite par gastrotomie large, pesait 350 gr. L'affection fut révélée par la présence de quelques troubles gastriques et la présence d'une tumeur de l'hypochondre droit.

F. LE BRAZ,

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 décembre 1924.

A propos de la lithiase du cholédoque. — *Pauchet.* — Les porteurs de calculs du cholédoque sont *blancs* ou *jaunes* ; blancs, l'opération ne comporte guère que 5 à 8 p. 100 de mortalité : jaunes, de 15 à 80 p. 100.

Les *jaunes* peuvent être opérés avec de bons résultats si on prend les précautions suivantes :

Transfusion du sang.

Absorption abondante d'eau sucrée par la bouche, le rectum et la peau (de 3 à 4 litres par jour).

Chauffage du foie avec des bouillottes avant et après l'opération. Pendant l'opération, des compresses de sérum chaud.

Minimum de manipulations abdominales ; anesthésie locale (syncaïne à 1 p. 100), associée ou non au protoxyde d'azote.

Conservation de la vésicule.

Les éléments d'un pronostic grave sont :

Le *pouls*, s'il dépasse 80 et surtout atteint 100.

L'hypertrophie et surtout la dureté du foie.

Les urines rares.

L'aspect vert ou bronzé.

Les hémorragies faciles.

Quand, après l'opération, le tube de Kehr ne donne pas de bile ou si la bile sort blanche. Quand la bile jaune s'écoule immédiatement, le pronostic est bon.

Rupture traumatique du tendon extenseur du médius au niveau de l'articulation phalangino phalangettienne avec couverture de l'articulation. — M. *Dartigues* — Jeune homme de seize ans à qui cet accident est arrivé en recevant un ballon sur la pointe du médius. Le malade est opéré quatre jours après l'accident. La suture du tendon est faite avec un crin de Florence disposé en X dont les extrémités sont unies transversalement, immobilisation pendant un mois, puis massage. Le jeune homme, revu quatre ans après, présente un résultat remarquable.

Occlusion intestinale avec réaction péritonéale à la suite de l'appendicectomie. — MM. *A. Huguier* et *J. Lanos*. — Premier cas : crise d'appendicite grave deux mois plus tôt. Appendicectomie difficile (appendice en position pelvienne). Drain et mèches.

Dix jours après l'opération : syndrome d'occlusion aiguë. On fait d'urgence une fistule cæcale. Mais celle-ci s'agrandit spontanément : et l'anus cæcal devient le siège d'un prolapsus très marqué.

Pour remédier à cet anus on fait dans un premier temps l'exclusion bilatérale avec anastomose latéro latérale de l'iléon au côlon ascendant. Dans un second temps, l'extirpation de l'anse exclue.

La malade est actuellement parfaitement guérie.

Second cas : appendicectomie pour appendicite chronique. Le neuvième jour, signes d'occlusion aiguë. On intervient par laparotomie médiane et on trouve 1° une bride épiploïque croisant le cæcum et s'implantant dans la fosse iliaque ; 2° tout l'épiploon enflammé ; 3° le cul-de-sac de Douglas rempli de liquide. On se contente — l'intestin étant peu dilaté — de sectionner la bride et de drainer le Douglas par un Mickulicz. Guérison.

Les auteurs font remarquer que — malgré sa complexité — le procédé employé dans le premier cas était le seul praticable. Ils se demandent ensuite si l'apparition des accidents d'infection et d'occlusion aux alentours du neuvième jour n'est pas à mettre sur le compte, soit d'une ligature de l'appendice trop près du cæcum, soit du non-enfouissement du moignon appendiculaire.

Kyste hydatique suppuré du bassin. — ***Petit de la Villéon.*** — L'auteur présente un opéré pour kyste hydatique suppuré du bassin qui avait émigré vers le périnée, au point d'avoir simulé un kyste hydatique de la fosse ischio-rectale. En réalité, il était situé au-dessus du releveur qu'il avait perforé. Après deux opérations le malade guérit.

Résection iléo-colique pour occlusion intestinale aiguë, par ***P. Séjournet*** (rapport de ***G. Léo***). — L'auteur a été amené à pratiquer les opérations suivantes : 1° Extériorisation du cæcum et de l'iléon voisin ; 2° dérivation externe, par fistule sur le grêle extériorisé ; 4° dérivation interne par anastomose iléo-transverse : 5° hémicolectomie droite et exérèse de l'anus grêle fistulisée.

La prudence particulière utilisée dans la cure de cette malade résultait de son âge de 53 ans, de son passé pathologique et de son état général. L'auteur a dû modifier la succession habituelle : dérivation interne, puis colectomie, pour appliquer un plan opératoire plus long mais très sûr.

Fractures frustes de la colonne vertébrale. — ***Henri Judet.*** — L'auteur rapporte l'observation d'une *cyphose progressive* et douloureuse, chez un homme de 30 ans renversé par une automobile. L'examen radiographique, *de profil*, montra un tassement très marqué de la première et de la deuxième vertèbre lombaires, de telle sorte que le rachis présentait une inflexion brusque, un angle à ouverture antérieure et à sommet postérieur. Absence de tout symptôme médullaire.

Traitement : Redressement de la colonne vertébrale sous anesthésie générale. immobilisation en lordose pendant 40 jours au moyen d'un corset plâtré. Ensuite, port pendant quatre mois d'un corset en cuir moulé avec marche permise. Guérison complète.

Dans un *deuxième cas*, le tassement portait seulement sur la première vertèbre lombaire : la guérison fut obtenue par un mois de repos au lit et par le port d'un corset de soutien pendant quatre mois.

II. — Dans une autre catégorie de faits, le traumatisme vertébral a produit un *tableau pseudo-pottique.*

Un homme de 46 ans, à la suite d'une chute de trois mètres de haut présente — un mois plus tard — une saillie de l'apophyse épineuse de la onzième dorsale avec douleur et raideur du rachis. La radiographie montre un tassement uniforme du corps de la vertèbre qui a perdu le tiers de sa hauteur et dont les contours sont flous. Corset en plâtre, puis en cuir moulé : Guérison par soudure à la vertèbre sous-jacente avec invalidité légère (10 %).

A la suite d'une chute de tramway un jeune homme présente un aspect de mal de Pott au début : la première lombaire est saillante et douloureuse.

La radiographie, faite 40 jours après l'accident, montre l'ossification du ménisque sous-jacent et la diminution du ménisque sus-jacent. Le corps vertébral lui-même paraît sain. Repos horizontal pendant un mois, puis marche permise avec un corset de soutien. Guérison complète.

Une cinquième et dernière observation représente le type le plus atténué possible des fractures de la colonne : fracture de l'apophyse transverse gauche de la quatrième vertèbre au niveau de sa base. Un lumbago tenace persistant un an plus tard résume toute la symptomatologie.

M. *Roederer.* — Sans vouloir discuter ce qui doit revenir au syndrome de Kummel-Verneuil dans le cas de fractures larvées et méconnues de la colonne vertébrale, je crois utile de dire que les symptômes douloureux ne s'évanouissent pas toujours dans ces cas avec une rapidité aussi grande que dans les observations de M. Judet. J'ai suivi des cas qui demeurent douloureux après des années. Un soldat traumatisé continue à souffrir après six ans. C'est une notion à retenir.

Tuberculose hypertrophique caséeuse des annexes chez une femme obèse. — ***Alphonse Huguier.*** — Femme de 44 ans, obèse (110 kilogs avant la maladie actuelle) présentant dans la partie inférieure et gauche du ventre une tuméfaction légèrement douloureuse et mate, accessible au toucher. Fièvre.

A l'opération, on arrive a isoler péniblement une masse indurée adhérente à la vessie. La vaste cavité qui est créée, profonde et anfractueuse, où l'on ne distingue ni rectum, ni utérus, est tamponnée par un Mickulicz.

Fistule stercorale consécutive qui se ferme complètement au bout de onze mois. Guérison complète ; retrouve son embonpoint antérieur.

La masse enlevée, qui avait le *volume d'une grosse orange*, apparaissait, à la coupe, *farcie de noyaux caséeux*. Diagnostic histologique : *Tuberculose fibro-caséeuse*, mais il est impossible de savoir s'il s'agissait d'une tuberculose de l'ovaire ou de la trompe.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 décembre 1924.

Les médications par le choc et par les méthodes biologiques. — M. ***Deschamps*** a guéri par des injections de lait une femme atteinte de furonculose et d'excitation maniaque ; il a eu de bons résultats avec l'or colloïdal, le nucléinate de soude, l'abcès térébenthiné. Les méthodes biologiques lui ont donné également des résultats satisfaisants.

Quelques causes de céphalée frontale. — M. ***Maurice***, sur une série de projections, montre l'état de la zone moyenne du nez chez des gens à respiration normale souffrant de céphalées rebelles. Il s'agit soit de compression du cornet moyen, soit d'hypertrophie de ce cornet, de dilatation de la bulle ethmoïdale, de polype ou d'obstruction de l'infundibulum. Le diagnostic est parfois délicat.

Le métabolisme basal dans l'hypoalimentation. — MM. ***Marcel Labbé*** et ***Stévenin*** montrent avec 10 observations à l'appui, qu'une alimentation insuffisante (par anorexie mentale, troubles digestifs) détermine une diminution du métabolisme basal. Les résultats que fournit cet examen donnent des indications intéressantes pour le diagnostic des états d'amaigrissement.

H. Duclaux.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

L'insuffisance ovarienne. Comment la reconnaître et la traiter

(Voir : *Le Progrès Médical*, 10 janvier 1925, p. 79).

TECHNIQUE PHARMACOLOGIQUE

Un nouveau procédé pour la fabrication des poudres d'organes

(Voir : *Le Progrès Médical*, 10 janvier 1925, p. 80).

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de l'urticaire

Toujours rechercher le produit sensibilisant.

C'est le type de dermatoses « par sensibilisation ».
Rechercher la cause déterminante :

Chez l'adulte :

Au niveau du tube digestif :

1° *Alimentaire*, poisson, gibier, fraises, moules, etc.
2° *Médicamenteuse*, antipyrine, ipéca, iodures, etc.

Chez l'enfant :

Toujours rechercher les ascaris.

Désensibilisation

Elle sera spécifique ou non spécifique suivant que la cause aura été découverte ou non.

A) Spécifique :

Faire prendre, une demi-heure avant le repas, une petite dose de l'aliment ou du médicament qui déclanche la poussée.

On pourra traiter le malade par des cuti faites avec un extrait aqueux du produit.

B) Non spécifique :

La peptone prise en cachets de 0 gr. 50 une demi-heure avant le repas, donne *parfois* des résultats.

L'hyposulfite de Na, peu actif *per os*, donne des résultats beaucoup plus constants en injections intra-veineuses (5 cc. d'une solution aqueuse à 10 %).

La protéinothérapie : 5 cc. de lait bouilli en injections intra-musculaires tous les deux ou trois jours, pourra être essayée.

L'auto-hémothérapie : injections tous les deux ou trois jours, de 5 à 10 cc. de sang, donne parfois d'excellents résultats.

Le terrain

Cette affection est surtout fréquente chez les arthritiques, les insuffisants hépatiques, les constipés.

Au moment de la poussée, la diète hydrique et un purgatif salin, seront le premier traitement.

Traitement local

Il faut calmer le prurit pour éviter les lésions de grattage.

1° Supprimer toutes causes d'irritations locales : flanelle, etc.

2° Lotions matin et soir avec soit de l'eau vinaigrée (2 cuillerées à bouche de vinaigre pour 1 litre d'eau), soit de l'eau alcoolisée (1 cuillerée à soupe d'alcoolat de lavande pour 1 litre d'eau). Ces lotions seront chaudes et fréquentes.

Les bains sont à éviter ; ils aggravent l'éruption.

Après les lotions, poudrer les lésions afin de les isoler soit avec une poudre inerte :

Oxyde de zinc.........	20 grammes
Carbonate de Bi......	20 grammes
Talc porphyrisé......	60 grammes

soit mieux avec de la poudre *Inotyol*. Cette dernière, calme instantanément le prurit, évite les lésions de grattage, et n'amène aucune sensibilisation nouvelle.

NOUVELLES

Assistants d'électro radiologie des hôpitaux (année 1925). — ***Réunion de la commission chargée d'établir la liste d'aptitude.*** — La commission se réunira le lundi 9 février 1925, à seize heures et demie, à l'Administration Centrale (Avenue Victoria). Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette commission est fixé à huit.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la commission devront se faire inscrire au Bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours (les dimanches et fêtes exceptés), de quatorze à dix-sept heures, du lundi 12 janvier au samedi 24 janvier 1925 inclusivement.

Corps de santé militaire. — Par application des dispositions de l'article 1er de la loi du 8 juillet 1920 :

M. le médecin-inspecteur Vitoux, directeur du service de santé du 16e corps d'armée, a été placé, à compter du 6 janvier 1925, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

Déclaration des maladies contagieuses. — Le 3e paragraphe de l'article 1er du décret du 15 octobre 1923 est modifié ainsi qu'il suit :

1re *partie.* — Maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires :

1° Les fièvres typhoïdes et parathyphoïdes ;
2° Le typhus exanthématique etc.

Le reste sans changement.

Concours pour la nomination d'internes en médecine à l'Hospice départemental Paul-Brousse. — Un concours pour la nomination d'internes en médecine (dont un affecté au service de chirurgie de l'établissement) et la désignation d'internes provisoires à l'Hospice départemental Paul-Brousse, s'ouvrira le lundi 23 février 1925.

Nécrologie. — Dr Adenot, de Lyon. — Dr Charles Diot, de Lyon. — Dr Crock, de Gand.

Assistance publique. — Les dispositions du règlement sur le service de santé relatives à l'organisation du concours d'ACCOUCHEUR DES HOPITAUX sont modifiées ainsi qu'il suit :

Article 226. — Le Jury du concours pour les places d'accoucheur des hôpitaux se compose de 7 membres ; 5 accoucheurs, 1 médecin et 1 chirurgien, tirés au sort parmi les accoucheurs, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les accoucheurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, non encore titularisés comme chefs de service mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

Article 227. — Les épreuves du concours d'accoucheur des hôpitaux sont réglées comme suit :

ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

1°) *Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et physiologie.* Il est accordé 3 heures pour cette composition.

2°) *Une composition écrite anonyme sur un sujet d'accouchement.* Il est accordé trois heures pour cette composition.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et est maintenu jusqu'à la fin des épreuves d'admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux accoucheurs des hôpitaux désignés par le sort. Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies de la même épreuve sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en main les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites au dessous du numéro de la copie par le représentant de l'Administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

3°) *Une épreuve clinique* sur une femme enceinte, en travail ou récemment accouchée. Il est accordé au candidat 15 minutes pour l'examen de la malade et 10 minutes pour la dissertation orale devant le Jury après 10 minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves d'admissibilité, est fixé ainsi qu'il suit :

1re composition écrite anonyme........	30 points
2e composition écrite anonyme........	30 points
Epreuve clinique....................	30 points
Total..............................	90 points

CLASSEMENT DES CANDIDATS A LA SUITE DES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

A l'issue des épreuves d'admissibilité, le Jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les points obtenus aux épreuves écrites et à l'épreuve clinique.

Peuvent être seuls déclarés admissibles les candidats ayant obtenu un total de points égal aux deux tiers du maximum fixé ci-dessus, sans que, dans aucun cas, le nombre des candidats déclarés admissibles puisse être supérieur à 4 pour une place et 6 pour deux places.

Lorsque plusieurs candidats se trouvent classés *ex-æquo*, le jury se base pour donner la priorité d'abord sur le plus grand nombre des concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé *ex-æquo* avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux compositions écrites anonymes acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours, enfin sur l'ancienneté de doctorat.

EPREUVES DÉFINITIVES

Les épreuves définitives comprennent :

1) *Une épreuve de médecine opératoire* consistant en deux opérations sur le cadavre.

2° *Une consultation écrite sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale ou sur un enfant nouveau-né.*

SIROP GUILLIERMOND
IODO-TANNIQUE

AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES, AFFECTIONS PULMONAIRES CHRONIQUES
LYMPHATISME, GOITRE, DERMATOSES, ALBUMINURIE

DOSES : 2 à [illegible] cuillerées à bouche, à dessert ou à café suivant l'âge

PRESCRIRE :
SIROP GUILLIERMOND, un flacon

ÉCHANTILLON GRATUIT SUR DEMANDE :
G. DEGLOS, 131, Rue de Vaugirard, PARIS

TONIQUE REMINÉRALISATEUR SANS ALCOOL

EXTRAIT DE CÉRÉALES (VITAMINES) ADRIAN

ADULTES 4 Cuillerées à soupe par jour.
ENFANTS 4 — à dessert —

LIQUIDE ou GRANULÉ

TROUBLES DE LA CROISSANCE
LYMPHATISME — ANÉMIE
MALADIES DE NUTRITION AIGUES ou CHRONIQUES

9, Rue de la Perle, PARIS.

PRODUITS ADRIAN
9 Rue de la Perle PARIS

R. C. Seine 43 907

Comprimés à 0gr50 de

FORMINE-ADRIAN

SYNONYMES : *Héyaméthylene-Tetramine, Urotropine, etc.*

le MEILLEUR ANTISEPTIQUE des VOIES URINAIRES, BILIAIRES et INTESTINALES

Produit créé dès 1894 dans les laboratoires de la Maison ADRIAN et Cie et depuis imité par les Allemands sous divers noms
Voir : Formulaire des Nouvaux Remèdes 13e Edition, page 76.

Sté FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES ADRIAN et Cie, 9, rue de la Perle, Paris

---

TUBERCULOSE PULMONAIRE — EMPHYSEME — ECZEMA — PALUDISME
Traitement spécifique et abortif de la **SYPHILIS**

ARRHÉNAL ADRIAN

Gouttes	dosées à 2 milligr....	10 à 20 par jour (en deux fois).	
Ampoules	— 50 —	1 à 2	—
Granules	— 1 centigr. . .	1 à 3	—

9, rue de la Perle PARIS

SULFURINE LANGLEBERT
BA[...] SULFU[...] SANS [...]
Hygiénique, Fortifiant, Antirhumati[...]
Agent puissant contre l'Obésité.



SOUPLESSE et BEAUTÉ de la P[...]
Peut être pris chez soi, sans baignoire spéciale
VENTE : *Dans toutes Pharmacies.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En ampoules de 15-30-60 grammes.

CHLOROFORME ADRIAN
SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ
POUR L'ANESTHÉSIE

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le CHLOROFORME ADRIAN est d'une conservation indéfinie.

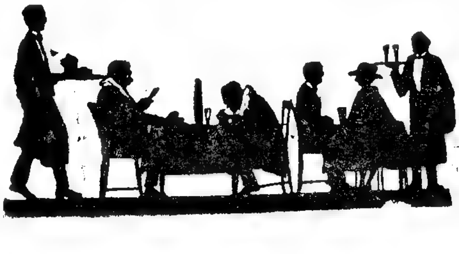
VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

POUDRES DE VIANDE ADRIA[N]

Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nut[rition]
[...] sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
En boîtes de 125, 250, 500 grammes et 1 kilogramme :

Flacon et 1/2 Flac. **SUC DE VIANDE ADRIAN** 9, r[...]

Une cuillère à bouche équivaut à 125 grammes de viande



DIASTO-PEPSINE RICHEPIN

Pepsine - Pancréatine - Diastase. — Digèrent tout.

Reposent le FOIE et le PANCREAS

Échantillon gratuit au Corps Médical, 84, Boul. de Clichy, PARIS

Il est accordé au candidat 15 minutes pour l'examen de la malade et 45 minutes pour la rédaction de la consultation. Cette consultation est lue immédiatement par le candidat devant le jury.

3° *Une épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes, en travail ou récemment accouchées.*

Il est accordé au candidat trente minutes, dont il peut disposer, à son gré pour l'examen de ces deux malades et vingt minutes pour exposer devant le jury le résultat de ses investigations, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves définitives, est fixé ainsi qu'il suit :

Médecine opératoire	20 points
Consultation écrite	20 points
Epreuve clinique	30 points
Total	70 points

Classement des candidats a la suite des épreuves définitives

A l'issue des épreuves définitives les candidats sont classés suivant le total des points obtenus aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves définitives.

Les candidats classés *ex-æquo* pour la ou les dernières places sont soumis à une épreuve clinique supplémentaire subie dans les conditions prévues pour l'épreuve clinique des épreuves d'admissibilité.

A la suite de cette épreuve un classement définitif est établi par le Jury. Si des candidats se trouvaient de nouveau *ex-æquo*, leur classement serait effectué suivant les règles fixées ci-dessus pour le classement des candidats se trouvant *ex-æquo* à la suite des épreuves d'admissibilité.

Mesures transitoires

Par mesure transitoire, les candidats reconnus admissibles définitifs dans les conditions fixées par l'arrêté des 6 mai-10 juin 1921 sont admis à prendre part en surnombre aux épreuves définitives.

Si l'un d'eux participe à ces épreuves la cote est ramenée à zéro à la suite des épreuves d'admissibilité.

Ces candidats ne conserveront le bénéfice de l'admissibilité définitive que pour les concours auxquels ils étaient autorisés à prendre part en vertu des dispositions de l'arrêté des 6 mai-10 juin 1921 précité. Ils pourront toutefois être admis à prendre part aux concours ultérieurs dans les mêmes conditions que les autres candidats.

Faculté de Médecine — Paris — Sont promus, de la 3e à la 2e classe, MM. les professeurs Sébileau, Léon Bernard, Duval, J.-L. Faure et Cunéo.

— Un congé de six mois, à dater du 1er novembre 1924, a été accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Nicolas, professeur d'anatomie.

— Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Lavier, préparateur à la Faculté,

— Alger — Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, a été accordé, sur sa demande, à M. Laffont, agrégé.

— M. le docteur Ferrari est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions d'agrégé (anatomie).

— Bordeaux. — M. le docteur Monties est nommé chef de clinique d'électricité médicale.

— Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Jeanneney, agrégé.

— Montpellier. — Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Turchini, agrégé.

— Strasbourg. — Un congé d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Duverger, professeur.



BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Abon. : 40 fr. ; le n° 3 fr. Boivin, éditeur 5 rue Palatine, Paris. Sommaire du n° du 30 décembre 1924 : Marion : L'agriculture et les classes rurales au XVII[e] et XVIII[e] siècle (I). — E. Vermeil : La musique de J.-S. Bach et la civilisation allemande au début du XVIII[e] siècle (I). — A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (VII). — P. Cloché : L'Italie (I). — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son « Journal » (VIII). — Villat : Napoléon Empereur (I). — P. Moreau : Chateaubriand et l'Amérique (III).

Consultations de Thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens par le Dr H. Villard, professeur agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de Médecine de Montpellier. 1 volume de 184 pages. (Masson et Cie, éditeurs). Prix 10 fr.

On ne trouvera pas dans cet ouvrage une énumération complète de tout ce qu'il est possible de tenter dans tel ou tel cas mais on y trouvera tracée d'une façon précise une ligne de conduite très nette permettant de savoir point par point et dans toutes les circonstances, exactement ce qu'il faut faire et rien que ce qu'il faut faire. L'auteur ne conseille qu'un nombre relativement restreint de médicaments, choisis parmi ceux qu'il a lui-même expérimentés et qu'il estime être les plus efficaces.

Précis de Clinique sémiologique (diagnostics, pronostics et traitements) par Gaston Lyon, 1 volume de 700 pages. (Masson et Cie, éditeurs). Broché : 22 fr. Cartonné : 28 fr.

Comme l'indique le Dr Lyon dans l'Avertissement, il a tenté de « *débrouiller* » le malade, ainsi qu'on le fait à l'hôpital, de procéder de « concert avec le débutant » à l'interrogatoire, à l'examen, en adoptant l'ordre logique, c'est-à-dire topographique, ce qui donne à l'ouvrage sa note essentiellement clinique.

Tous ceux qui ont travaillé dans le « Traité élémentaire de thérapeutique clinique », qui l'ont apprécié, et ils sont nombreux en France et à l'étranger, voudront connaître ce nouvel ouvrage de l'auteur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Le poumon, par Maurice Letulle, in-8°, 800 p. cartonné : 300 fr. Maloine.

Nouveau traité de médecine. fasc. V. T. 1 : 2e éd. **Maladies infectieuses et parasitaires** (fin) 452 p., 196 fig. cart. : 40 fr. Masson.

Spirochétoses respiratoires stomatogènes, par Delamare. 146 p. 7 fr. Masson.

Physique et métaphysique de la vie. Esquisse d'une interprétation synthétique des phénomènes vitaux, par Rémy Collin. in-16, 104 p. 4 fr. Doin.

Anatomie des membres, par Ch. Dujarier, 2e édit. 422 p., 58 pl. hors texte, 9 fig. : 45 fr. Masson.

Manuel de l'infirmière hospitalière. 9e éd. refondue, 756 p., 374 fig., 3 pl. : 15 fr. Masson.

Catalogue des manuscrits de médecine médiévale de la Bibliothèque de Bruges, par A. de Poorter, in-8°, 36 p. : 4 fr. Champion.

Contribution à l'étude du Kyste hydatique en Afrique du Nord. L'Echinococcose au Maroc, par J. Barotte et H. Velu, in-8°, 52 p. : 5 fr. 50. Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale.

La Source rouge, par Luc Durtain. Prix Charles Richet 1924. 1 vol. 7 fr. 50. Nouvelle Revue française.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Route d'hiver des Alpes.

Avec ses monts couverts de neige, la Chaîne des Alpes offre en hiver un attrait tout particulier. Aussi les touristes, désireux de contempler ce spectacle incomparable, apprendront-ils avec plaisir que la compagnie P. L. M. organise, du 18 janvier au 16 mai 1925, de nouveaux services automobiles permettant de parcourir « La route d'hiver des Alpes » de Nice à Aix-les-Bains Mont-Revart et vice versa.

Ces services qui comporteront 3 étapes : Nice-Digne Digne-Grenoble et Grenoble-Aix-les-Bains Mont-Revard, fonctionneront du 18 janvier au 17 février chaque jeudi au départ de Nice, chaque dimanche au départ d'Aix-les-Bains.

A partir du 18 février, un second départ aura lieu le dimanche, de Nice, jusqu'au 14 mai, le mercredi d'Aix-les-Bains jusqu'au 10 Mai.

Les voitures assurant ces Services seront des cars-limousines chauffés à 14 places dont 9 couvertes.

Pour tous renseignements sur ces Services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P. L. M. de renseignements.

NOTE IMPORTANTE

Vu l'extension de ses affaires le cabinet Simon et Chossat ne peut continuer à fournir tous les renseignements qui lui étaient demandés concernant la jurisprudence médicale, questions de loyers, fiscales, etc.

En conséquence, le Cabinet Simon et Chossat s'est assuré le concours d'un avocat à la Cour d'Appel de Paris, qui répondra à toutes demandes de renseignements. *Renseignements qui seront fournis à titre entièrement gratuit à notre clientèle.*

Libeller l'adresse de la façon suivante :

« Cabinet SIMON & CHOSSAT »
(Service Juridique)
83, boulevard Saint-Michel, PARIS.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

Fondé en 1873. — N° 4. Le Numéro : 50 Centimes 24 JANVIER 192

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de pharmacien des hôpitaux.* — Epreuve pratique : *Séance du 14 janvier* : MM. Chartier 14, Chéramy 17, Cheymol 12, David 14, Poirot 18.

Epreuve écrite : *Séance du 15 janvier* : Questions posées : Pharmacie ; Préparations galéniques de digitale et de digitaline. Chimie. Des nucléoprotéides. Histoire naturelle : Structure morphologique de la cellule végétale.

Ont obtenu : MM. Chéramy 3, Cheymol 30, David 28, Poiroit 34.

M. Chartier *s'est retiré.*

Epreuve verbale : *Séance du 19 janvier* : Questions données : Des glucosides cyanhydriques de la série de l'amygdaline sérum antidiphtérique. MM. Cheymol, 12, David 10, Poirot 15.5, Chérany 15.

Concours des prix de l'internat. — A. Chirurgie et accouchements. Epreuve orale : *Séance du 5 janvier* : Question donnée : Anévrysmes artério-veineux des membres. MM. Metzger M. Welti 18.

Epreuve écrite. — *Séance du 16 janvier* : Question données. — Nerf lingual (anatomie et physiologie). Kystes et fistules tractus thyréo-glosse. M. Welti 28.

M. Metzger s'est retiré.

A la suite de ce concours, la médaille d'or est attribuée à M. Welte.

B. Médecine : Jugement des mémoires : *Séance du 15 janvier* : MM. Basch 29, Bernard 29, Hillemand 29, Lelong 29, Marchal 29, Oury 29, Turpin 29.

Epreuve orale : *Séance du 19 janvier* : Question donnée : Paralysies diphtériques. MM. Bernard 19, Marchal 18, Basch 17.

Les autres candidats se sont retirés.

Concours de l'internat de Brévannes, Ste-Périne et Heudaye. — Composition du Jury : MM. les docteurs Troisier, Cain et Métivet.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses. 19 *janvier.* — M. Yorgandjis (J.). Le décollement épiphysaire au cours de l'ostéomyélite de la hanche. — M. Pignot (Albert). Le traitement préventif des blennorragies. — M. Larget (P.). Le traitement chirurgical des ulcères chroniques. — M. Girod (L.). La sténose pylorique par calculs biliaires. — M. Jeulin (Ch.). Etude de l'anévrisme de l'aorte abdominale.

20 *janvier.* — M. Thibault (R.). Etude critique des accidents de la première dentition. — Mlle Le Goff. Sur l'angine de Vincent. — M. Falroz (A.). Traitement des adénites chancrelleuses. — M. Ricard (R.). Les cristaux de Charcot-Leydén. M. Lallemant (A.). Pronostic et traitement de l'insuffisance cardiaque du vieillard. — M. Fournier (R.). A propos de quelques cas de pyélonéphrite de l'enfance.

M. Ledoux. Etude de l'hystérectomie abdominale totale. — M. Cassiopoulos (Ph.). Etude de la névrose des fibromes de l'utérus. — M. Chappaz (G.). Etude éyoscopique sur le mécanisme de la traversée placentaire. — M. Gence (R.). Fracture de l'epitrochlée. — M. Bourquin. Etude sur l'amélioration du régime des aliénés.

22 *janvier.* — Sazias (M.). Thyroïdectomie dans le syndrome de Basedow. — M. Terzian (T.). Le tétrachlorure de carbone comme anthelminthique. — M. Angot. De la métatarsalgie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président ; Claude, Panisset, Barrier et Robin. — M. Pilouchart. Du hurlement rabique. — M. Forgeot. La paralysie infectieuse du cheval.

M. Pagnon. Etude générale du traitement des plaies (traitement sérique). M. Dumas. L'entérite coccidienne des bovidés en Bourbonnais.

Faculté de Lyon. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 17 janvier 1925, la chaire de chirurgie opératoire de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

IVe Congrès international de Thalassothérapie (Arcachon, 22-25 avril 1925.) — L'activité déployée par les organisateurs a déjà résolu l'importante question des rapports et des rapporteurs. Conformément aux Statuts des Congrès internationaux de Thalassothérapie un seul sujet est mis à l'ordre du jour, par les soins du comité permanent de l'Association. Au Congrès d'Arcachon se discutera : ***Le traitement marin du rachitisme.***

Pour tous renseignements, s'adresser soit à M. le Docteur Léo, secrétaire général de l'Association de Thalassothérapie, à Paris, soit, mieux encore à M. le Docteur Chauveau, secrétaire général du Congrès, villa la Rouvraie, Arcachon.

Hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye. — ***Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.*** — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire et de quatre internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours, qui comporte une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 19 février 1925, à 9 heures du matin à l'hôpital.

Sont admis à concourir les candidats justifiant de leur qualité d'étudiant de 4e année ou de celle d'externe muni de neuf inscriptions. Ils ne devront pas être âgés de plus de 28 ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital.

Amphithéâtre d'anatomie. — (M. le Professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — *Avis.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie du tube digestif, du foie et des voies biliaires), en dix leçons, par M. le Docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 16 mars 1925, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 francs. — Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

— *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les Docteurs Paul Truffert, Henri-P. Chatellier, Pierre Winter, Pierre Cornet, commencera le lundi 2 mars 1925, à 14 heures et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire, 17, rue du Fer à-Moulin.

Le service de santé dans l'Afrique équatoriale française. — M. Robaglia, député, a posé à M. le ministre des Colonies les questions suivantes : 1° Quel est le nombre des médecins hors cadres du corps de santé colonial en service en Afrique équatoriale française ? Combien d'officiers subalternes ? (*Question du* 29 *décembre* 1924.)

Réponse. — Le nombre des médecins du corps de santé colonial présents en Afrique équatoriale française, en y comprenant 8 médecins aides-majors recemment sortis de l'école de Marseille, qui sont en cours de route, est de 42, ainsi répartis : 4 médecins du service général, dont 2 officiers supérieurs ; 4 médecins des troupes, dont 1 officier supérieur ; 34 médecins hors cadres, dont 9 officiers supérieurs. Les médecins des troupes et du service général participent aux services d'assistance et de trypanosomiase.

2° Combien sont en service à Brazzaville ?

Réponse. — 2 à la direction du service de santé (service général ; 2 à l'hôpital (service général) ; 2 à l'institut Pasteur ; 1 chef du service de santé du Moyen-Congo (hors cadres) ; 1 médecin mobile à la circonscription du Pool (hors cadres) ; 1 médecin mobile du chemin de fer (hors cadres) ; 1 médecin à l'assistance médicale (hors cadres).

3° Combien dans les secteurs ?

Réponse. — A la date du 1er décembre 1924 sur 12 secteurs de maladie du sommeil, 7 étaient pourvus de médecins.

4° Combien de secteurs sont dépourvus de médecins ?

Réponse. — L'arrivée des 8 aides-majors en cours de route va permettre de pouvoir la totalité des secteurs. (*J. O.* 18 janvier 1925).

Guerre. — Les élèves de l'École du Service de santé dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, et par le même décret sont promus au grade de médecin aide-major de 1er classe, pour prendre rang, sans rappel de solde, du 31 décembre 1923 :

MM. Chavialle et Sauvaget (G. M. P.), Fulcrand (hôpitaux de Lyon).

Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire dont les noms suivent.

MM. Vuillaume (hôpitaux de Lyon), Gallois (G. M. P.), Villemin (hôpital de Toulouse), Noyer (hôpitaux de Lyon), Perrin (hôpital de Lille), Zumbiehl (G. M. P.), Finance (hôpital de Strasbourg), Charbonnier (G. M. P.), Robin et Pruvost (hôpitaux de Lyon), Jaulmes (hospice de Montpellier), Gelis (hôpital de Toulouse), Bolzinger (hôpital de Strasbourg), Mercier (hôpital Sédillot, à Nancy), Debenedetti et Germain (G. M. P.), Estival (hôpital de Bordeaux), Pascal (hôpital de Lille), Reissier (G. M. P.). Vidal hôpital Maillot, à Alger). Mazeyrié (G. M. P.), Silie (hôpital Sédillot, à Nancy), Roucaute hôpital de Bordeaux), Jabot (hôpital Sédillot, à Nancy), Lachaise (hôpital de Lille). Jammes et Brousses (hôpital de Bordeaux), Bellet G. M. P.), Chauzy (hôpital Maillot, à Alger), Maulin (hôpital Sédillot, à Nancy), Passager, Party et Peyré (hopital de Bordeaux), Broussolle (hôpital de Strasbourg(, Tricoire (hôpital Sédillot, à Nancy), Dinichert (G. M. P.).

Ecole du service de santé militaire. — Le *Journal officiel* du 16 janvier publie une longue circulaire relative à l'admission en 1925 à l'Ecole du Service de santé militaire.

Le concours s'ouvrira le 8 juillet 1925, à 8 heures.

Les candidats devront se faire inscrire a partir du 12 mai.

La liste d'inscription sera close le 7 juin prochain au soir.

Les demandes de bourses seront déposées dans les préfectures du 12 mai au 15 juin inclus.

Muséum d'Histoire Naturelle. — M. Mangin, membre de l'Institut, professeur de la chaire de botanique au Muséum national d'histoire naturelle, est nommé directeur de cet établissement pour une nouvelle période de cinq ans.

Hôtel-Dieu. — Gynécologie médicale. — M. Paul Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le mercredi 21 janvier, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants, salle Saint-Charles.

Psycho-physiologie. — Un laboratoire de psycho-physiologie appliquée a été ouvert à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique. Il comprend cinq sections : 1. Pathologie et médecine légale psychiatrique (Dr Ley) ; 2. Psychologie de l'enfant (Dr Decroly) ; 3. Psychopédagogie (M. Jonckheere) ; 4. Orientation professionnelle (M. Christiaens) ; 5. Psycho-physiologie du travail (Dr Sollier).

Nécrologie. — Dr Reverchon. — Professeur Testut. — Dr Léon Bierrent, d'Hellemes-Lille.

TRAVAUX ORIGINAUX

La schizophrénie

Par A. BOREL

Le terme de schizophrénie a été proposé en 1911 par BLEULER pour désigner la démence précoce (1). Ce néologisme, dans l'esprit du professeur de Zurich, devait marquer d'une façon plus précise ce qui fait le point essentiel de l'affection. Schizophrénie (en grec σχίζειν : diviser, dissocier) peut en effet être traduit par : dissociation psychique. Et c'est bien là le centre de la conception de Bleuler : Au lieu de considérer la démence précoce comme une démence au sens littéral du mot, c'est-à-dire comme un état stable et définitif de déficit psychique, cet auteur y voit plutôt une dissociation entre des différentes facultés psychiques qui, *conservées individuellement*, n'ont plus entre elles la synergie qui assure leur jeu régulier et normal. Il y a loin, comme on peut le voir, de cette théorie aux conceptions généralement admises. On sait, en effet, que la plupart des aliénistes contemporains sont restés fidèles à la description de Kræpelin, maintenant devenue classique, et considèrent avec lui la démence précoce comme une psychose « essentiellement caractérisée par un affaiblissement intellectuel à marche rapide, survenant en général dès l'adolescence et se terminant le plus souvent par l'anéantissement de toute activité mentale » (Sérieux). KRÆPELIN admettait trois formes principales : l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde. Très dissemblables les unes des autres au point de vue symptomatique, ces formes se réunissaient par un caractère commun : leur terminaison identique : au bout d'un certain temps, plus ou moins long à la vérité, dans chacune des trois formes, il se produit un état de déficit psychique particulier, généralement rapidement constitué : d'où le nom de l'affection. On voit donc que, dans la théorie de Kræpelin, ce qui faisait l'unité de la maladie, malgré les diverses modalités symptomatiques, c'était la notion d'évolution.

Or, sans parler des discussions motivées par l'extension excessive donnée à certaines formes (à la forme paranoïde en particulier), divers auteurs avaient fait remarquer que l'affaiblissement intellectuel observé au cours de la démence précoce est très souvent beaucoup moins marqué que ne le voudrait la théorie. Il peut même parfois rester presque insensible malgré une très longue évolution. Des rémissions, d'autre part, surviennent, rarement sans doute, mais qui amènent une telle régression des symptômes qu'elles semblent de véritables guérisons. Enfin l'étude plus approfondie de l'état démentiel spécial des déments précoces, donnait à penser à certains, avant même les travaux de Bleuler, que peut-être le terme de démence n'était pas toujours approprié.

Parmi la vaste classe de malades que l'on réunit sous cette appellation en effet, s'il en est qui nécessitent véritablement l'épithète de déments, bien plus nombreux sont ceux pour lesquels cette désignation apparaît discutable. Naturellement, il y a des cas typiques où l'affection débute dans l'adolescence et aboutit rapidement à la déchéance intellectuelle. Ces cas, l'aliéniste français MOREL dès 1857 (2) les avait parfaitement isolés et c'est à lui qu'il faut remonter pour en trouver les premières descriptions. Il s'agit alors de jeunes sujets donnant souvent de brillantes espérances, que l'on voit en quelques mois tomber dans l'apathie et l'inertie. Bientôt surviennent des tics bizarres, des grimaces, des stéréotypies des mots et des gestes, des propos incohérents ou curieusement maniérés, une variabilité déconcertante de l'humeur, des impulsions soudaines et que rien ne paraît motiver une indifférence enfin progressivement accentuée ainsi que le négativisme. Le tableau clinique est complet et l'état se prolonge indéfiniment accompagné ou non de manifestations catatoniques. On a bien ici l'impression d'être devant une démence vraie. Mais voici maintenant d'autres malades, et tout aussi nombreux, devant lesquels on reste plus hésitant. D'abord l'affection peut n'être apparue que dans l'âge mûr, à 40 ans, à 50 ans même. D'autres fois au lieu de la marche rapide caractéristique, nous assistons à une évolution particulièrement lente, si bien que la maladie paraît s'arrêter à son stade de début, et s'y fixer. Sans doute, on retrouve à l'analyse des symptômes, certains signes, plus ou moins accentués d'ailleurs, de la série hébéphrénique ou catatonique. Mais l'affaiblissement intellectuel qui paraît évident dans le premier cas, ne semble plus aussi net. L'interrogatoire donnera lieu aussi bien à des réponses peu cohérentes, absurdes même, qu'à des réflexions judicieuses, et souvent remarquablement adaptées. Tel problème, tel raisonnement demandant un effort mental appréciable sera correctement exécuté un jour, ne le sera pas le jour suivant.

Explore-t-on la mémoire de ces malades ? On est tout surpris de la trouver intacte avec seulement ce même caractère : tel souvenir qui s'évoquera à tel examen, ne s'évoquera pas à tel autre. Souvent même à la suite d'une phase catatonique, alors qu'un sujet donnait l'impression d'inconscience absolue, on est étonné de constater que, même pendant cette période, sa mémoire a enregistré de multiples souvenirs, et qu'il se trouve capable de raconter, une fois la crise passée, les menus faits dont il a été le témoin durant ce laps de temps. Cependant, même dans les meilleures périodes, le comportement reste toujours bizarre. Ce sont des sourires sans motifs, des grimaces, des stéréotypies des mots ou des gestes, de l'inertie, alternant avec une activité mal ordonnée. Des délires le plus souvent mobiles et passagers peuvent même venir s'adjoindre à ce cortège symptomatique. Mais le malade les exprime sans cette conviction absolue et dominatrice si caractéristique des délires chroniques systématisés. On sent qu'il ne les intègre pas entièrement dans sa vie. L'ensemble de toutes ces manifestations donne alors un aspect composite : une intrication curieuse des phénomènes morbides et des phénomènes normaux sans qu'il soit possible de trouver une règle à cette association. Tantôt ce sont les premiers qui dominent, tantôt les seconds. Tantôt l'inertie, l'aboulie ou l'incohérence sont assez accentuées pour donner au sujet un aspect démentiel : tantôt la scène change et l'activité psychique apparaît évidente et presque logiquement ordonnée. L'impression parfois est si forte que l'on va jusqu'à penser à la possibilité de simulation.

On comprend que dans ces conditions l'épithète de dément pris au sens propre et littéral du mot : affaiblissement intellectuel définitif, puisse paraître contestable. Ce n'est pas par déficit psychique que ces malades se comportent comme on les voit faire, puisque ce déficit n'est pas permanent et que des opérations mentales élevées, nécessitant des processus intellectuels difficiles, restent possibles, et sont en effet correctement effectuées de temps en temps. Ce contraste si curieux, ces alternatives de comportement démentiel et d'activité cohérente, avait d'ailleurs frappé, même avant les travaux de BLEULER, plusieurs observateurs. Pour caractériser cet état on avait parlé d'ataxie intra-psychique (STRANSKY), de dysharmonie (URSTEIN) et discordance (CHASLIN).

Henri CLAUDE, en 1910, avait insisté sur la « dissociation » manifeste dans les processus psychiques, « dissociation telle, disait-il, qu'à côté des signes traduisant une défaillance certaine de l'intelligence, on constate, par instant, des signes d'une activité psychologique parcellaire pour ainsi dire, aboutissant à des manifestations qui contrastent réellement avec l'expression générale du psychisme de l'individu. »

(1) BLEULER. — La démence précoce ou groupe des schizophrénies, 1911.

(2) MOREL. — Etudes cliniques, 1857.

C'est précisément ce contraste qu'allait essayer d'expliquer la théorie de la schizophrénie. Reprenant l'étude de la démence précoce, et en analysant minutieusement les symptômes, Bleuler dans un livre remarquable apporta une « interprétation nouvelle » et comme on le verra infiniment originale. Nous le disons déjà au début de cet article, il ne considère plus la démence précoce comme une « démence vraie » mais comme un état avant tout caractérisé par une dissociation, une dislocation même, des fonctions psychiques. Il n'y a pas de diminution, de déficit de chacune de ces fonctions prises individuellement. Ce qui est troublé c'est leur coordination en vue d'une action efficace, ou si l'on veut c'est leur adaptation aux circonstances extérieures. Et pour expliquer ce fait, Bleuler se sert de l'expression : « perte du contact vital avec la réalité ». Le schizophrène en effet ne répond pas, ou répond mal aux incitations venues du dehors. Il n'est pas touché par tel ou tel événement qui normalement devrait amener une réaction ; ou bien si telle réaction se produit elle est le plus souvent paradoxale, disproportionnée ou de sens contraire à ce que l'on était en droit d'attendre. L'explication en est à ce que le malade reste inattentif ou insensible à ce qui se passe autour de lui. Il est « dissocié » et son psychisme peut être considéré comme divisé en deux parts : « un noyau profond ayant perdu tout contact avec la réalité, et une couche superficielle qui l'entoure » (Minkowski). Le schizophrène vit donc dans un monde à part, monde intérieur, dans son « autisme » selon l'expression de Bleuler, et toutes les manifestations morbides proviendront de ce fait : dissociation entre les deux parts du psychisme qui, normalement, s'entrepénètrent et jouent harmonieusement, qui ici vivent séparément, avec par conséquent prédominance de l'action du noyau profond. On conçoit en effet que les réactions de l'individu ainsi désagrégé puissent offrir un caractère d'étrangeté, d'inadaptation très particulier, et qu'absorbé dans son monde intérieur, son « autisme », le malade ne fasse plus à telle ou telle excitation que des réponses incorrectes, ou même incohérentes. Toute la symptomatologie si discordante des déments précoces s'éclaire alors, sans qu'il soit besoin de faire intervenir un déficit psychique. Les irrégularités constatées, les variations si fréquentes d'un examen à l'autre, deviennent également plus compréhensibles. Aucune fonction simple n'étant altérée, on comprend les alternatives de cohérence ou d'incohérence que nous signalions plus haut. Finalement si l'on cherche ce qui, au point de vue objectif, caractérise l'état mental du schizophrène, on verra qu'il y a trois signes cardinaux : le trouble des associations d'idées, entraînant une perte de la valeur pragmatique de la pensée, les troubles de l'affectivité, et enfin « l'ambivalence », c'est-à dire la tendance à marquer toute manifestation psychique à la fois d'un signe positif et d'un signe négatif, ou, ce qui revient au même, la tendance à désirer et repousser la même chose en un même instant. Le schizophrène n'est donc pas un dément. Il peut en avoir toutes les apparences. Et s'il se comporte comme tel, c'est parce qu'il vit dans un autre plan que l'individu normal, c'est qu'il reste plus ou moins absorbé dans son « autisme », lui-même régi par des complexes affectifs selon la conception de Freud.

Si le processus même de la schizophrénie est unique et constant, les aspects cliniques de la maladie sont variés. Et Bleuler admet des formes symptomatiques qui d'ailleurs sont les mêmes que les trois formes de la description de Kraepelin. Toutefois il en ajoute une quatrième et divise aussi l'affection en : hébéphrénie, catatonie, forme paranoïde et enfin, la schizophrénie simple. Il insiste assez peu sur cette dernière forme qui se compose presque toujours de cas trop peu intenses pour donner lieu à un internement. Il s'agit là en somme de sujets chez lesquels existe bien la dissociation schizophrénique, mais *presque à l'état latent*, et qui sont susceptibles de vivre à l'extérieur, plus ou moins bien adaptés sans doute et peu capables d'actions efficaces. Les autres représentent la masse des déments précoces d'asiles. Seulement, plus extensif encore que Kraepelin, Bleuler fait entrer dans sa schizophrénie nombre d'états mentaux que la plupart des aliénistes considèrent comme étrangers à la démence précoce. C'est ainsi qu'il absorbe au profit de son affection la plupart des délires systématisés, certains cas de manie et de mélancolie, le syndrome de Cotard entre autres, la plupart des confusions hallucinatoires, les psychoses hystériques, etc... Enfin, dans sa schizophrénie simple, il range « tout ce que l'on a mis sous la bannière de la psychopathie, de la dégénérescence, de la folie morale... » et ajoute-t-il : « peut-être aussi et c'est le plus grand nombre, de la santé ».

Les idées de Bleuler ont mis longtemps à pénétrer en France. Il est vrai que son livre, rédigé en allemand, n'a pas été traduit. D'excellentes analyses en furent faites, en particulier par Trenel (1), et dans ces dernières années, un commentaire critique extrêmement intéressant en fut donné par Minkowski (2). Mais, quelque originale que fût cette conception, elle ne pouvait échapper à plusieurs reproches dont le principal était son extension démesurée. Le reproche avait déjà été fait à Kraepelin. Il apparaissait plus justifié encore pour la schizophrénie. Les aliénistes français ne pouvaient admettre le groupement dans une seule entité d'affections aussi diverses que celles que nous avons citées tout à l'heure. Il ne s'agissait plus d'une maladie nettement caractérisée, bien délimitée, mais d'un vaste genre englobant presque la moitié des affections étudiées en psychiâtrie.

Il y avait pourtant dans l'œuvre de Bleuler des notions neuves, d'une extrême originalité, et nous avons essayé de le montrer, qui apportaient enfin une explication à certains états jusqu'alors énigmatiques. C'est pourquoi, reprenant les idées maîtresses de cette théorie, l'Ecole de la Clinique Ste Anne, sous la direction du prof. Henri Claude, s'est efforcée, dans ces dernières années, de la réduire à de plus justes proportions. S'élevant d'abord contre l'extension excessive de Bleuler, l'Ecole de la Clinique Ste Anne admet la réalité du processus schizophrénique, mais ne pense pas qu'il puisse être invoqué dans tous les cas. Beaucoup d'aliénés peuvent être considérés, en effet, comme ayant perdu « le contact vital avec la réalité ». Il ne suit pas de là que ce fait soit primordial. Il peut fort bien n'être qu'une conséquence, un aboutissement. Tout dément, tout délirant, pourrait jusqu'à un certain point être envisagé sous cet aspect. Mais la perte de contact est alors un résultat, un phénomène secondaire. Il est des cas, au contraire, où il devient l'élément primitif et où toutes les manifestations dérivent de là. C'est à ces cas seuls que l'Ecole de la Clinique Ste-Anne réserve l'épithète de schizophrénie (3).

D'ailleurs il y a de nombreuses différences entre les deux groupes de malades ainsi établis. Les premiers que l'on pourrait appeler les déments précoces vrais, ne relèvent pas du processus schizophrénique, et s'ils aboutissent à la perte du contact vital avec la réalité, c'est seulement par déficit psychique. Ce sont ces malades, dont nous donnions tout à l'heure un tableau rapide, qui ont vraiment une démence rapide et complète. Ce sont eux que Morel avait en vue dans sa description, et l'on pourrait réserver pour les cataloguer le terme de D. P. type Morel. Ils se présentent sous l'une des trois formes décrites par Kraepelin : hébéphrénie, catatonie, D. paranoïde? L'affection est rapidement progressive et survient dès l'adolescence ou la jeunesse. Quant à sa nature encore très discutée, elle relèverait pour certains, d'une auto-intoxication, pour d'autres, elle devrait être rattachée aux mala-

(1) Trénel. — *Revue neurologique*, 1911.)
(2) Minkowski. — La schizophrénie. (In *Encéphale*, 1921.)
(3) H. Claude, Borel et Robin. — Démence précoce, schizomanie, *Encéphale*, 1924. — *Ibidem*. La constitution schizoïde, *Encéphale*, 1924.

dies dégénératives, et il est vrai qu'on la voit survenir souvent chez des individus à *hérédité chargée* : enfin des syndromes hébéphréniques et catatoniques ont été observés à la suite de maladies infectieuses aiguës (encéphalite épidémique par exemple). Dans tous ces cas on peut penser qu'il y a lésion des centres nerveux, et quoique l'anatomie pathologique n'ait fourni que des résultats encore très incomplets on doit considérer l'atteinte organique comme constante. L'affaiblissement intellectuel s'explique alors et il serait peu compréhensible qu'il n'existât pas.

Le second groupe au contraire se présente très différemment. Comme l'a admirablement montré Bleuler, les différentes fonctions psychiques sont conservées, mais à condition qu'on les prenne chacune *isolément*. Le malade n'est pas un dément vrai. Il est un *discordant*, un *dissocié*. C'est la synergie en vue d'un but réel qui fait défaut. Or lorsqu'on étudie l'état antérieur de ces malades, lorsqu'on peut avoir des renseignements sur leur comportement même avant leur maladie, on constate que dès leur enfance on pouvait retrouver chez eux un certain nombre de traits et caractères très particuliers. Dans un livre justement remarqué, KRETSCHMER (1), faisant une étude générale des caractères a proposé une division en deux grandes classes : les caractères, « schizoïdes » et les caractères « syntones ». « Ceux-ci représentent les sujets capables de vibrer à l'unisson de l'ambiance » ; ceux-là, les individus qui ne sont que peu touchés par les impressions extérieures et s'absorbent plus ou moins dans leur vie intérieure. Il y a sans doute quelque exagération à s'arrêter à une division aussi rigide. Mais le caractère dit « schizoïde » n'en est pas moins une réalité et c'est précisément parmi les sujets le possédant que se produisent les cas de schizophrénie. Chez les schizophrènes vrais (au sens de l'Ecole de Ste-Anne), se retrouve en effet toujours la tendance à fuir la réalité au profit de la vie intérieure. Dès l'enfance le sujet montre le plus souvent un penchant à la rêverie imaginative, un certaine indifférence à ce qui se passe autour de lui, et au contraire s'absorbe volontiers dans ses pensées, ou selon l'expression de Bleuler, dans son « autisme ». Un effort plus ou moins grand lui est ainsi nécessaire pour se mettre à l'unisson de l'ambiance. Et le sujet, par goût inné, par impuissance peut-être, choisit ce qui lui coûte le moins d'effort. Il réduit son activité pragmatique et s'enferme dans sa vie intérieure. Une véritable discordance s'établit aussi entre l'activité pragmatique et l'activité intellectuelle.

Que cette discordance soit modérée et tout se réduit à un simple travers de caractère. Nous aurons affaire au « schizoïde » de KRETSCHMER qui reste capable de vivre en société et d'y remplir un rôle en général effacé. Que l'évolution s'accentue au contraire et nous verrons apparaître le pathologique. Tantôt ce sera à la suite d'un choc ou mieux à la suite d'une série de chocs affectifs, tantôt à la faveur d'un état toxi-infectieux, tantôt, il faut bien le dire, sans cause cliniquement appréciable. Dès ce moment, l'adaptation à la réaltté cesse et des phénomènes de discordance, de de dissociation apparaissent : C'est ce que le professeur CLAUDE appelle l'étape schizomaniaque, caractérisée par tous les signes décrits par Bleuler, mais où le malade conserve la possibilité de voir regresser plus ou moins rapidement, plus ou moins complètement aussi son affection. Que l'évolution persiste au contraire, et au lieu d'une simple dissociation survient une véritable dislocation psychique. Le contact avec le monde extérieur n'apparaît plus qu'à l'état fragmentaire ou même ne s'effectue plus du tout. Absorbé dans son « autisme », le malade, devenu maintenant un schizophrène confirmé ne manifeste plus aucun intérêt à l'ambiance et semble même se désintéresser de sa propre existence. Il devient inerte et apathique. Ce n'est qu'à de rares moments qu'il est encore capable d'opérations intellectuelles élevées, prouvant ainsi que sous sa *démence apparente*, existe une activité psychique qui continue à s'effectuer. Il ne s'agit donc pas, même à ce stade, de démence vraie. Il s'en faut sans doute que les choses se passent toujours dans l'ordre rigoureux que nous venons d'indiquer. L'affection peut brûler les étapes ou, au contraire, s'arrêter et il n'est pas toujours facile de dire où l'une finit et où l'autre commence. Il y a en effet toute une série d'états se succédant sans ligne de démarcation bien nette, mais la notion schématique des trois stades peut être utile au point de vue pratique et, dans un sens général, répond à la réalité.

(1) KRETSCHMER. — *Charakter, und Körperbau*, 1921.)

***

Au cours de cette étude forcément un peu sommaire, nous nous sommes seulement attaché à montrer ce qui fait l'extrême originalité de la théorie de BLEULER, et le point de vue très nouveau qu'elle apporte en psychiâtrie. Nous avons rapporté ensuite les principales critiques dont elle fut l'objet. Nous avons enfin exposé l'usage que l'Ecole de la Clinique Ste-Anne a fait de ces conceptions. Restreintes, comme nous l'avons dit, il semble bien qu'elles commencent à être admises par de nombreux psychiâtres. Mais on voit combien sont différents les deux points de vue. Pour BLEULER, la démence précoce, ou groupe schizophrénie, représente une seule entité. La conception du professeur CLAUDE et de son école tend au contraire à ceci : La démence précoce classique n'est pas « une » et sous ce titre on a décrit des cas qui malgré une apparence symptomatique sont pourtant entièrement dissemblables, aussi bien par leur étiologie et leur pathogénie que par leur évolution et leur pronostic. C'est donc un véritable démembrement de la démence précoce qu'il faut envisager. Cette tâche — le démembrement de la démence précoce — n'est encore sans doute qu'à son début. Mais le fait d'avoir isolé, d'une part : ce que nous appelions tout à l'heure la forme de Morel, c'est-à-dire les cas de démence vraie survenant chez des sujets jeunes et dont l'évolution est rapidement progressive ; d'autre part les états schizomaniaques et schizophréniques, montre dans quelle voie on peut maintenant s'engager. Schizoïdie, schizomanie, schizophrénie, représenteraient alors les étapes d'une même affection constitutionnelle, celle-ci, qu'il ne convient plus de ranger dans le groupe de la démence précoce, puisqu'aussi bien il n'y a jamais là d'affaiblissement intellectuel vrai.

La fièvre de Malte chez l'enfant

(Un cas chez un enfant de 18 mois guéri en 20 jours par la vaccinothérapie)

Par le Dr H. ROZIÈS (d'Aups, Var)

Ex-interne des Hôpitaux de Montpellier.

Maladie de l'adolescent et de l'adulte, la fièvre de Malte est rare chez l'enfant. Dans leur communication au Congrès d'obstétrique et de pédiatrie d'Alger en 1907, GILLOT et LEMAIRE pouvaient indiquer que les sujets de un à douze ans ne constituaient que 7 pour 100 des cas observés. HAUSHALTER a publié un cas de mélitococcie chez un enfant de trois ans. (HAUSHALTER. Fièvre méditerranéenne chez un enfant de trois ans. *Province médicale*, 1908 p. 1) et WILLIAMS chez un nourrisson de quelques jours (Mediterranean fever infection in utero. *Journ. of the royal Army med. Corps*, 1904). L'observation que nous publions résumée aujourd'hui présente donc un double intérêt clinique : il s'agit d'un cas de mélitococcie chez un enfant de 18 mois et d'un remarquable succès à l'actif de la vaccinothérapie précocement instituée.

« J... L..., 18 mois, domicilié à R., sans antécédents per-

sonnels intéressants. Est soumis à une alimentation qui comprend, en tenant compte de la quantité qui entre dans la composition des bouillies, *un litre de lait de chèvre cru* dans les 24 heures. Le père qui mangeait quotidiennement du fromage de chèvre et de brebis est au 30e jour d'une mélitococcie qui résiste à la vaccinothérapie trop tardivement mise en œuvre, car je n'ai été appelé à son chevet qu'au 18e jour de la maladie.

Les mesures d'isolement et de désinfection nécessaires ont été prises dès ma première visite et les enfants (il y en a 3 dans la maison) n'ont plus été en contact avec leur père. L'affection débute d'une façon brutale chez l'enfant par un frisson, une élévation de température à 39° (t. axillaire) et des sueurs très abondantes. Une prise de sang est faite dès le premier jour ; le résultat de l'examen (séro-diagnostic de Wright fortement positif de 1/50 à 1/500), en était connu au quatrième et la vaccinothérapie pouvait être instituée *dès le cinquième jour*. Nous nous sommes adressé au vaccin antimélitococcique iodé de Ranque et Senez dont nous avons une expérience déjà longue et auquel nous sommes redevables, dans le cas où le traitement vaccinothérapique a pu être précoce, de remarquables résultats. Jusqu'à ce jour notre petit malade suivait la thérapeutique suivante, purement symptomatique : suppositoires au chlorhydrate de quinine, grands lavages intestinaux, piqûres d'huile camphrée, chlorhydrate d'adrénaline en ingestion. Pour tâter la susceptibilité de l'enfant et par mesure de prudence, nous commençons par injecter *quelques gouttes* seulement de vaccin dans le tissu cellulaire de la région rétrodeltoïdienne.

La réaction qui survient 5 heures après et dure 3 heures n'est nullement inquiétante ; la température s'est élevée d'un degré (39°5 au lieu de 38°5), le pouls qui était à 100 monte à 112. Dès le lendemain nous observons un début de rémission et dès lors (est-ce une simple coïncidence et la fin de la première onde ?) la courbe thermique indique un fléchissement progressif qui atteint l'apyrexie au 11e jour, dix jours après la première injection de vaccin. Au 13e jour, la température tend à s'élever à nouveau, l'enfant est inquiet, les transpirations reparaissent. Nous pratiquons alors une deuxième injection de vaccin : 1/4 de cmc. et, pour prévenir un retentissement fâcheux sur le cœur en cas de réaction trop vive, nous faisons en même temps une piqûre d'huile camphrée.

La réaction est plus précoce ; elle survient deux heures après, paraît parfaitement tolérée (la température qui était de 38° s'élève à 39°8, le pouls qui était à 92 ne dépassant pas 112) dure 6 heures et est suivie d'une chute brutale de la fièvre (36°2 le lendemain matin, pouls à 72). Mais la température reprenant les deux jours suivants, nous nous décidons à pratiquer 3 jours après la 2e piqûre, une troisième injection de vaccin : 1/2 cmc. associée comme précédemment à une injection d'huile camphrée. Réaction plus tardive 4 heures après, peu violente (la température s'élève d'1/2 degré, le pouls de 12 pulsations), courte, durant deux heures à peine et dès lors nous assistons à une défervescence fébrile qui sera complète au 20e jour et d'ailleurs définitive. La convalescence fut courte, l'enfant n'ayant présenté ni anorexie ni amaigrissement notable ; la diminution de volume de la rate qui était énorme à la période d'état de la maladie fut très rapide, l'hypertrophie du foie persiste plus longtemps ; les sueurs ne reparurent plus et la température, prise matin et soir un mois durant, n'indiqua aucune tendance à la reprise de la maladie.

Il est intéressant de noter que le père dont la mélitococcie, tardivement traitée, résista à 8 injections de vaccin guérit au 60e jour sous l'influence d'un abcès de fixation. »

Cette observation prête à un certain nombre de considérations qui ne nous paraissent nullement négligeables en ce qui concerne : 1° les cas de fièvre de Malte chez l'enfant ; 2° l'application à l'enfance du traitement vaccinothérapique de la maladie.

1° Sur le premier point nous nous permettrons de retenir deux considérations qui ont leur intérêt :

A) Bien qu'exceptionnelle chez les sujets jeunes, la fièvre de Malte est possible chez l'enfant et notre observation est à ajouter à celles qui ont été antérieurement publiées.

B) Notre petit malade était nourri au lait de chèvre *cru* et l'on sait qu'il est classique d'admettre le rôle important de l'ingestion de lait de chèvre cru dans la transmission de la mélitococcie. Or ces dernières années, au nom de la puériculture, certains auteurs, invoquant la rareté et la bénignité de la fièvre de Malte (et à ce point de vue des observations telles que la nôtre semblent plaider en faveur de leur thèse), se sont élevés avec indignation contre l'ébullition systématique du lait de chèvre et ont préconisé l'emploi de ce lait cru dans l'alimentation du nourrisson privé du sein maternel. Bien plus, tout récemment dans un éloquent plaidoyer en faveur de la chèvre qu'il a tenu à réhabiliter, se basant sur des arguments scientifiques fort sérieux, J. Crépin en arrivait à conclure que non seulement la fièvre de Malte n'est pas une maladie de la chèvre, mais même que cette dernière ne joue pas dans la transmission de cette affection le rôle que classiquement on lui impute à tort (*Progrès Médical*, 13 septembre et 8 novembre 1924).

Nous n'avons pas la prétention de nier les services que le lait de chèvre cru peut rendre dans l'alimentation des tout petits. Mais, outre que nous nous croyons autorisé à faire les réserves les plus sérieuses sur l'argument de la rareté et de la bénignité de la mélitococcie (H. Roziès. Les formes graves de la fièvre de Malte, *Progrès Médical*, 25 décembre 1920), nous pensons que, jusqu'à plus ample informé, tout au moins dans les contrées comme la nôtre où la fièvre de Malte règne à l'état endémique, l'ébullition du lait de chèvre pour l'alimentation, et pour sa transformation en fromage, le chauffage à 60°, température qui n'entrave pas l'action de la présure et qui est suffisante pour détruire le microcoque constituent des mesures prophylactiques indispensables contre l'extension de la maladie. C'est également l'opinion qu'ont soutenu les Drs Ranque et Senez dans leur remarquable travail intitulé « Deux cents cas de fièvre de Malte en Provence » (*Marseille Médical*, 15 juillet 1923) où ils réclament instamment l'application en France, *tout au moins dans les régions où la mélitococcie est signalée*, des mesures prophylactiques adoptées à Malte, en Algérie, en Tunisie.

2° En deuxième lieu il paraît possible d'après notre observation de faire bénéficier l'enfance du traitement vaccinothérapique de la fièvre de Malte. Dans le cas que nous avons rapporté le vaccin fut parfaitement toléré, les réactions locales furent nulles et aucune des trois injections ne détermina de réaction générale inquiétante. Il est en outre indiscutable que c'est au vaccin et au vaccin seul que nous avons dû la rapide et remarquable terminaison de la maladie. Les doses injectées furent de quelques gouttes, d'un quart de cmc., enfin d'un demi cmc. ; nous serions allés plus loin, s'il l'avait fallu. Nous avons eu l'occasion de constater ici ce que le Pr Vincent avait depuis longtemps signalé au sujet du vaccin antityphique, une meilleure tolérance du vaccin chez l'enfant que chez l'adulte.

De tels résultats méritent d'être rapportés à l'heure où le traitement vaccinothérapique de la mélitococcie est l'objet des critiques les plus vives et d'ailleurs les plus injustifiées.

Dans une communication faite le 30 juin 1922 à la Société médicale des hôpitaux de Paris, A. Coury a reproché à la vaccinothérapie antimélitococcique d'être dangereuse et inefficace. Ranque et Senez, dans le travail cité plus haut, ont répondu à la première accusation

en déclarant « qu'en trois années ils avaient délivré plus de 10.000 ampoules de vaccin et qu'aucun accident ne leur avait été signalé jusqu'ici.

Bien plus les 10.000 injections ont été faites à des doses en général 100 fois plus élevées que celles considérées par COURY comme dangereuses ». En ce qui nous concerne nous n'avons observé par la vaccinothérapie aucune réaction alarmante, aucun accident à retenir.

Reste le reproche d'inefficacité qui ne nous paraît pas davantage justifié. Les observations du Pr d'ASTROS, des auteurs anglais avec WRIGHT et BASSET-SCHMITT, des médecins espagnols avec RICARDO MORRAGAS de Barcelone, et DURAN de Cottes, des médecins provençaux dont les résultats sont rapportés dans le travail de RANQUE et SENEZ sont toutes favorables à la vaccinothérapie. Avec elle la durée de la maladie est abrégée, la symptomatologie est atténuée, les complications évitées.

Nous-même avons eu maintes fois l'occasion d'écrire qu'aucune autre méthode n'était capable de donner les mêmes résultats et que la vaccinothérapie représentait à nos yeux le seul traitement vraiment spécifique de la maladie (H. ROZIÈS. Les formes graves de la fièvre de Malte, *Progrès Médical* 25 décembre 1920 ; la fièvre de Malte dans le Haut-Var, *Progrès Médical*, 25 mars 1922 ; le traitement actuel de la fièvre de Malte, *Côte d'Azur médicale*, avril 1922). Bien des échecs sont imputables à la mise en œuvre trop tardive de la médication (H. ROZIÈS. Les causes d'échec dans le traitement de la fièvre de Malte, *Côte d'Azur médicale*, novembre 1923). En tout cas, en ce qui nous concerne, nous croyons avoir une expérience déjà ancienne de méthode ; nous nous adressons à elle systématiquement avant toute autre ; nous lui avons dû de beaux résultats, et nous nous croyons être autorisé à écrire comme conclusion de ce modeste travail qu'à l'heure actuelle le vaccin antimélitococcique fournit à la thérapeutique de la fièvre de Malte ses plus sûrs et ses plus remarquables succès.

FAITS CLINIQUES

Etude bactériologique d'un cas de streptococcie prolongée

Par MM. les Docteurs Alfred BAUER et Henri BORRIEN
Anciens Internes des Hôpitaux de Paris.

On a beaucoup discuté sur l'existence de plusieurs races de streptocoques, qu'ont décrites divers auteurs en se basant sur certaines différences de morphologie et de culture, chacun s'inspirant d'un trait particulier du microbe considéré pour lui donner un nouveau nom. Aux caractères morphologiques il convient ici de ne pas accorder trop d'importance, car les variations de forme du streptocoque sont souvent en rapport avec le milieu de culture employé, ainsi que Kermorgant (1) s'est attaché à le montrer ; mais on peut se demander si certains autres caractères n'ont pas une valeur taxinomique plus grande et doublée, au point de vue médical, d'un intérêt pratique, en ce qu'ils sont associés, chez les microbes qui les présentent, à des aptitudes pathologiques déterminées ; tels sont notamment les traits qui confèrent une physionomie propre à un streptocoque appartenant spécialement aux cas de streptococcie ou d'endocardite à évolution lente.

Il nous a été donné d'observer, il y a quelque temps, un fait de ce genre, où l'hémoculture a donné, deux fois en sept semaines, un germe identique, se distinguant du streptocoque ordinaire par ses caractères culturaux en même temps que par des détails de configuration.

Grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr CACHERA, médecin traitant, qui avait bien voulu nous charger de pratiquer chez son malade les recherches de laboratoire utiles, nous avons eu communication de son histoire clinique ; l'observation bactériologique venant illustrer l'observation clinique, leur confrontation nous paraît digne de quelque intérêt.

Le malade dont il s'agit a fait, il y a quelques années, une crise de rhumatisme articulaire aigu, à la suite de laquelle s'est installée une insuffisance mitrale très nette, mais permettant une activité professionnelle assez grande.

Vers le milieu de décembre 1923, survient un état de fatigue, avec élévation thermique vespérale, que l'on met sur le compte de la grippe. Le malade s'alite, mais avec le repos, son état ne s'améliore pas, tant s'en faut. Des troubles digestifs se déclarent ; on pense à une fièvre typhoïde, puis, en présence d'anomalies cliniques, à une infection à colibacilles, à bacilles de Gaertner, à une fièvre de Malte.

On pratique, le 22 janvier 1924, une hémoculture et un séro-diagnostic. Ce dernier est négatif, aussi bien avec les bacilles typhiques, paratyphiques A et B, et Gaertner qu'avec le micrococcus melitensis ; mais l'hémoculture donne un germe que l'on étiquète « streptocoque », bien qu'il présente plusieurs caractères anormaux sur lesquels nous reviendrons.

D'autres recherches sont faites en même temps. Un examen de matières fécales reste négatif ; en particulier des cultures sur milieu d'Endo ne permettent pas, et pour cause, d'isoler un germe du groupe typhique. Un examen d'urine montre l'absence de pus et l'existence de très nombreux colibacilles avec quelques microbes ayant les caractères de l'entérocoque.

L'hémoculture ayant fixé le diagnostic, on essaye d'abord comme traitement la trypaflavine, puis l'argoflavine, sans aucun résultat. Vers la fin de janvier survient un gonflement du poignet droit, ainsi que de la région deltoïdienne droite, avec douleurs très vives qui persistent trois semaines. L'essai d'un auto-vaccin, préparé avec le microbe isolé de l'hémoculture, est abandonné au bout de quelques injections restées sans résultat.

La fièvre est continue, avec des grandes oscillations et des poussées violentes et courtes. L'état général s'aggrave de plus en plus, l'amaigrissement fait des progrès, la dyspnée s'installe.

Le 10 mars, une nouvelle hémoculture est pratiquée. On retrouve le même germe qu'à l'hémoculture précédente. De nouveau, un auto-vaccin est préparé, qui, ne donnant pas plus de résultats que le premier, est abandonné.

L'état est de plus en plus mauvais ; des syncopes surviennent ; les bruits du cœur et le souffle s'assourdissent, des œdèmes légers apparaissent même la face. Le caractère devient irritable. Petit à petit le malade s'achemine vers la terminaison fatale. Celle-ci se produit le 13 mai, par embolie cérébrale probablement, car depuis la veille au soir, était survenue une hémiplégie avec coma et relâchement des sphincters.

Voici maintenant, l'observation bactériologique dans son détail. A deux reprises, avons-nous dit, le même microbe a été retrouvé dans l'hémoculture ; il a donné lieu chaque fois aux mêmes difficultés d'identification.

Le 22 janvier, du bouillon ordinaire, du bouillon ascite et un tube de bile ont été ensemencés au lit du malade ; seuls les deux bouillons cultivent. Le 10 mars, on ensemence un bouillon ascite et un bouillon glucosé, qui cultivent à nouveau l'un et l'autre. En passant, nous ferons remarquer que ce microbe s'est développé en bouillon ordinaire, alors que, souvent, en des cas analogues, les germes rencontrés n'ont donné de cultures qu'en bouillon ascite ou en bouillon glucosé. Il s'agit d'un microbe prenant le Gram, se présentant surtout en diplocoques, parfois aussi en cocci isolés, ou en courtes chaî-

(1) *Soc. de Biologie*, 22 juillet 1922.

nettes de 4 à 10 éléments environ, ou en amas difficiles à dissocier. Dans ces groupements divers, les formes élémentaires sont représentées soit par des cocci assez régulièrement arrondis, soit par des diplocoques à éléments allongés. Ces derniers sont assez fins, en général de même grosseur : le plus souvent ils ne se disposent pas suivant le même axe, mais forment un angle largement ouvert. Dans aucun des milieux que nous avons employés et qu'il nous reste à indiquer, le microbe n'a présenté de capsule.

En bouillon ordinaire la culture est maigre : le milieu est troublé.

En bouillon ascite le trouble est assez marqué ; il se forme un dépôt peu abondant qui s'élève, par agitation en vrille. Après plusieurs repiquages dans ce milieu, le germe donne des cultures rapides et abondantes : il trouble le bouillon en moins de 6 heures.

En eau peptonée simple, culture faible.

En eau peptonée glucosée à la bile, culture faible. Le germe résiste à l'action dissolvante de la bile.

Sur gélose ordinaire la culture est à peine visible : elle ne se trahit que par un simple dépoli de la surface du milieu.

Sur gélose ascite, colonies très fines, isolées, transparentes.

Sur gélose au sang, la culture est plus abondante. Il n'y a pas d'hémolyse. Les éléments se montrent bien plus irréguliers que dans les autres milieux. Certains éléments sont volumineux et allongés, les chaînettes sont plus longues. La recherche de l'hémolyse, dans du bouillon au sang frais de lapin, reste également négative.

En gélatine par piqûre, pas de développement.

En lait tournesolé, on observe un léger virage du tournesol mais le milieu n'est pas coagulé même après 10 jours d'étuve. Dans ce milieu encore le microbe donne des éléments très irréguliers : les chaînettes sont courtes, mais leurs éléments s'allongent et sont de grosseur inégale.

Les milieux *sucrés* tournesolés suivants sont ensemencés :

	EN 24 HEURES	APRÈS 48 HEURES	APRÈS QUATRE JOURS
Levulose	**pas de virage malgré un développement apparent**	**virage assez net**	**aucun des autres sucres n'est attaqué**
Maltose		**néant**	
Glucose		**néant**	
Lactose		**néant**	
Mannite		**néant**	
Saccharose		**néant**	

L'action pathogène du germe a été également éprouvée sur la souris.

1° Une souris est inoculée sous la peau avec 1 cc. de culture de 24 heures en bouillon ascite. Au bout de 48 heures, elle ne présente rien d'anormal. Elle reçoit alors un cc. de culture dans le péritoine sans que cela change le moins du monde son état. Elle est sacrifiée au bout de 48 heures. Rien d'apparent dans le péritoine, pas d'épanchement. Une gouttelette minime de sérosité péritonéale est recueillie à grand'peine et ensemencée en bouillon ascite. Du sang du cœur pris aseptiquement est ensemencé aussi. Seul le tube ensemencé avec la sérosité péritonéale donne une culture du germe, peu abondante.

2° Deux autres souris sont inoculées dans le péritoine avec 1 cc. de culture de 24 heures. Rapidement, après quelques heures, toutes deux présentent des signes anormaux : elles se tiennent immobiles, le poil hérissé ; leur respiration est haletante. Mais le lendemain de l'injection, ces symptômes ont disparu. On décide alors de garder ces souris en observation pendant plusieurs semaines. Au bout de 2 mois, elles sont toutes deux bien vivantes. On les sacrifie alors et l'on s'assure, par des ensemencements du sang du cœur, qu'elles sont exemptes de toute septicémie latente. Ajoutons que l'une d'elles, qui avait dû être inoculée en période de gestation, avait eu trois petits, qui ont évolué normalement.

Entre temps, nous avions essayé de préparer un bactériophage en partant de l'hémoculture. Nos essais, à cet égard, sont restés infructueux, mais ils ont permis de mettre en évidence une autre anomalie du germe dont il s'agit. Le bouillon de l'hémoculture, filtré sur bougie Chamberland L. 3, et resté stérile après 24 heures d'étuve avait été réensemencé avec le microbe isolé ; la culture s'est faite normalement, contrairement à la règle qui veut qu'un streptocoque ne se développe plus dans un bouillon filtré où il a été cultivé antérieurement.

En récapitulant les divers caractères du germe, on trouve en faveur de son classement parmi les streptocoques : ses caractères morphologiques, puisqu'on sait bien que le streptocoque peut présenter les diverses formes que nous avons relevées plus haut : l'aspect de la culture sur gélose ascite : l'absence d'action dissolvante de la bile ; le développement en eau peptonée glucosée à la bile.

Les arguments en sens contraire apparaissent à première vue comme formant un faisceau imposant. Ce sont : le trouble en bouillon ; le développement en eau peptonée simple ; la non coagulation du lait ; l'absence de fermentation du glucose, du maltose, du saccharose, du lactose : l'absence d'action pathogène pour la souris et la culture sur milieu vacciné.

Mais en examinant de plus près ces arguments contre on voit que certains d'entre eux sont loin d'avoir une valeur absolue. En effet, le streptocoque peut troubler le bouillon ; il peut ne pas coaguler le lait ; son action sur les sucres peut varier infiniment d'un échantillon à l'autre et avec le même échantillon ; très souvent, des streptocoques, même très virulents pour l'homme, ne le sont pas pour la souris.

L'hypothèse d'un pneumocoque ayant été rapidement éliminée, il ne nous restait plus guère à hésiter qu'entre streptocoque et entérocoque. Nous avons cru devoir mettre aussi ce dernier microbe hors de cause, en considérant principalement l'aspect et la pauvreté des cultures sur les milieux solides, l'absence de coagulation du lait, l'absence de fermentation du lactose, l'absence de culture en gélatine. En définitive, nous avons conclu à un streptocoque non hémolysant.

Le germe que nous avons isolé peut être identifié à celui que Debré, dans un article sur l'endocardite à évolution lente (1) reconnaît comme l'agent pathogène de la maladie. « C'est un streptocoque non virulent pour les animaux de laboratoire et anhémolytique, telles sont ses seules propriétés constantes. » Debré ajoute que si la place de ce microbe est bien nette dans la famille des streptocoques, il n'est pas possible à l'heure actuelle de la marquer par des traits plus caractéristiques. Notre observation est à rapprocher, d'autre part, de celle qu'ont publiée dans la *Gazette des Hôpitaux* MM. Laubry et Bordet (2) ; ils pensent que dans les cas d'endocardite prolongée, on a affaire à une race particulière de streptocoque : streptocoque non hémolysant, ne colonisant que sur des valvules déjà touchées par un processus inflammatoire antérieur.

Comme eux, nous pensons que des faits de ce genre, où les microbes constatés se signalent par des anomalies nombreuses, méritent d'être publiés, car de leur confrontation pourront, quand ils seront en assez grand nombre, sortir des conclusions intéressantes, soit au point de vue clinique, bactériologique et peut-être thérapeutique.

(1) *Presse Médicale*, 1917.
(2) *Gazette des Hôpitaux*, 16-18 janvier 1923.

NOTES THÉRAPEUTIQUES

Le rôle fixateur des vitamines au cours du métabolisme des éléments minéraux et de la chaux en particulier. (Dr G. HOULBERT. *Bulletin Médical* n° 26, 21 juin 1924.)

L'auteur, dont on connaît les études antérieures sur les vitamines, aborde ici une des modalités encore peu explorée de leur action, et cependant extrêmement importante. Il s'agit du rôle que jouent les vitamines dans la fixation des éléments minéraux, et notamment de la chaux, par l'organisme. Les manifestations rachitiques, qui accompagnent les avitaminoses cliniques ou expérimentales montrent bien que, privé des vitamines, l'organisme est impuissant à fixer le calcaire ; mais un point qui n'avait pas encore été étudié très objectivement était celui de savoir si au cours des déminéralisations pathologiques, mais non avitaminosiques un apport thérapeutique double de calcium et de vitamines pouvait enrayer le processus déminéralisateur et permettre à l'organisme appauvri de fixer le calcaire médicamenteux.

Pour élucider ce problème, l'auteur a administré à divers sujets (enfants et adultes) déminéralisés par prétuberculose ou tuberculose pulmonaire au début, un traitement ayant pour base : 1° des sels de chaux minéraux ; 2° des vitamines extractives (*biolose*). Ce traitement, pour permettre des constatations comparatives, a été divisé en deux phases : dans la première le traitement récalcificateur était appliqué seul ; dans la seconde le traitement vitaminique lui était adjoint. Des analyses d'urines et des explorations radiologiques faites au cours et à la fin de la première phase, comme au cours et à la fin de la seconde, ont permis d'obtenir des résultats objectifs. Ces résultats, pour s'en tenir aux seules données des analyses d'urines, ont été les suivants : Avant le traitement, la moyenne de la calciurie chez les sujets d'expérience était de 171 milligr. ; au cours du traitement calcique seul, elle a passé à 272 milligr. ; après 45 jours de traitement calcique seul, elle est montée à 532 milligr., alors qu'elle n'a été que de 333 milligr. après le même laps de temps chez les sujets ayant été soumis au double traitement calcique et hypervitaminé. L'écart entre ces deux chiffres montre d'une façon indubitable l'augmentation du pouvoir fixateur de l'organisme hypervitaminé, puisque celui-ci (rappelons qu'il s'agit d'une moyenne) retient 199 milligr. de CaO que le témoin a été inapte à fixer.

Ce travail permet donc de tirer la conclusion que la déminéralisation pathologique peut être efficacement combattue par les préparations récalcifiantes à la condition qu'il leur soit adjoint des vitamines à dose active (biolose), et à titre d'élément favorisant, l'adrénaline, suivant la technique indiquée par Sergent.

A l'heure où l'on est bien obligé de constater que la meilleure méthode de lutte contre la tuberculose est encore celle qui a pour but de modifier le terrain, et notamment de le recalcifier, les données que nous venons de résumer permettent d'entrevoir une thérapeutique récalcificatrice beaucoup plus efficace que celle jusqu'ici mise en œuvre qui se bornait à la simple administration de sels de chaux. Car on peut considérer comme bien acquis que l'ingestion de ceux-ci seuls, même en grosse quantité, est inefficace. On sait que leur administration très abondante dans les pays envahis et en Allemagne pour lutter contre les ostéoporoses de guerre s'est montrée radicalement sans effet, alors que ces ostéopathies ont guéri d'elles-mêmes avec la suppression des régimes carencés.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 janvier 1925

Les substances vénéneuses. — M. *Guignard* lit un rapport au nom de la commission des substances vénéneuses. Il signale un certain nombre de produits spécialisés, des hypnotiques en particulier, qui ne sauraient être vendus à tout venant, sans prescription médicale, comme la coutume s'en est établie peu à peu.

M. *Balthazard* appuie les conclusions de ce rapport. Il rappelle l'article de loi de germinal qui n'a pas encore été abrogé et qui, étant encore en vigueur, ne pourrait empêcher la ven e de certaines substances vénéneuses nouvelles.

Un nouvel article de la loi de septembre 1916 est également insuffisant pour défendre la vente libre de certains médicaments vénéneux.

C'est pourquoi l'Académie se doit de voter les conclusions du rapport de M. Guignard qui demande de nouvelles lois et de nouveaux décrets. M. Balthazard ajoute qu'il faudrait instituer une revision par périodes des substances nouvelles introduites dans la thérapeutique.

Le rôle capital mais méconnu des malformations dans la pathologie de la hanche à tous les âges. — M. *Calot*. — Trente sujets sur 1.000 pris en bloc ont des petites anomalies de la hanche de même famille que la luxation congénitale, laquelle n'est que la dixième partie du contingent total, et ces petites malformations ont à toutes les périodes de la vie un rôle immense mais non soupçonné jusqu'ici.

Telle est la conclusion des recherches de M. Calot : examen anatomique de quatorze cents hanches, étude de plusieurs milliers de radiographies et d'observations cliniques de sujets de tout âge. C'est ainsi que M. Calot a démontré que ce sont des *malformations méconnues* de même famille mais d'un moindre degré que la luxation :

1º Près de moitié des cas actuellement étiquetés *coxalgies* ;

2º Plus des trois quarts des cas étiquetés tuberculose du col ;

3º Tous les cas sans exception de la prétendue maladie nouvelle inventée par Legg, de Boston, et baptisée *coxa plana* par Waldenstram et *ostéochondrite* par l'allemand Perthes ;

4º Les hanches étiquetées rhumatisme localisé, *arthrite sèche* ou déformante *morbus coxæ senilis*. Il est piquant de noter que la lésion baptisée par Adams voici près d'un siècle morbus coxæ senilis doit au contraire s'appeler morbus coxæ congenitus.

Et la liste n'est pas complète.

Lésions simultanées d'organes homologues chez la mère et l'enfant. — MM. ***Merklen, Wole et Oberling*** (de Strasbourg).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 janvier 1925

Dilatation sous-vatérienne du duodénum. — M. *Baumgertner* rapporte une observation de dilatation duodénale consécutive, ainsi que le montra l'intervention, à une compression par le mésocôlon transverse. Les suites furent simples et la guérison s'est maintenue parfaite.

Autoplasties dans les ankyloses articulaires. — M. *Grégoire* fait un rapport sur une communication de M. Alexandro Cebelbo (Buenos-Ayres) relative aux résultats obtenus par lui dans le traitement des ankyloses articulaires, communication illustrée de films cinématographiques montrant l'excellence des mouvements. M. A. C. fait pour le genou une section verticale de la rotule et du ligament rotulien pour conserver les ligaments latéraux. Après modelage des surfaces articulaires, lequel doit être très soigneux, il interpose le fascia lata, avec lambeau libre. Puis il immobilise en extension avec traction.

Les cas doivent être bien choisis. L'ankylose en rectitude est plus favorable et l'ankylose angulaire doit être transformée en ankylose droite, avant de tenter l'autoplastie. Les ankyloses après tumeur blanche sont de mauvais cas et il vaut mieux ne pas les opérer.

La bonne volonté du malade, l'énergie qu'il mettra à aider le chirurgien jouent un rôle très important.

Discussion sur l'ostéosynthèse (*suite*). — M. ***Dehelly*** (Le Havre) a, en collaboration avec le Dr Guyot, opéré environ 16 % des cas de fracture qu'ils ont eu à traiter. Mais il faut remarquer que les cas qu'ils ont vus sont surtout les mauvais cas car c'est surtout dans les fractures graves qu'on les appelle. Ils ont employé un matériel très varié et divers. Il faut faire entrer en ligne de compte, si l'on veut juger sainement les résultats de l'ostéosynthèse, l'état du blessé, l'état des tissu , la variété de la fracture, etc.

Dans certains cas, surtout chez les enfants, la réduction sanglante peut n'être suivie d'aucune prothèse.

Les troubles de l'ossification, les ramollissements comme ceux qu'a signalés M. Fredet sont p ut être dus à un serrage trop énergique des plaques.

M. ***Robineau*** rappelle qu'il y eut autrefois, du temps de Verneuil et de Lefort une discussion sur les interventions sanglantes en cas de fractures et que la plupart des chirurgiens condamnèrent formellement ces opérations. Seul Lucas-Championnière fit remarquer que ces interventions étaient justifiées dans certaines conditions de milieu et d'outillage. Et sept ans plus tard personne ne protestait plus. Il est probable que maintenant encore on verra peu à peu les idées se modifier à mesure que se perfectionnera l'outillage et la technique. Aussi la communication de M. Thierry est-elle venue au bon moment parce qu'elle incitera chacun à perfectionner instrumentation et technique.

Il présente une série de cas : les uns avec résultat mauvais, les autres au contraire avec un résultat fonctionnel excellent.

Il fait remarquer que les mauvais résultats ne sont pas l'apanage exclusif des cas traités par l'ostéosynthèse — de même que les bons résultats peuvent parfois, même dans de mauvais cas, être obtenus par le traitement non sanglant. C'est une question d'espèce. Certains blessés ne consolident pas leurs fractures, et font de la décalcification sans qu'on puisse toujours en trouver la cause. Pour que l'ostéosynthèse donne des résultats heureux, il est certain que le milieu où on opère joue un rôle essentiel. Contrairement à Dehelly il ne croit pas qu'un serrage vigoureux des cercles soit mauvais. Au contraire les cals volumineux sont à son avis dus à une mauvaise contention et à une immobilisation insuffisante des fragments — laquelle est souvent aussi la cause d'une mauvaise tolérance du matériel de prothèse.

Cette conviction l'a amené à utiliser des manchons pour lesquels il se sert d'un bronze d'aluminium un peu spécial, assez malléable pour se mouler sur l'os et avec lesquels il obtient une contention absolument parfaite — si bien que tout appareil de contention et d'immobilisation externe devient inutile. Dès l'ablation des fils il commence la mobilisation et au 45e jour il fait marcher ses fractures du tibia ; dès le 2e mois des fractures du fémur.

Ces manchons sont si bien tolérés qu'il n'a jamais été obligé d'en enlever aucun.

M. *Dujarrier* croit aussi à la nécessité d'obtenir une rigidité absolue. Mais celle-ci peut s'obtenir par des plaques vissées aussi bien qu'avec des manchons lesquels lui paraissent devoir être difficiles à mettre en place — et, si par aventure il fallait les enlever, ce serait plus difficile encore.

M. ***Cunéo*** est du même avis en ce qui concerne la nécessité d'une contention rigide et absolue, et l'utilité d'une mobilisation précoce. Mais il n'est pas très partisan du manchon qui est contraire à l'opinion de la plupart des spécialistes d'ostéosynthèse qui tous conseillent de réduire les plaques au minimum.

M. *Fredet* fait observer que les cas qu'il a présentés étaient tous parfaitement maintenus et que les lames étaient bien fixées, bien serrées et tenaient parfaitement.

M. *Alglave* insiste sur la nécessité de précautions aseptiques minutieuses. Il conseille de mettre deux paires de gants pour opérer les os. Mais il croit à la supériorité de la plaque vissée et conseille de ne pas dépérioster l'os car c'est là une des causes des cals volumineux.

Ch. Le Braz.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 janvier 1925.

Sclérose en plaque et troubles mentaux chez une syphilitique. Le syndrome humoral. Echec du traitement. — *MM. Henri Claude et René Targowla* présentent une malade atteinte d'un syndrome fruste de sclérose en plaques en évolution. Les premiers symptômes de l'affection (ictus apoplectiformes) sont apparus dans la quatrième année d'une syphilis non nerveuse efficacement traitée.

Ils ont été suivis de troubles psychiques de la série mélancolique, puis d'un accès aigu de confusion mentale avec anxiété accompagné de tentatives multiples de suicide. La guérison des accidents psychopathiques s'est faite progressivement et il ne persiste qu'un état d'apathie et d'inertie psychique avec des troubles intermittents du caractère. Le syndrome humoral est celui de la sclérose en plaques : réaction de fixation négative, réactions colloïdales positives.

Il s'agit d'une sclérose en plaques légitime dont le diagnostic est basé sur l'évolution par poussées, les signes neurologiques et oculaires, les réactions du liquide céphalo-rachidien. Les troubles mentaux ont fait penser à la possibilité de la paralysie générale ou d'une forme de syphilis nerveuse. En réalité, l'analyse clinique et les réactions humorales montrent qu'il n'existe aucune détermination nerveuse du tréponème pâle et que les deux affections sont indépendantes.

Les A. discutent les rapports des troubles psychiques et de la sclérose en plaques. Seul l'état mental résiduel paraît se rattacher directement à la maladie nerveuse ; elle n'est qu'un facteur accidentel des accidents aigus.

Ils indiquent en terminant le caractère positif de la réaction de l'or colloïdal, selon la technique modifiée par MM. Sicard et Haguenau dans le but de la rendre pathognomonique de la paralysie générale, ainsi que l'inefficacité absolue du traitement antisyphilitique dans leur cas. Ils reviennent en terminant sur la haute valeur sémhiologique du syndrome humoral.

Anévrisme syphilitique de l'artère sous-clavière droite. — *MM. Léchelle, Marquézy et Périsson.*

L'avenir des pleurétiques. — *M. Brelet* communique sa statistique de 1924, analogue à celle de l'année précédente. Sur 37 anciens pleurétiques, six sont devenus des tuberculeux pulmonaires. Les 31 autres n'ont aucun signe de tuberculose pleuro-pulmonaire, mais plusieurs d'entre eux ont présenté diverses localisations de bacillose (mal de Pott, tumeur blanche, adénite chronique).

Epidurite purulente ascendante à staphylocoques radio-lipiodol. Laminectomie. Guérison. — *MM. Sicard et Paraf* étudient un cas d'épidurite ascendante chez un médecin. Le contrôle lipiodolé a seul pu permettre de localiser l'étendue de la lésion sur une hauteur inisitée de la Ve lombaire à la Xe dorsale. L'opération pratiquée par Robineau a confirmé les résultats du radio-lipiodol. Il s'agissait d'une série de petits abcès strictement localisés à l'espace épidural, sans atteinte osseuse ou duremérienne et d'origine staphylococcique. Le malade est présenté guéri.

Le service des psychopathes de l'Hôtel-Dieu. — *MM. Lévy-Valensi, Triboulet et Stieffel* apportent une statistique de 1924 du service des psychopathes du Pr. Roger à l'Hôtel-Dieu. Cette statistique porte sur 390 cas, 46 cas seulement nécesitèrent l'internement, soit moins de 12 %.

Les auteurs insistent sur l'importance sociale des services pour psychopathes curables des hôpitaux qui, pour le sentiment public, en somme, très respectable, supprime en fait la tare de la maladie mentale en même temps que celle de l'internement.

Périduodénite syphilitique. — *MM. L. Babonneix et Maurice Levy* rapportent l'histoire d'un sujet d'une cinquantaine d'années, souffrant depuis deux ans de troubles fonctionnels digestifs : hématémèses à répétition, douleurs gastriques, vomissements acides. Aux rayons X, déformation de la région duodénale douloureuse à la pression. Les diagnostics de lithiase biliaire, de cancer ou d'ulcère de l'estomac ayant été éliminés, les auteurs ont pensé à la syphilis d'autant que leur patient était un ancien spécifique et qu'il existait chez lui les signes cliniques et sérologiques habituels. Et de fait, sous l'influence d'injections d'arsénobenzol, tous les troubles digestifs ont disparu, tandis que l'etat général s'améliorait rapidement.

Recherches cliniques et expérimentales sur un sérum antithyroïdien. — *MM. Couland et Suau* ont noté dans tous les cas de goitre exophtalmique une amélioration fonctionnelle : abaissement du métabolisme basal, diminution de fréquence du pouls, atténuation de tremblement. Seuls le goitre et l'exophtalmie ne sont pas modifiés.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du vendredi 9 janvier 1925

Valeur réciproque du métabolisme basal et de l'opothérapie thyroïdienne. — M. *Léopold-Lévi.* — Dans les cas types de maladie de Basedow ou de myxœdème, la détermination du métabolisme basal est presque superflue. Dans les formes frustes et complexes, la valeur est fournie par des causes exagérant ou diminuant l'influence thyroïdienne sur le métabolisme. L'opothérapie thyroïdienne appropriée à chaque cas fournit un test important.

De la flore microbienne de la blennorrhagie. — M. *Le Fur* montre par une statistique personnelle l'importance, à côté du gonocoque, de l'entérocoque et du staphylocoque. Les associations microbiennes sont rares dans la blennorrhagie aiguë ; au contraire, dans la blennorrhagie chronique, les microbes associés ou secondaires se retrouvent dans la proportion de 80 % des cas

De la vaccination locale en urologie. — M. *Le Fur* a appliqué aux infections urinaires et blennorrhagiques le principe de la vaccination locale, utilisant des vaccins ou émulsions de microbes tués par la chaleur ou l'iode, ou des bouillons vaccins L'organe en contact avec vaccin ou bouillon se désinfecte progressivement et aquiert même une immunité locale.

Chirurgie pulmonaire et pneumothorax total. — M. *Petit de la Villéon* reconnait l'inconvénient du pneumothorax opératoire total et l'accuse en grande partie des insuccès de la chirurgie de poitrine par l'augmentation du shock, le déséquilibre médiastinal, cardiaque et pulmonaire, et aussi les suppurations pleurales dont il est souvent le point de départ.

Réflexe auriculo-ducteur et la psychothérapie. — M. *Bérillon.* — La parole, par son action réflexe sur les centres nerveux est susceptible de provoquer soit des réflexes physiques d'opposition ou de résistance, soit des réflexes psychiques d'adaptation.

Cancer du côlon. — M. *Pauchet.* — Les ablations du cancer du côlon sont actuellement bénignes si elles sont faites en plusieurs temps. La colectomie est préférable à l'entéro-anastomose, simplement palliative.

Dr Lavenant.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Frais médicaux en matière d'accidents du travail.

Frais médicaux.

« Art. 1er. — Le prix de la visite faite au domicile du blessé qui ne peut se présenter à la consultation sans inconvénient pour sa santé, est respectivement fixé à 10 fr. et à 8 fr., suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-après :

« 1re catégorie : villes de 100.000 habltants et au-dessus et leur banlieue ; régions dévastées (1) ; Paris et sa banlieue.

« La banlieue de Paris comprend le département de la Seine et les cantons suivants du département de Seine-et-Oise ;

« Arrondissement de Versailles : les cantons de Versailles, Argenteuil, Maisons-Laffitte, Marly-le-Roi, Saint-Germain-en-Laye, Sèvres ;

« Arrondissement de Pontoise : les cantons d'Aulnay-sous-Bois, Montmorency, le Raincy.

« La banlieue des villes de 100.000 habitants et au-dessus comprend les communes situées dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative desdites villes.

« 2e catégorie : ville de moins de 100.000 habitants et campagnes.

« Le prix de la consultation au cabinet du médecin est respectivement fixé à 8 fr. et à 7 fr., suivant que la commune, lieu de résidence du blessé, appartient à la première ou à la seconde des deux catégories ci-dessus. »

Art. 2. — L'article 3 de l'arrêté précité du 8 juillet 1920 est complété ainsi que suit :

« Lorsque plusieurs des visites susvisées auront lieu au cours d'un même rendez-vous, le prix de la première sera seul majoré de 50 p. 100, le prix des autres restant celui de la consultation sans majoration. »

Art. 3. — L'article 26 (tarif des électro-radiologistes) de l'arrêté précité du 8 juillet 1920 est modifié et complété ainsi que suit :

TARIF DES ÉLECTRO-RADIOLOGISTES ET RODIOTHÉRAPEUTES.

I. — *Radiographies.*

	francs
Un ou plusieurs doigts ou orteils (face et profil)	25
Main (face ou profil)	40
Main (de face et de profil)	50
Poignet (face ou profil)	40
Poignet (de face et de profil)	50
Avant-bras (face ou profil)	40
Avant-bras (de face et de profil)	60
Coude (face ou profil)	50
Coude (de face et de profil)	75
Diaphyse humérale (face ou profil)	50
Diaphyse humérale (de face et de profil)	75
Epaule (de face) ou clavicule	75
Epaule (de profil)........5	120
Crâne (face ou profil)	100
Crône (de face et de profil)	150
Maxillaire inférieur	80
Hémi-thorax (côtes ou omoplate)	100
Dents (méthode intra-buccale) :	
Première plaque	40
Chaque plaque supplémentaire	20
Pied (face ou profil)	40
Pied (de face et de profil)	50
Cou-de-pied (face ou profil)	50
Cou-de-pied (de face et de profil)	60
Jambe (face ou profil)	50
Jambe (de face et de profil)	60
Genou (face ou profil)	60
Genou (de face et de profil)	90
Diaphyse fémorale (face ou profil)	60
Diaphyse fémorale (de face et de profil)	90
Hanche	90
Hanche (de profil)	120
Rachis cervical (face ou profil)	80
Rachis cervical (de face et de profil)	120
Rachis dorsal au lombaire (face ou profil)	100
Rachis dorsal ou lombaire (de face et de profil)	200
Rachis en entier (face ou profil)	200
Rachis en entier (de face et de profil)	300
Sacrum	100
Bassin	120

II. — *Examens radioscopiques pour localisation de corps étrangers.*

Membre	50
Tête	60
Thorax	60
Abdomen	60

III. — *Radiologie des viscères.*

Poumons, examen à l'écran	60
Avec une radiographie	120
Cœur, aorte, examen à l'écran	60
Avec calque	90
Avec une téléradiographie	120
Avec deux téléradiographies	200
Œsophage ou estomac, examen à l'écran	60
Avec calque	80
Avec une radiographie	120
Estomac, avec étude de l'évacuation, quel que soit le nombre des séances :	
Examen à l'écran	120
Avec calque	150
Avec radiographie	200
Intestin (lavement opaque) :	
Examen à l'écran	100
Avec calque	120
Avec radiographie	150
Intestin (après repas opaque pour l'étude de l'évacuation) quel que soit le nombre des séances :	
Examen dà l'écran	120
Avec calque	150
Avec radiographie	200
Tube digestif complet, examen à l'écran	200
Avec calque	240
Avec radiographie	300
Foie (après préparations spéciales) :	
Examen à l'écran	80
Avec calque	100
Avec une radiographie	120
Appareil urinaire :	
Vessie	100
Un rein	100
Deux reins	150
Un uretère	100
Deux uretères	150
Un rein, un uretère, la vessie	200
Le système complet	300

IV. — *Radiographies stéréoscopiques.*

Le double d'un cliché ordinaire.

V. — *Electrodiagnostic.*

Examen électrodiagnostic avec rapport sur cet examen seul	40

Ce prix comprend l'examen du membre blessé et la compa-

(1) Pour l'application du présent arrêté, on doit entendre par régions dévastées : les départements de l'Aisne, des Ardennes, du Nord (sauf l'arrondissemeût de Dunkerque) ; dans le Pas-de-Calais, les arrondissements d'Arras et de Béthune ; dans la Somme, les arrondissements de Montdidier et de Péronne et les cantons de Boves, Corbie, Acheux ; dans l'Oise, l'arrondissement de Compiègne et les cantons de Breteuil et Maignelay ; dans la Marne, l'arrondissement de Reims et les cantons de Suippes, Dormans, Sainte-Menehould, Dommartin-sur-Yèvre, Ville-sur-Tourbe, Heiltz-le-Maurupt, Tihiéblemont et la commune de Venteuil ; dans la Meuse, les arrondissements de Commercy, Montmédy et Verdun et les cantons de Revigny, Triaucourt et Vaubecourt ; en Meurthe-et-Moselle, les cantons de Noméhy, Pont-à-Mousson, Longwy, Audun-le-Roman et les communes de Parroy et de Lironville ; dans les Vosges, la commune de Ban-de-Sapt.

raison avec le membre sain ou l'examen des deux membre s semblables ou l'examen de la face (1).

Ce prix sera doublé s'il est nécessaire d'examiner un bras (ou les deux bras) et la face ; une jambe (ou les deux jambes) et la face ; un bras (ou les deux bras) et une jambe (ou les deux jambes). Il sera triplé s'il fallait examiner le sujet tout entier.

VI. — *Electrothérapie et radiothérapie* (1).

	francs
Radiothérapie (au domicile du médecin), par chaque irradiation d'un champ	30
Traitement électrique par un spécialiste, quel que soit le nombre des séances à son cabinet, cpaque	12

Ce prix sera augmenté de 6 fr. si l'on est obligé de soigner séparément deux régions différentes, de 12 fr. pour trois régions, etc. (2).

	francs
Traitement électrique au domicile du blessé ; les prix cidessus, plus une indemnité de déplacement de	8
Traitement comprenant l'électrisation complète du corps (électricité statistique, courants de Morton, haute fréquence) ; traitement par air chaud, lumière, ionisation. Chaque	15
Lavement électrique au domicile du malade	200

(Les frais et honoraires prévus aux paragraphes I à VI cidessus doivent être majorés de 20 p. 100.)

VII. — *Observations.*

Si la région à radiographier est entourée d'un appareil plâtré il sera perçu une somme de 20 fr. en rémunération de l'augmentation de la durée de la radiographie et de la difficulté d'obtenir un bon cliché dès la première pose.

Ce s prix s'entendent pour un seul cliché de la région et deux épreuves. Chaque épreuve en plus sera comptée : 18/24, 7 fr. 50; 24/30, 10 fr. ; 30/40, 12 fr.

Toutes autres radiographies de la même région prises le même jour dans une autre position seront comptées chacune seulement 75 p. 100 du prix d'une seule pose. De même, la radiographie de la même région du côté sain, si elle était nécessaire pour comparaison, serait comptée seulement à 75 p. 100.

L'exploration radiologique doit être prescrite par le médecin traitant, d'accord avec le médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué, sauf les cas d'extrême urgence ; dans ces derniers cas, le chef d'entreprise ou son assureur substitué sera prévenu sans délai par le médecin traitant. Il en sera de même si la radiographie du côté sain devenait nécessaire. En cas de divergence, il sera procédé conformément à l'article 9 ci-dessus.

Le médecin radiologiste devra fournir, pour les prix ci-dessus indiqués, deux exemplaires des épreuves datées et signées par lui avec le nom du blessé et avec leur commentaire détaille, l'une pour le patron ou son assureur, l'autre pour le blessé.

Toute application radiologique, au domicile du malade, sera tarifée : 1° le prix ordinaire de ou des examens ; 2° une indemnité de déplacement de 50 fr. ; 3° le taux du prix de location des appareils au jour de l'examen ; 4° lorsque le malade habite en dehors de la ville où demeure le médecin, un supplément d'indemnité, basé sur la distance kilométrique calculée au tarif ci-dessus. (*J.O.*, 28 déc. 1924.)

Les impôts sur les revenus et les professions libérales,

Les travailleurs intellectuels et particulièrement ceux qui tout en exerçant une profession libérale, perçoivent cependant certaines sommes ayant le caractère de traitements ou salaires, doivent-ils être imposés globalement pour l'ensemble de leurs revenus à l'un seulement des impôts cédulaires sur les revenus ? Doivent-ils, au contraire, être assujettis pour partie à l'impôt sur les bénéfices des « professions non commerciales » et pour une autre part à l'impôt sur les traitements, salaires et émoluments divers, bénéficiant ainsi, grâce à ces deux impositions distinctes, de deux dégrèvements à la base, et non d'un seul ?

Par des arrêtés récents le conseil de préfecture de la Seine, confirmant et précisant sa jurisprudence antérieure, vient de se prononcer à nouveau en faveur de cette seconde solution.

L'administration des contributions directes prétendait que lorsqu'il s'agit par exemple d'un professeur, d'un médecin, d'un architecte, tous les revenus se rattachant à l'exercice d'une même profession et qui comportent l'utilisation des mêmes connaissances et des mêmes facultés intecllectuelles doivent faire l'objet d'une imposition unique. Cette thèse n'a point été admise et sur cette question de principe le conseil de préfecture de la Seine s'est prononcé dans les termes suivants :

Considérant qu'alors même que les diverses occupations d'un contribuable présentent entre elles un caractère d'analogie plus ou moins grande et peuvent, en raison notamment dela ressemblance ou de l'identité des connaissances utilisées ou des facultés intellectuelles mises en jeu, être considérées à certains points de vue comme se rattachant toutes, principalement ou accessoirement, à l'exercice d'une seule et même profession, les différentes catégories de revenus provenant de ces occupations n'en doivent pas moins, au regard de la loi fiscale, et pour l'exacte application de celle-ci, être distinguées, et classées conformément aux articles 23 et 30 de la loi précitée du 3 juillet 1917, et, par suite, en tenant compte, des conditions extrinsèques de l'activité professionnelle, c'est-à-dire des rapports du contribuable intéressé avec les tiers, et, le cas échéaut, des modalités suivant lesquelles il est rémunéré ; que ces revenus doivent donc, quand il y a lieu, faire l'objet de deux impositions différentes correspondant l'une aux sommes perçues à titre de traitements, salaires, indemnités et émoluments divers ou de pensions et rentes viagères, et l'autre aux sommes touchées à titre de revenus tirés de l'exercice d'une profession non commerciale et n'ayant ni le caractère de traitements, salaires, indemnités et émoluments, ni le caractère de rentes viagères ou de pension.

Par application de ce principe, il a été décidé que des professeurs n'étaient redevables de l'impôt sur les traitements et salaires qu'à raison du traitement afférent à un emploi permanent de professeur dans une faculté ou dans une grande école de l'Etat ou dans une école privée, mais que, à raison de droits d'auteur perçus pour des livres ou des articles de revces, ou pour des leçons particulières données à un élève, à domicile, ou encore pour des leçons données « au cachet » dans une institution privée, ils ne pouvaient être assujettis qu'à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales.

Il a de même été décidé qu'un médecin était passible, pour le traitement touché en qualité de médecin attaché à divers services de la préfecture de la Seine ou de médecin salarié par une compagnie d'assurance ou de navigation, de l'impôt sur les traitements et salaires et, pour les honoraires perçus de la clientèle privée, de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales. (*Le Temps.*)

Loi ayant pour but d'accorder le droit d'exercer la profession de sage-femme sur tout le territoire français aux sages-femmes alsaciennes-lorraines reçues pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et réintégrées dans la nationalité française ou qui ont obtenu cette nationalité.

Art. 1er. — Les sages-femmes reçues pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et réintégrées de droit dans la nationalité française pourront, pendant une période de trois ans, à partir de la promulgation de la présente loi, faire choix d'un autre département sans avoir à subir de nouveaux examens.

Art. 2. — Pour bénéficier de ces dispositions la sage-femme devra déclarer sa résolution au préfet de sa nouvelle résidence et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondisse ment. D'après cette déclaration, le préfet visera le diplôme pour l'entrée en exercice de la titulaire. (*J.O.*, 7 janvier 1925.)

(1) Il ne pourra être procédé à tout acte d'électrodiagnostic, d'électrothérapie ou de radiothérapie, ou à toute séance d'air chaud, de lumière ou d'ionisation par le médecin électrologiste ou radiothérapeute qu'après avis conforme du médecin traitant et du médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué. Le rapport d'un électrodiagnostic doit être fait en double exemplaire : l'un destiné au blessé, l'autre destiné au médecin du chef d'entreprise ou de son assureur substitué.

(2) On entendra par régions différentes : 1° la face et le cou ; 2° les membres supérieurs ; 3° le tronc ; 4° les membres inférieurs.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des crevasses du sein

Il faut avant tout les prévenir en préparant les seins.

Pendant le dernier mois de la grossesse, savonner le matin et le soir, les bout des seins, sécher soigneusement, et tamponner avec de l'alcool à 90°.

DÈS L'APPARITION DES GERÇURES :

Elles se signalent dès leur apparition, par de la douleur à la succion.

Présence d'une érosion minime et superficielle au niveau du bout de sein ou de l'aréole qui, non soignée, s'agrandira rapidement.

4 fois par jour, lavage à l'eau bouillie chaude simple ou boratée (10 %). Après séchage, toucher l'érosion avec :

Bleu de méthylène.......	8 grammes
Eau distillée.............	40 grammes.

Si après 48 heures, la guérison n'est pas obtenue, METTRE LE SEIN AU REPOS, en ayant soin de tirer régulièrement le lait avec un tire lait.

Après chaque application de bleu de méthylène, recouvrir la lésion d'une forte couche d'*Inotyol*. La cicatrisation sera obtenue en quelques jours.

LA CREVASSE EST CONSTITUÉE :

1° *Le sein n'est le siège d'aucune lymphangite*

Mettre le sein au repos.
Tirer le lait 6 fois par jour, avec un tire-lait.
Laver soigneusement 4 fois par jour, la lésion avec :

Eau oxygénée à 12 volumes.

Sécher soigneusement ; toucher ensuite au bleu de méthylène. Recouvrir la crevasse d'une épaisse couche d'*Inotyol*, une compresse et une bande de crêpe maintient le tout.

2° *Le sein présente des traînées de lymphangite.*

Le sein mis au repos, on tire le lait régulièrement.

Application d'un gros pansement humide à l'eau bouillie chaude, *en ayant soin de bander le sein sans le serrer, et de le maintenir remonté.*

Laver 4 fois par jour la crevasse à l'eau oxygénée. Application de bleu de méthylène.

Panser à l'*Inotyol*, recouvrir d'une gaze stérile.

Les phénomènes inflammatoires cèdent, la crevasse se déterge, et sous l'influence de l'*Inotyol*, bourgeonne et se cicatrise. Eviter les baumes qui empêchent à la plaie de respirer.

BIBLIOGRAPHIE

III° Conférence internationale de la lèpre. Communications et débats. 1 vol. in-8° relié toile, Baillière, éditeur, Paris.

Ce volume réunit les travaux des léprologues du monde entier qui se sont efforcés de mettre en lumière les résultats de leur expérience. Il forme une sorte de traité de la lèpre rédigé et mis à jour en collaboration par tous les membres de la Conférence. Les matières y ont été rangées dans un ordre logique de façon à en faciliter la lecture et à permettre les recherches. Les chapitres, au nombre de 6, comme les séances, embrassent la statistique, l'étiologie, la pathologie, le traitement, la prophylaxie et la législation. Les documents qui y sont contenus peuvent être rapidement retrouvés grâce à trois tables des matières.

Tel qu'il se présente, ce volume trouve sa place dans toutes les bibliothèques et semble indispensable à tous ceux qui s'occupent de la lèpre. Le produit de la vente doit constituer un fonds avec lequel on pourra sans doute envisager la possibilité de reprendre la publication interrompue par la guerre, de la Revue internationale *Lepra*.

Le 17e voyage d'Etudes médicales aux stations hydrominérales et climatiques du Dauphiné de la Savoie et du Jura 1923. 1 vol. grand-in-8, nombreuses fig. Prix : 12 fr. Librairie Arnette, 2, rue Casimir Delavigne, Paris.

Ce livre, le troisième de la série, est agrémenté de nombreuses et artistiques illustrations et de multiples cartes.

La revue de l'art ancien et moderne. Paris, 28, rue du Mont-Thabor. Revue de luxe. 29e année. Organe des principaux amateurs et collectionneurs. Archéologie ; histoire de l'art ; musées ; collections privées ; mouvements des ventes ; curiosités ; expositions ; Livres d'art sont traités par les spécialistes les plus autorisés. Chaque mois une gravure originale d'un graveur en renom. Nombreuses illustrations hors texte et dans le texte. Abonnement, y compris le supplément mensuel : le Bulletin de l'Art : France : 100 fr. par an. Etranger : 150 fr. Un numéro spécimen : 5 fr.

Sommaire du numéro de janvier 1925 :

I. Histoire générale de l'art : Les Ivoires gothiques français : par Emile Mâle (11 fig.). — Peintres-graveurs contemporains Marcel Roux, graveur lyonnais (1878-1922, 10 fig.). — La peinture, espagnole depuis le milieu du XIXe siècle (fin), par José Frances (9 fig.) — Le Livre des Magiciens, essai sur l'Encyclopédie de la peinture chinoise, par Henri Focillon (8 fig.). Les Musées d'Etat et l'activité artistique dans la Russie nouvelle, par Georges Loukowski (2 fig.).

II. Chroniques : *Moyen Age et Renaissance* : Au musée du Louvre : la Vierge d'Isenheim ; les nouvelles salles de la sculpture italienne, par Marcel Aubert (3 fig.). — *XVIIIe siècle* : Un portrait constantinopolitain, par N. Jorga (1 fig.). — *Art ontemporain* : Les tendances actuelles de l'Art décoratif : I Le meuble : hier et aujourd'hui, par Christian Zervos (6 fig.). — Quand Anatole France posait devant Bourdelle : conversation sur un buste, par André Dézarrois (3 fig.).

Gravures hors texte : L'Enfant et la Mort, eau-forte originale de Marcel Roux. — Salle à manger (1923) par J.-E. Ruhlmann, phototypie.

Le Bulletin de l'Art. 32 pages, 19 illustrations.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abonnement pour la France 50 fr.; étranger : 70 fr. Le n° 5 fr. : Librairie de France, 110, boulevard St-Germain.

Sommaire du n° de décembre 1924 :

Souvenirs sur Van Gogh, par Emile Bernard (11 fig.). — Les Ensembles de Pierre Legrain, par Gaston Varenne (12 fig.). — La collection Sauphar, par d'Ardenne de Tizac (36 fig.).

Chronique (8 fig.). Le mouvement des Arts appliqués. Les Livres d'Art. La collection Agutte. Sembat au musée de Grenoble. — Les Expositions. — La Décoration théatrale. — Musées, fouilles et découvertes. — Ventes, le mois artistique.

La gravure de genre et de mœurs en France au XVIIIe siècle, par Emile Dacier bibliothécaire à la bibliothèque nationale. Prix : 150 fr. *Edition de luxe*, — Il a été tiré de cet ouvrage 25 exemplaires de luxe, sur papier d'Arches à la cuve, numérotés de 1 à 25. — Prix : 340 fr. (Vanoest, éditeur, 63, boulevard Haussmann, Paris.

La gravure de genre et de mœurs est le domaine par excellence de la gravure française du XVIIIe siècle, celui où l'on rencontre les noms des maîtres — créateurs et interprètes — les plus admirés et les plus aimés : Watteau, Boucher, Chardin, Greuze, Fragonard, Beaudouin, Lawreince, etc.; Tardieu, Cochin, Moreau le jeune, N. de Launay, Demarteau, Janinet, Debucourt et combien d'autres encore. C'est à ces maîtres et à ce domaine spécial de la gravure que M. Dacier a consacré cet admirable travail dont le texte comporte : 1° une étude historique sur l'évolution de la gravure de genre et de mœurs depuis les dernières années de Louis XIV jusqu'aux premières du Consulat ; 2° une notice historique et critique de chacune des estampes reproduites ; 3° une notice biographique de tous les graveurs reproduits ici.

L'ouvrage forme un beau et fort volume in-4° raisin (25 × 32,5 cm.) d'environ 140 pages de texte et 86 planches hors texte en héliotypie, reproduisant 133 estampes choisies parmi les plus curieuses et les plus caractéristiques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Expertises des professions dans les accidents du travail. Mutilations et invalidités professionnelles. Travail ouvrier et professions en général. Ergasiologie normale, par le Dr Ch. Daussat. in 16, 328 p. avec album de 73 figures : 20 fr. (Vigot).

Les résultats du pneumothorax thérapeutique, par le Dr P. Naveau, in-8. 200 p. avec planches hors-texte : 22 fr. (Legrand).

Pharmacodynamie des colloïdes, Tome II. Protéinothérapie et transfusion du sang, par W. Kopaczewski, in-16, 340 p. : 8 fr. (Doin).

L'Initiation à l'art d'être maman, par le Dr Stephen Chauvet, in-8 : 8 fr. (Maloine).

Les Rayons ultra-violets. Contribution à l'étude des propriétés physiques et biologiques des rayons ultra-violets. Essai sur leur posologie, par le Dr Jacques Brettmon. in-8°, 64 p. : 6 fr. (Le François).

L'Immunité locale et ses applications par le Dr A. Jaubert. n-8°, 76 p. : 10 fr. (Le François).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton* ; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus detaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 5. Le Numéro : 50 Centimes 31 JANVIER 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie .... 40 fr.
Union postale.................. 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours des prix de l'internat (médecine).* — Séance du 21 janvier : *Epreuve écrite.* Questions données : *Anatomie microscopique et physiologie de l'hypophyse.* — *Signe, diagnostic et traitement des aortites syphilitiques.* — MM. Basch 28, Bernard 28, Marchal 30.

A la suite de ce concours les récompenses suivantes ont été attribuées : 1er Prix : Médaille d'or et bourse de voyage : M. Marchal 77 points ; 2e Prix : Médaille d'argent : M. Bernard 76 points ; Accessit M. Basch 74 points.

Concours de pharmacien des hôpitaux. — Séance du 12 janvier : *Epreuve sur titre* : MM. Chartier 7.5, Chéramy 8, Cheymol 7.5, David 2, Poirot 7.

Séances du 20 janvier : *Epreuve d'analyse* : MM. Chéramy 23 1/2, Cheymol 17, David 19 1/2, Poirot 24.

Reconnaissance de plantes et substances : MM. Chéramy 14 1/8, Cheymol 12 1/4, David 17, Poirot 12 5/8.

A la suite de ce concours sont nommés pharmaciens des hôpitaux : MM. Poirot qui obtenu 111 pts 1/8 et Chéramy 110 pts 5/8.

Concours d'interne à Brévannes et Hendaye. — Séance du 27 janvier. *Epreuve écrite.* Questions données : *Crosse de l'aorte, Etude clinique de l'amibiase hépatique.*

Concours de la médaille d'or (chirurgie). — Jugement des mémoires. Ont obtenu : MM. Metzger 24, Welti 25.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses. — 27 *janvier* : M. Liotard (M.). Les syphilis tertiaires fébriles. — M. Balland (H.) Etude des colites du transverse. — M. Mariani (J.). La rougeole congénitale. — M. Roblot (M.). Etude sur l'heure à laquelle accouchent les femmes.

28 *janvier* : M. Demaret (Paul). De l'évolution des toxémies gravidiques après la mort du fœtus. — M. Diamant (J.). Etude du sérodiagnostic des cancers. — M. Clément (M.). A propos des soins médicaux aux victimes de la guerre.

29 *janvier* : (Thèses vétérinaires) : M. Lemoine. Etude des dangers des animaux d'appartement. — M. Lebrun. Manuel d'obstétrique vétérinaire.

Asiles d'aliénés. — Le poste de médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Blanche-Couronne (Loire-Inférieure) est actuellement vacant par suite du décès de M. le docteur Saquet.

Vacances de bureau d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Boulogne-sur-Seine.

Le titulaire de ce poste, en dehors des attributions régulières, devra surveiller les organisations municipales spéciales : le service des infirmières scolaires ; le préventorium : école de plein air, sise à Sèvres (Seine-et-Oise), les colonies de vacances dans la Nièvre et le Calvados.

Le traitement alloué est fixé à 10.000 fr. par an.

Réunion biologique neuro-psychiatrique. — La septième réunion d'études biologiques de neuro-psychiatrie aura lieu le 26 février 1925 à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, 1 rue Cabanis.

Adresser les titres des communications au Dr Targowla, chef de Clinique, 1 rue Cabanis.

Concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 23 mars 1925, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les Docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 23 février au samedi 7 mars 1925 inclusivement.

Bureau d'hygiène de Berck. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Berck (Pas-de-Calais).

Le traitement alloué est fixé à 3.000 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes accompagnées de tous les titres, justifications ou références permettant d'apprécier leurs connaissances scientifiques et administratives, ainsi que la notorité acquise par eux dans les services analogues ou des fonctions antérieures. Cette candidature s'applique exclusivement au poste envisagé.

A la demande doit être jointe une copie certifiée conforme des diplômes obtenus ; l'exposé des titres doit être aussi détaillé que possible et accompagné d'un exemplaire des ouvrages ou articles publiés. Les candidats peuvent en outre demander à être entendus par la commission du conseil supérieur d'hygiène. (*J. O.* 21-1-1925.)

Croisière de repos et de santé. — M. le Dr Loir organise une nouvelle croisière de repos et de santé qui partira du Havre pour gagner Marseille en faisant escale à Bordeaux, Lisbonne, Alger. La croisière durera 15 à 16 jours. Le départ aura lieu le 4 avril sur la *Ville de Strasbourg*.

Des conditions spéciales sont faites aux médecins et étudiants en médecine : il y a 30 places disponibles à 878 fr. ; 14 places à 450 fr. et 300 places à 300 francs.

Ces prix comprennent tous frais de voyage du Havre à Marseille, de logement sur le bateau et de nourriture pendant 15 jours. Sont exclus les frais des excursions à terre.

La croisière n'aura lieu que s'il y a au moins 300 adhérents inscrits avant le 15 février. S'incrire auprès de Mme Loir, 12 *bis*, rue de Calligny, Le Havre.

Pendant la croisière, M. le Dr Loir fera pour les étudiants et les médecins qui le voudront un cours de préparation à l'examen de médecin sanitaire maritime.

Congrès des sociétés savantes (avril 1925). — Le Congrès des Sociétés savantes tiendra sa session annuelle du 14 au 17 avril 1925 à Paris, à la Sorbonne.

Le texte des communications doit être adressé, avec un résumé succinct, avant le 10 février au ministère de l'instruction publique, 2e bureau de la direction de l'Enseignement supérieur.

Le professeur Achard se tient à la disposition des auteurs de communications pour leur fournir des renseignements en ce qui concerne la participation au Congrès pour les questions d'ordre médical.

Des communications sont annoncées sur la vaccination anti-tuberculeuse du nouveau-né, sur la vaccination antidiphtérique, sur les applications de la radiographie et de la cinématographie à la clinique, sur l'insuline.

Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer. — Les questions mises à l'ordre du jour de la prochaine séance, qui aura lieu vendredi 27 février à 17 heures, 17 square de Messine seront : *Etiologie et diagnostic précoce du cancer, vaccination antituberculeuse.* Les médecins, biologistes, bactériologistes, chimistes, etc., etc.. qui auraient à faire sur ces sujets des communications *basées sur leur expérimentation personnelle*, sont instamment priés d'assister à cette réunion, ou d'envoyer leurs travaux par écrit au Secrétaire Général.

Congrès médical Franco-Polonais. — Le IIe Congrès fournira aux médecins polonais l'occasion de prendre un contact intime avec la France. Au point de vue scientifique, il sera une occasion de faire connaître chez nous les travaux et recherches des médecins polonais, en même temps qu'il permettra à ces derniers de mieux connaître la richesse et la variété des ressources médicales de la France. Le Congrès sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Strasbourg, Nancy.

Le comité d'organisation du Congrès groupe les représentants. les plus autorisés des Facultés de Paris, Lyon, Nancy, Strasbourg.

Le Bureau du Congrès est composé de : Président : Professeur Roger; vice-présidents : Professeurs Achard, Babinski, Hartmann Letulle, Docteur Noir ; secrétaire général : Docteur Hufnagel Pour renseignements et adhésions, prière de s'adresser au Secrétaire Général, 10, rue Freycinet, Paris XVIe.

Association amicale des élèves et anciens élèves de la Faculté de Médecine de Nancy. — L'Association a pour but d'entretenir des liens utiles de bonne confraternité entre tous ses membres et de défendre les intérêts moraux de la profession.

Un annuaire sera imprimé tous les ans, contenant les noms des anciens élèves et élèves de la Faculté ainsi que leurs situations et leur adresse.

Tous les faits intéressants l'association ; mariage, naissance, décès, feront l'objet d'un titre spécial.

Les faits se passant à la Faculté de médecine de Nancy ainsi que dans les établissements hospitaliers seront mentionnés.

Des séances annuelles de réunions sont prévues, afin de resserrer les liens entre les anciens élèves de la Faculté et d'apporter leur aide aux jeunes étudiants de la Faculté.

Pour l'année 1925, le bureau est ainsi constitué : Président : Docteur L. Bichat, à Lunéville. — Vice-Présidents : Docteurs L. Spillmann, 14, rue St-Léon, Nancy ; Docteur Ganzinotty, rue de Phalsbourg, Nancy. — Secrétaire général : Docteur Caussade, 64, rue de Montet, Nancy. — Secrétaire adjoint ; Docteur Benech, à Maxeville (Meurthe-et-Moselle). — Trésorier : Docteur Bonnet, 72, rue du Faubourg St-Jean, Nancy.

Prière de bien vouloir envoyer les adhésions à : M. le docteur L. Caussade, Siège social, Faculté de médecine, rue Lionnois, à Nancy. Le prix de la cotisation annuelle est fixée à 10 frs.

En même temps que les adhésions, prière de bien vouloir joindre les indications suivantes : nom et prénoms ; date de naissance ; date de la thèse ; marié, veuf ou célibataire ; nombre d'enfants ; domicile ; (Titres universitaires et spécialités s'il y a lieu).

Nécrologie. — Dr Léon Bierent. — Ds Emile Pruvost, de Carnières.

(*Voir la suite page* 188.)

CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Schizomanie et mélancolie [1]

Par M. le Docteur **Henri CLAUDE**

Professeur de la Clinique Psychiatrique de la Faculté de Médecine.

Je voudrais discuter avec vous un cas de périodicité du type dépression mélancolique. Sommes-nous en présence d'une mélancolie vraie ou d'une constitution qui domine tout le tableau pathologique et dont les apparences mélancoliques ne sont que les accidents ?

En raison de l'état de dépression de la malade dont je vais rapporter l'histoire, les renseignements qu'elle fournit sont susceptibles de déformations pathologiques. Du reste, nous aurons l'occasion de discuter leur caractère péjoratif.

Cette jeune fille de 29 ans, qui n'a aucun antécédent mental dans sa famille, a toujours eu une nature solitaire, aimant à jouer avec ses poupées, plus tard préférant la rêverie : « je n'étais pas aux choses de l'existence, j'ai une notion fausse de la vie. »

Rien de spécial jusqu'à l'adolescence. Elle faisait des travaux d'aiguille, lisait des romans. « Déjà, dit-elle, avant 15 ans, il se formait un être particulier et bizarre en moi ». Et cependant, les parents, eux, ont toujours remarqué chez leur fille des sentiments affectueux, un comportement normal.

En juillet 1918, se déclara un premier accès mélancolique, Mlle H. manquait d'entrain, restait inoccupée. Ce fut un état léger. Nous n'avons relevé à la base aucun choc émotif appréciable.

En novembre 1920, deuxième accès sans début précis. Tendance aux idées d'indignité, d'auto-accusation, inactivité totale. Il fallut pendant deux mois la mettre dans une maison de santé. Puis retour à une existence quasi normale.

En février 1924, son activité assez réduite mais cependant utile puisqu'elle cousait, s'occupait des enfants, « de ceux qui avaient besoin de secours », disait-elle, faisait de la musique, son activité, dis-je, diminue de plus en plus. Elle cesse de s'intéresser aux répétitions d'une comédie dans laquelle elle devait tenir un rôle. Elle eut alors une suppression des règles que les parents avaient déjà notée au cours de chaque accès. Devant ses réflexions péjoratives, sa dépression, ses parents l'ont placée chez une cousine de province. Elle se livrait à quelques occupations, mais pour se rendre compte des choses, il existait un trouble profond sur lequel je voudrais insister.

Ce que je voudrais commencer par vous montrer, c'est que cette jeune fille n'a pas l'aspect vraiment mélancolique. Elle ne demande qu'à parler, elle n'a pas une physionomie concentrée. On ne note pas de réactions anxieuses. En dehors de l'alimentation pour laquelle il faut la pousser, elle se plaît à aller ici d'une chambre à l'autre rendant visite aux autres malades et leur donnant de bons conseils. Son orientation, sa mémoire, sont parfaites. Son attention spontanée est très satisfaisante, mais quelquefois sa pensée se fixe difficilement, il existe une impossibilité à coordonner les explications. On assiste à une difficulté de la synthèse mentale. Les réponses peuvent être, quant à l'ensemble de la conversation, pseudo-incohérentes, je dis bien : *pseudo*-incohérentes.

Elle a des interprétations rétrospectives qui dénotent un trouble profond de sa cénesthésie. Elle n'a jamais eu, dit elle, la vie de tout le monde. Elle a accumulé trop de réserves non dépensées. Ses tissus sont forcés. Aussi refuse-t-elle parfois de manger, puisque ses tissus sont trop nourris. Elle présente quelques ébauches d'idées de négation. Son intestin marche mal. Dans la gorge, il y a des obstructions. Cet état durera de plus en plus. Elle a méconnu les lois de la nature. On ne pourra jamais savoir. On la juge d'après les conceptions normales, par conséquent on ne peut la comprendre. Elle a pris la vie à rebours. Elle n'a pas rempli le but naturel de l'existence, pour lequel tout être est créé. Ce n'est pas, explique-t-elle, le *mens sana in corpore sano*. C'est un esprit sain dans un corps malsain. C'est tellement anormal, dit-elle, sa déformation physique, qu'elle a l'horreur de son organisme. En mangeant, elle se détruit le corps. Cette nourriture n'était pas nécessaire puisqu'elle n'a rien fait dans la vie. Elle a perdu peu à peu ses facultés et son corps a pris l'habitude d'être surchargé.

On note en plus des idées de culpabilité d'indignité : « Je suis une horreur physique », dit-elle. D'autre part, écoutez cette phrase, importante au point de vue affectif : « Je ne souffre pas. La douleur est dans la vie. Donc, je ne puis plus vivre ». N'est-ce pas là un merveilleux syllogisme délirant ? « Elle n'a pas vécu comme tout le monde et cependant elle n'a pas de remords, elle ne peut pas souffrir. Elle est un monstre. »

Eh bien ! Est-ce un état mélancolique véritable ? Nous l'avons dit. La notion de périodicité est très nette. Il existe de la dépression, une diminution de l'activité, un certain degré d'apathie, quelques idées d'indignité. Et surtout les troubles cénesthésiques sont très importants. Ce sont en réalité des manifestations hypocondriaques et on pourrait penser au syndrome de Cotard. Baillarger avait beaucoup insisté sur les idées de négation. Mais c'est Cotard en 1880 qui dans un mémoire célèbre : *Délire hypocondriaque dans les formes graves de mélancolie anxieuse*, a décrit le délire de négation. Il semble au sujet que ses organes soient détruits ou que, s'ils existent encore, rien ne fonctionne, la pensée n'agisse pas, l'intestin soit bouché. Le monde extérieur est changé. Il n'y a plus d'êtres. Il n'y a plus de temps. Tout s'évanouit. En général, on observe ces cas au cours d'une mélancolie et on aboutit aux idées d'énormité et d'immortalité. L'individu n'a plus de limites et sa douleur est tellement grande qu'elle ne finira jamais. Ce sera son tourment éternel.

Il y a certainement ici des éléments d'un syndrome de Cotard. Mais en psychiatrie classique on porte à ce syndrome un pronostic grave. Je crois qu'on exagère. Même au cours d'une mélancolie, des éléments d'un syndrome de Cotard sont capables de disparaître.

J'insiste ici sur l'absence de netteté du syndrome mélancolique. La malade n'a pas l'air de souffrir. Je le répète, elle n'est pas concentrée, elle n'a pas l'inactivité totale qu'entraîne une douleur morale profonde. Ce sont ses conceptions intellectuelles qui captent son attention. Très peu, du reste, de réactions anxieuses. Son inquiétude vague n'a rien de l'agitation mélancolique. Ce qui frappe surtout c'est le langage un peu vague, quasi-incohérent de la malade. Sans doute sur tout ce qui ne touche pas sa personnalité, sur les événements qui lui sont étrangers, ce langage est normal comme son activité. Aussi me semble-t-il que ce langage paraît décousu et vague parce qu'il répond à un « autisme » particulier.

Si nous nous en rapportons à ce qu'elle dit, elle n'est pas normale et n'en a pas souffert. C'est là le gros grief qu'elle se porte. Cet état, comme elle l'affirme, a-t-il toujours existé ? Le mélancolique est essentiellement rétrospectif. Notre malade est-elle en état de nous renseigner sans faire intervenir des interprétations rétrospectives. Elle répète sans cesse qu'elle a eu le vice de ne pas voir clair, que ses parents n'ont pas pu se rendre compte. En réalité, dit-elle, elle n'a jamais rien eu d'un être humain, etc., M. Séglas a beaucoup insisté sur les délires secondaires mélancoliques, avec idées délirantes rétrospectives. Mais nous, devons-nous, prendre les idées de la malade pour un délire rétrospectif ?

Je ne crois pas. La conviction de Mlle H... est très nette. Pendant les périodes intermédiaires aux accès de dépression, elle ne s'analyse pas. Mais cela ne prouve

(1) Leçon recueillie par le docteur Gilbert ROBIN, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine.

pas que le fond mental ne corresponde pas à ce qu'elle exprime pendant les phases dépressives : « J'ai vécu d'une vie insensée. Mais j'ai tué mes parents et moi-même. J'ai vagabondé dans les nuées de la vie. On descend petit à petit ainsi. Qui n'avance pas recule. Un être qui ne fait que manger est un être qui n'a rien vu dans la vie. »

Elle croit qu'elle a eu toujours une activité improductive.

Pour elle, les trois périodes de sa maladie sont celles où elle a tenté de sortir de cet état fâcheux, où elle prend conscience de ses idées.

« Je suis comme un vaisseau qui sombre après trois efforts pour se sauver du naufrage », faisant allusion à ses trois accès.

Ecoutons encore sa confession, qui jette beaucoup de lumière sur le cas de Mlle H.

« Mon enfance a toujours été anormale. Ce qu'on a pris pour de l'effort, du travail, n'était pas cela... J'étudiais bien mais ce n'était pas le travail, c'étaient les facultés. (Je vous fais remarquer en passant l'incohérence du langage par intervalle.) « Le verbiage a défait ma vie, c'était mon lot. Je n'ai jamais fait d'effort pour vivre. J'avais des qualités que mes parents m'avaient données en naissant et ce sont elles qui ont donné des résultats, pas le travail. Je vivais dans les nuages, des idées absurdes dont le cerveau était occupé... Je pensais à des rêves de jeune fille toute petite. A 11, 12 ans je rêvais à des choses au-dessus de mon âge, à mes petits camarades, aux petits garçons, je m'imaginais qu'ils venaient avec moi et qu'ils m'aimaient. C'était anormal. Je *n'avais pas la compréhension nette* des choses de la vie, je *n'aimais pas les choses instructives*, je *rêvais*, je lisais des romans d'amour, à intrigues. Je ne m'imaginais pas être l'héroïne... Plus tard je cherchais à savoir les choses de la vie, seule je cherchais ce qu'était l'amour dans les livres, je lisais des livres avec un besoin obscur. J'étais sérieuse cependant. Mon *esprit vagabondait*, il s'arrêtait sur des choses absurdes, je ne m'occupais pas utilement. Je *n'avais rien de bon*, ni d'*utile*. L'esprit était occupé de *choses qui n'avaient aucune réalité, aucune action*. Je vagabondais dans la campagne, dans le jardin, je regardais des journaux, je faisais des projets insensés pour plus tard. J'ai toujours fait semblant de m'occuper de la vie. Je me rends compte que cette absence de toute réalité, *ma jeunesse, a été à néant pour la réelle activité*.

« J'ai eu une première révélation de ce qui allait se passer en 1917 (lors du premier accès). Ma conscience m'a révélé à moi-même que ma vie était complètement vide, que je n'avais rien au plus profond de moi-même. J'ai vécu sans travailler avec les qualités que m'ont données mes parents. « Travaillez, prenez de la peine, c'est le fond qui manque le moins ». Ici le fond existait mais pas le travail. Comme je ne travaillais pas mes facultés se sont éteintes peu à peu.

« En 1921 j'ai eu, comme en 1916 et comme maintenant, l'instuition que ma vie était tout à fait anormale. J'étais dans un état analogue à celui-ci, puis après plusieurs mois j'ai vécu avec le semblant de vie bête que j'avais avant. »

***

J'ai discuté en la rejetant la possibilité d'un état mélancolique. Ne devons-nous pas accorder de l'importance à une dissociation de la personnalité faisant penser à une constitution schizoïde ? L'état que nous avons vu ne serait alors que l'extériorisation d'une constitution latente. Le problème est celui-ci : Est-ce une mélancolie périodique avec des apparences de schizoïdie, par poussées schizomaniaques, comme on voit dans d'autres affections des poussées dipsomaniaques par exemple, ou bien n'est-ce pas une schizoïdie constitutionnelle avec mélancolie intermittente surajoutée ?

Si c'est une périodique, le pronostic est relativement bon. Si c'est une schizoïde, il est plus sérieux, car nous assisterons peut-être à une évolution schizophrénique.

C'est Bleuler qui a créé le concept de schizophrénie. Il écrit :

« J'appelle la démence précoce schizophrénie parce que je désire montrer que la dissociation des différentes fonctions psychiques est un des caractères les plus importants de la maladie. Il n'y a pas une, mais des schizophrénies. »

Plus loin, il ajoute : « La schizophrénie repond à un groupe de psychoses qui évolue tantôt d'une façon chronique, tantôt par poussées, pouvant s'arrêter à chaque stade ou repartir, mais qui ne revient jamais à l'état normal. Elle est caractérisée par une altération du jugement et de la perception vraiment spécifique, qu'on ne rencontre pas ailleurs, et des rapports avec le monde extérieur. »

La tendance à se séparer de la réalité et à remplacer celle-ci par des fantaisies imaginatives, c'est, pour M. Bleuler, l'autisme. Il y aurait même une *schizophrénie latente*, qui est à son avis la forme la plus fréquente, bien qu'elle ait rarement l'occasion d'être observée par les médecins, les sujets ne croyant pas devoir s'ouvrir de leur état au spécialiste compétent.

Avec mes collaborateurs, A. Borel et G. Robin, nous distinguons ici, à la Clinique, la démence précoce de la schizophrénie. La démence précoce de Morel, c'est l'affaiblissement, progressif et rapide, des facultés intellectuelles survenant chez des jeunes gens ou des adultes. C'est la démence primaire sans antécédents psychologiques avérés. La schizophrénie, pour nous, à la suite de Bleuler est la dissociation et plus tard la dislocation des facultés, des activités psychologiques et la dominante du tableau clinique, c'est la rupture avec la vie réelle. Un contraste étonnant s'établit entre l'activité idéatoire et l'activité pragmatique.

Pour bien marquer toutefois nos différences d'appréciation avec M. Bleuler et pour ne pas nous servir de ce terme schizophrénie latente, nous avons employé la terminologie de Kretschmer et nous nous sommes servis de sa notion de constitution schizoïde: c'est-à-dire la tendance innée à la dissociation, à l'intériorisation ! à la rêverie, à l'édification de certains systèmes dont les sujets s'ouvrent rarement à leur entourage. Quand le comportement reste normal, nous ne disons pas autre chose que *tendances schizoïdes* et dans le domaine artistique par exemple, ces conceptions schizoïdes donnent lieu à des résultats intéressants.

Nous avons appelé *schizomanes* des individus qui ont cessé de s'adapter à l'ambiance sans toutefois arriver à l'état démentiel dit schizophrénique. Vous le voyez, le schizoïde a une vie normale conservée, le schizomane fait deux parts dans sa vie : des constructions imaginatives étranges vont parallèlement avec une existence sociale capable de s'exercer encore normalement. Les exigences de la réalité restent satisfaites.

La malade que je vous ai montrée illustre la conception que j'ai voulu vous exposer : à savoir que la constitution schizoïde peut ne se révéler que par intervalles. Car je l'ai dit bien souvent, la notion de périodicité doit intervenir dans l'étude de la schizoïdie, Aussi y a-t-il lieu d'insister sur cette révélation inattendue d'une schizoïdie latente par des accès périodiques de dépression. Ceux-ci peuvent subir les variations habituelles aux syndromes de périodicité, mais ils peuvent aboutir progressivement à des états permanents de désagrégation de la personnalité rentrant dans la schizophrénie vraie : c'est-à-dire dans un état démentiel comportant le fond de dissociation ou de dislocation des activités psychiques propre à la schizophrénie, avec une teinte maniaque ou mélancolique.

***

Que savons-nous des rapports des états mélancoliques et maniaques avec la démence précoce et avec la schizophrénie ?

Dans la démence précoce on sait que le début des acci-

dents peut se faire sous la forme d'accidents maniaques ou mélancoliques, lesquels peuvent se répéter assez fréquemment dans le cours de la maladie.

Dans la schizophrénie, Bleuler dit que la dépression affective, avec arrêt de la pensée et inactivité, est une des manifestations épisodiques les plus fréquentes, surtout au début. Ce syndrome résulte logiquement de la perception obscure, du défaut de capacité et des rapports avec le monde extérieur qui normalement provoque un sentiment douloureux. C'est là la vraie mélancolie schizophrénique, qui est en général tout à fait passagère.

La mélancolie schizophrénique, d'après Bleuler, est caractérisée par ce fait qu'une partie de la personnalité n'est pas mélancolique, ignore l'anxiété, critique et fait des plaisanteries sur les réactions de l'autre personnalité.

Les mélancoliques-schizoïdes peuvent rire de leurs idées tristes, non délirantes, ainsi que de leurs actes. Leur activité est monotone, sans prendre comme dans les formes agitées de la mélancolie, l'apparence du chagrin et de l'agitation intérieure. Le malade se lamente souvent, répète cent fois la même chose : on va lui couper la tête, il est le plus malheureux des hommes, parfois sous cette influence fait une tentative de suicide subite, brutale, ou bien une tentative ayant le caractère du jeu.

Il s'agit là d'états tout différents de ce que nous observons chez notre malade.

Pour Bleuler, il y a des cas anciens de schizophrénie mélancolie avec rigidité, fixité, ou monoïdéisme, dominant toute la personnalité.

Bleuler va même plus loin. Il pense que l'hypochondrie mélancolique des auteurs quand elle n'est pas organique est dans la règle une mélancolie schizophrénie. Particulièrement le syndrome de Cotard appartient chez les non organiques presque seulement à la schizophrénie, car ici les idées d'énormité, par exemple, ne sont pas détruites par les idées d'antagonistes.

Revenons à notre malade.

Il ne s'agit pas d'une schizophrène, au sens que j'attache à ce mot, c'est-à-dire d'une démence fondée sur la dislocation des facultés et la perte du contact extérieur. Il n'y a pas d'élément de discordance entre sa conduite et ses propos. Son état mélancolique a revêtu un caractère de périodicité et non de chronicité.

J'ai dit pourquoi je ne pensais pas qu'il s'agisse d'une mélancolie périodique avec éléments anxieux, délirants et ébauche d'idées de négation.

J'attache une importance à l'absence de douleur morale, à l'inaffectivité raisonnée qu'elle présente, au verbiage d'apparence incohérente et à la poursuite d'explications à laquelle se livre cette malade sans pouvoir se faire comprendre. Ces symptômes ne sont pas du domaine de la mélancolie. Je crois qu'il faut attacher une grande valeur à ces signes comme l'expression d'un état schizomaniaque qui trouverait sa confirmation dans ce que nous dit cette personne de sa vie intérieure, des périodes d'apparence normale où elle ne se juge pas normale. Cette évasion dans la maladie, à trois reprises, qu'elle compare d'une façon si pittoresque au vaisseau qui va sombrer : « c'est comme un vaisseau qui sombre, après trois efforts pour se sauver ! », ces allusions à une vie manquée, à une sombre horreur, dénotent un refoulement de tendances que nous n'avons pu déceler. Les allusions constantes à l'acte de manger, qui lui répugne, semblent caractériser symboliquement la vie végétative qu'elle doit mener parce qu'elle n'a pas réalisé une vie intellectuelle ou morale à son gré. Peut-être une étude psychoanalytique nous révèlerait-elle l'origine de ce symbolisme ?

Toutes ces considérations nous portent à penser qu'il s'agit d'une schizomane non désadaptée en temps ordinaire et qui présente d'une façon périodique des extériorisations plus accentuées de son autisme se traduisant par un syndrome mélancolique atypique.

J'ai eu plusieurs cas dans ma pratique qui me confirment dans cette interprétation.

***

Et c'est là une notion d'importance. Que ce soit une mélancolie périodique, je vous l'ai dit, le pronostic est bon. Que ce soit une schizomanie: l'affaire est plus grave. Il est à craindre que l'évolution ne se poursuive vers un état démentiel, vers une schizophrénie confirmée. L'obscurité des explications de la malade, ses stéréotypies verbales (« qui n'avance pas recule »), sa fuite des idées par intervalles, me donnent une mauvaise impression. Je redoute, pour l'avenir, une évolution schizophrénique. Mais il faudrait d'autres arguments que les arguments psychologiques !

A ce propos, nous avons remarqué chez cette malade, au point de vue neuro-végétatif, que les réactions oculo-cardiaques et solaires sont nettes. Elle n'a pas l'aréflexie que l'on note dans la démence précoce et la schizophrénie confirmée. Cela peut corriger mon pronostic assez sombre, mais ces données, je vous assure, ont besoin d'être encore étudiées, précisées. Ce qui nous domine, ici, à la Clinique, c'est notre souci d'étayer nos analyses psychologiques par des constatations biologiques capables d'apporter un jour de la précision et des lois peut-être aux phénomènes morbides. L'histoire de cette malade montre bien comme ce complément d'investigation est nécessaire si nous voulons penser en médecins.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle : 21 Janvier 1925

Jacques-René DUVAL

(1758-1854)

Par M. Ch. LENORMANT,
Secrétaire-général.

Lorsque tout à l'heure, et suivant un usage plus que cinquantenaire, notre Président proclamera le lauréat du prix Duval, il est probable que ce nom de Duval n'évoquera pas un souvenir très précis dans l'esprit de beaucoup d'entre nous, et peut-être même l'heureux bénéficiaire de cette récompense se demandera-t-il qui était le généreux donateur de ce prix de 300 francs, somme qui semble bien modeste aujourd'hui, mais qui, vers le milieu du siècle dernier, suffisait à exciter les convoitises et à provoquer les compétitions.

Si j'entreprends aujourd'hui de retracer devant vous la vie de J.-R. Duval, ce n'est pas seulement parce qu'il fut l'un des premiers membres honoraires de notre Société et son premier bienfaiteur ; ce n'est pas seulement parce qu'il fut un fort galant homme, un humaniste aimable et l'un des initiateurs, en France, de l'art dentaire — qui ne s'appelait pas encore du nom pompeux de stomatologie. C'est aussi parce que, ayant vécu presque centenaire, à cheval sur deux siècles, il il est un trait d'union entre la chirurgie du XVIIIe siècle qu'il connut encore dans tout son éclat et la chirurgie moderne qu'il vit ensuite naître et se développer, parce qu'il fut en contact avec tous ceux qui réalisèrent cette évolution, parce que son histoire nous montre les transformations accomplies en un siècle dans notre art, notre enseignement, notre profession, et nous fait mieux connaître comment nous nous rattachons à ceux qui autrefois cultivèrent le même champ que nous. Il est toujours instructif de remonter à ses origines.

***

Jacques-René Duval est né à Argentan, dans l'Orne, le 12 novembre 1758. Je n'ai pu retrouver aucun détail précis sur sa famille ; il me paraît vraisemblable qu'elle devait appar-

tenir à cette bourgeoisie aisée qui s'était élevée de plus en plus au cours du XVIIIe siècle. En tout cas, Duval poursuivit des études régulières et ne semble pas avoir été en butte aux difficultés matérielles que tant d'autres connurent au début de leur carrière.

C'est, sans doute, en souvenir de son origine et en hommage à son pays natal que Duval écrivit, plus tard, une Notice historico-médicale sur les Normands, dans laquelle il énumère tous les médecins célèbres de cette province, depuis Gilbert Maminot, qui fut évêque de Lisieux et médecin de Guillaume-le-Conquérant, jusqu'à Vicq d'Azyr, son contemporain.

Le jeune Duval reçut d'abord les leçons d'un curé du voisinage, grand érudit, ami de sa famille ; puis il fut envoyé au collège du Mont à Caen. Il y fit de fortes études classiques, comme on les faisait alors ; et il en garda l'empreinte toute sa vie. Il fut, écrit Londe, « nourri de ces belles et nobles études littéraires qui sont aussi l'honneur du médecin ». Il eut toujours le goût de l'érudition et de l'histoire, et ses ouvrages, tous ornés de citations grecques, latines et françaises, sont la preuve de sa connaissance approfondie des auteurs anciens, et aussi de notre littérature du Moyen âge et de la Renaissance. Cette forte culture, commune à cette époque, est regardée aujourd'hui par beaucoup comme inutile au médecin, et cependant l'exemple de tous nos grands ancêtres est là pour montrer qu'il n'est pas de meilleure discipline pour façonner un esprit et lui donner l'habitude de l'observation exacte, du raisonnement serré et du langage précis, qui sont de grandes qualités médicales.

Les parents de Duval le destinaient à la prêtrise. Sa véritable vocation se révéla d'assez bonne heure et par simple hasard. Etant à peine adolescent, il pénétra un jour, par curiosité, dans une salle où des médecins pratiquaient une autopsie : loin d'être effrayé ou dégoûté par ce spectacle, il y prit un tel intérêt qu'il se promit de devenir anatomiste et chirurgien. Sa famille y consentit : un frère qu'il avait entra à sa place dans les ordres, et lui put suivre son penchant et s'orienter vers la carrière qui l'attirait.

Il fit ses premières armes dans l'hospice même de sa ville natale, sous la direction d'un chirurgien dont le nom ne nous a pas été conservé, mais qui devait être un fanatique de son art, puisqu'il imposa à son élève, non seulement de lire, mais de copier les *Mémoires de l'Académie de chirurgie*. C'était, du reste, une coutume assez répandue à cette époque chez les jeunes étudiants des provinces que de fréquenter pendant quelque temps les hôpitaux de leurs petites villes avant d'aborder les Facultés ou les Ecoles de chirurgie. Ils y apprenaient la clinique élémentaire, la technique des pansements et de la petite chirurgie, et cette initiation, toute pratique, loin de l'encombrement des grands centres, n'était pas sans valeur.

Il manquait encore un grade à Duval pour pouvoir commencer réellement ses études de chirurgie : c'était celui de maître ès arts libéraux, qui correspondait à peu près à notre baccalauréat de philosophie. Il retourna à Caen, suivit les cours de l'Université et obtint son diplôme à l'âge de dix-neuf ans. Rien ne le retient plus alors dans sa ville natale et il part pour Paris, muni d'une recommandation pour son compatriote Thillaye, plus âgé que lui de quelques années, qui était alors prévôt — nous dirions aujourd'hui prosecteur — de l'Ecole pratique et qui devait être plus tard son collègue à l'Académie de Chirurgie.

Lorsque Duval arrive, en 1777, à Paris, pour y commencer sa carrière, la chirurgie française est dans tout son épanouissement ; elle rayonne sur l'Europe entière, sans rivale. « On venait à Paris, écrit un contemporain, des bouts de l'Europe pour toutes les cures et toutes les opérations qui demandaient une dextérité peu commune. » Les ennemis de la France eux-mêmes reconnaissaient sa supériorité sur ce point : Fédéric de Prusse n'avait-il pas prié J.-L. Petit de lui envoyer des chirurgiens pour les places importantes de son armée et les grandes villes de son royaume ?

Ce développement si brillant de la chirurgie française avait débuté à la fin du siècle précédent, lorsqu'une chaire d'anatomie et d'opérations avait été créée au Jardin du Roi et confiée à un chirurgien ; Dionis l'avait occupée le premier avec éclat et son enseignement s'était répandu, peut-on dire, jusqu'au bout du monde, puisque son livre d'anatomie fut traduit en chinois par un Père jésuite.

Après lui, J.-L. Petit avait donné à la chirurgie la puissante impulsion de son génie d'observateur sagace et de technicien habile ; il l'avait orientée vers la clinique et la pratique, loin de la théorie et des hypothèses.

Dans cette évolution de notre art au cours du XVIIIe siècle, le rôle du Gouvernement royal ne fut pas négligeable. Certes Louis XV n'est pas le modèle des monarques ; mais nous lui devons, nous autres chirurgiens, beaucoup d'indulgence et quelque sympathie, car peu de souverains ont fait autant que lui pour encourager et protéger la chirurgie. Sans doute, le roi lui-même ne fit-il qu'écouter les trois hommes éminents Maréchal, La Peyronie et Lamartinière, qui, dans le cours de ce règne de soixante ans, se succédèrent dans la charge importante de premier chirurgien ; mais c'est déjà beaucoup qu'il les ait écoutés malgré toutes les intrigues et les obstacles que suscitait la Faculté de médecine et qu'il ait réalisé leurs suggestions par trois actes publics dont l'influence fut capitale pour la chirurgie.

Ce sont d'abord les Lettres patentes de 1724, qui instituaient à l'Amphithéâtre de Saint-Côme cinq démonstrateurs royaux « pour expliquer les différentes parties de la chirurgie ». J.-L. Petit fut l'un des premiers nommés. Ce corps enseignant fut complété plus tard par la générosité de La Peyronie qui créa cinq places de démonstrateur adjoint. En outre, les Patentes de 1724 ordonnaient que « deux maîtres en chirurgie de Paris, proposés par le premier chirurgien du roi, seraient nommés à la Charité pour soigner les pauvres et former des élèves ». C'était l'organisation d'un enseignement officiel, à la fois théorique et clinique.

Voici maintenant pour relever la situation morale et professionnelle des chirurgiens, la Déclaration du 23 avril 1743, qui « séparait entièrement l'exercice de la *Barberie* de corps des chirurgiens qui se trouvait avili par le mélange d'une profession si inférieure » ; mais qui, en revanche, exigeait le grade de maître ès arts pour obtenir la maîtrise de chirurgie à Paris. C'était le moyen d'imposer aux futurs chirurgiens une culture générale et de les mettre sur pied d'égalité avec les médecins de la Faculté. Celle-ci se regimba et l'on assista à une levée en masse des robes et des bonnets carrés ; les choses allèrent au point que la Faculté attaqua la déclaration devant le Parlement, mais elle perdit son procès : la chirurgie était délivrée des entraves incessantes que la médecine lui opposait pour se la subordonner, et elle prenait sa place légitime dans la hiérarchie sociale.

Enfin, la création, en 1731, de l'Académie Royale de Chirurgie lui donnait un centre d'études scientifiques dont le rôle fut capital dans son développement : « Ce fut, dit Verneuil, la première réunion homogène composée d'égaux poursuivant le même but et associant leur activité, leurs aptitudes, jusqu'à leurs qualités contraires, pour atteindre la plus haute expression du travail collectif ».

Les Maîtres en chirurgie constituaient alors, sous l'invocation de Saint-Côme, une corporation qui se recrutait elle-même. Ils assuraient l'enseignement, faisaient subir, en présence, il est vrai, de représentants de la Faculté, les examens et les soutenances de thèse. Il y avait un enseignement officiel donné par les démonstrateurs royaux et à l'Ecole pratique de dissection, fondée en 1757 grâce aux libéralités de Lamartinière ; à côté de celui-ci, il y avait un enseignement libre, très vivant, très actif, et qui le restera pendant toute la période de la Révolution et de l'Empire. Cet enseignement portait sur l'anatomie, la pathologie chirurgicale, les opérations et les appareils. Il était surtout théorique et se faisait à l'amphithéâtre de Saint-Côme ou dans des amphithéâtres privés. L'enseignement clinique était encore presque nul : ce sera la gloire de Desault de le créer à la fin du siècle dans les salles de l'Hôtel-Dieu. Les étudiants s'attachaient à quelque maître qu'ils accompagnaient dans son service d'hôpital, s'il en avait un, et même dans sa clientèle ; seuls, dans quelques grands hôpitaux, les « chirurgiens gagnant maîtrise » remplissaient des fonctions analogues à celles de nos internes et acquéraient de ce fait une sérieuse instruction clinique.

Telle était l'organisation des études chirurgicales au temps

de la jeunesse de Duval. De cette période de sa vie, nous savons seulement qu'il fut nommé élève de l'Ecole Pratique, où l'on entrait par la voie du concours, et qu'il eût plus particulièrement pour maîtres Delaporte et Chopart.

Delaporte était conseiller de l'Académie et questeur du Collège de Chirurgie ; il a publié, entre autres choses, un mémoire sur l'hydropisie enkystée et le squirrhe des ovaires où il envisage la possibilité de l'ablation de ces tumeurs. C'est à lui que Duval dédia sa thèse, se reconnaissant son élève très dévoué, *ejus deditissimus alumnus.*

Mais c'est à Chopart qu'il doit le plus. François Chopart était professeur royal, conseiller et ancien commissaire de l'Académie, l'un des meilleurs chirurgiens de son époque. Duval travailla sous ses ordres à Bicêtre, fut présenté par lui à Desault dont il suivit également les leçons. L'élève obtint assez de confiance de son maître pour que celui-ci le plaçât auprès de l'un de ses plus illustres clients : d'Alembert.

Le grand mathématicien, le père de l'*Encyclopédie*, depuis la mort de sa très chère et très infidèle amie Julie de Lespinasse, traînait une vie languissante qu'empoisonnait encore la calculose vésicale. Ses douleurs, accentuées peu à peu, devenaient intolérables ; elles avaient transformé, aigri son caractère. Par une appréhension excusable, même chez un philosophe, quand on songe à ce que la taille représentait alors de souffrances et de risques, il repoussait les secours chirurgicaux : « Il n'avait jamais voulu permettre qu'on le sondât, déterminé à ne pas souffrir une opération qui, seule, eût pu lui conserver lavie ; il redoutait de s'assurer de la cause de ses souffrances et le nom de lithotome le faisait frémir ». Avec un tel malade, le rôle de Duval fut, sans doute, plus moral que bien actif ; il réussit, du moins, à apaiser les derniers jours de d'Alembert, qui mourut, « dans le calme et la tranquillité », le 29 octobre 1783. Et ce potinier de Grimm, auquel j'emprunte ces détails, ajoute qu'on lui trouva une pierre grosse comme la moitié d'un œuf, qui n'était pas adhérente, et que l'opération eût été facile.

C'est aussi à Chopart que Duval doit l'inspiration de sa thèse. Chopart avait fait, en 1773, un voyage d'étude en Angleterre, où Hunter multipliait les découvertes en anatomie, en physiologie et en chirurgie. Il avait vu, chez lui, un cas d'anévrisme artério-veineux, affection que le chirurgien anglais venait de décrire pour la première fois, et il en avait vu un autre chez Cleghorn. Ce fut là le sujet qu'il proposa à Duval, et la thèse de celui-ci est le premier travail paru en France sur cette question. Elle fut soutenue, sous la présidence de Chopart, le 12 juin 1786. Cette thèse est courte : 12 pages ; elle est, bien entendu, toute entière écrite en latin, depuis le titre *De Anevrysmale varicoso* et la dédicace, jusqu'à l'adresse de l'imprimeur *Via Cytharea* — ce qui signifie, sans doute, rue de la Harpe — ; mais c'est un latin facile, et que je n'ai eu aucune peine à lire. Duval y donne d'abord une description anatomique de l'artère humérale et des veines du pli du coude ; puis il rapporte les deux observations de Hunter et celle de Cleghorn, les seules connues à cette époque. La description qu'il donne des symptômes de l'anévrisme artério-veineux est assez complète : il note la dilatation et les battements des veines, le frémissement, qu'il compare au sifflement de l'air passant par une fente, et dans certains cas la disparition de tous les symptômes par la compression digitale de l'orifice de communication. Il regarde le pronostic comme bon, la tumeur restant très longtemps stationnaire et par conséquent il ne préconise aucune thérapeutique active : abstention le plus souvent, compression méthodique du membre en totalité, des doigts à la racine, au moyen de bandages, dans les cas rares où il y a menace d'accroissement. Sur ce dernier point, nos idées ont évolué.

***

Sa soutenance de thèse valait à Duval le grade de Maître en chirurgie et, du même coup, lui ouvrait les portes de l'Académie Royale. Le recrutement de cette Compagnie était très libéral et très large. Son règlement de 1751 — le quatrième depuis sa fondation — instituait, en effet, en outre des associés étrangers et des associés régnicoles — c'est-à-dire nationaux — qui ne furent jamais très nombreux, trois classes d'Académiciens : 40 conseillers du Comité perpétuel, 20 adjoints au Comité, et enfin les académiciens libres, en nombre illimité (ils dépassèrent parfois 200), qui comprenaient tous les autres maîtres en chirurgie de Paris. Les deux classes supérieures d'académiciens se recrutaient par voie d'élection dans la classe immédiatement inférieure, compte tenu de l'assiduité des candidats aux séances et de l'importance de leurs travaux. En tant qu'académicien libre, Duval avait droit d'assister aux séances ordinaires, d'y lire des mémoires, d'y prendre part aux discussions, mais sans droit de vote.

L'Académie Royale de Chirurgie avait alors cinquante-cinq ans d'existence, sa première séance ayant été tenue, sous la présidence de Maréchal, le 18 décembre 1731. Jusqu'à 1743, elle s'était appelée Société académique des Chirurgiens de Paris ; depuis cette époque, elle portait le nom sous lequel elle est habituellement connue. Ses débuts avaient été pleins de promesses, et il semblait que toutes les bonnes fées se fussent assemblées autour de son berceau pour lui offrir leurs dons ; elle a pour premier directeur l'illustre J.-L. Petit ; le vieux Fontenelle lui apporte comme modèle ses fameux registres de l'Académie des Sciences ; Bosse, secrétaire de l'Académie des Inscriptions, compose le sujet de la médaille qui sera décernée comme prix par l'Académie, et Boullogne, premier peintre du roi, en fait le dessin ; jusqu'à un prince régnant, Louis Eberhard de Wurtemberg, qui, pour satisfaire la curiosité de la Société académique, lui envoie « le fœtus de Souabe qui a demeuré quarante-six ans dans le ventre de sa mère sans corruption ».

Née sous d'aussi heureux auspices, l'Académie de Chirurgie ne les démentira pas. Elle est devenue riche, en 1747, grâce aux libéralités inépuisables de La Peyronie, qui institue des jetons pour 40 académiciens, un traitement de 3.000 livres pour le secrétaire perpétuel, un prix annuel de 500 livres et d'une médaille d'or.

Ses séances sont actives et animées. Elle entretient une correspondance suivie avec tous les chirurgiens du royaume et les plus illustres de l'étranger : parmi ses associés, on compte Cheselden, Van Swieten, Tronchin, Haller. Elle concentre vraiment en elle tout le mouvement chirurgical de ce demi-siècle. Toutes les observations curieuses, toutes les innovations et découvertes viennent y aboutir ; elles y sont discutées, soumises à une critique sévère, approuvées ou rejetées, et les meilleures seront publiées par les soins de la Compagnie.

Nous ne connaissons guère de l'Académie Royale que son œuvre imprimée, les cinq volumes des Prix et les cinq volumes des Mémoires — ces Mémoires dont notre collègue Lecène a dit fort justement qu'il est peu de lecture aussi intéressante, même pour un chirurgien de nos jours. Mais ce n'est pas là toute l'œuvre de l'Académie.

Il y a, à la bibliothèque de l'Académie de Médecine, dans une sorte de cabinet, tout le reste, tous les documents et les papiers qu'avaient accumulés les secrétaires successifs de la Compagnie, Morand, Quesnay, Louis, les observations, les mémoires inédits, la correspondance des associés étrangers et nationaux ; et cela fait des liasses amassées en tas, et cela remplit des cartons innombrables. J'ai vu ces documents vénérables et poussiéreux, à travers le grillage qui les protège des mains indiscrètes. Je les ai vus, mais je ne les ai point touchés, car, en vertu d'un règlement tutélaire, seuls les membres de l'Académie actuelle ont le droit d'ouvrir ces cartons, de dénouer la ceinture de ces dossiers presque tous vierges. En est-il beaucoup qui usent de ce droit ? Cela n'est pas très sûr, car je crois que ces papiers n'ont encore été ni inventoriés, ni classés. Vers le milieu du dernier siècle, Dubois (d'Amiens), qui était secrétaire perpétuel de l'Académie, y jeta quelques coups de sonde qui lui rapportèrent les éléments de deux intéressantes études sur Louis et sur l'histoire de l'Académie Royale. Mais il reste certainement des richesses à découvrir dans ces vieux documents. Plaise aux dieux qu'il se rencontre quelque jour, pour les en extraire, un homme qui réunisse en lui les triples qualités de chirurgien, d'érudit et d'académicien !

Si je n'ai pu avoir communication de ces archives de l'Académie, du moins ai-je été autorisé à compulser les registres des procès-verbaux et des minutes des séances. Pour peu que

l'on ait le respect de la tradition et le goût des vieilles choses, ce n'est pas sans une certaine émotion que l'on manie ces manuscrits — il y a 9 volumes de procès-verbaux et 6 de minutes — dont le temps a jauni le papier, dont beaucoup de pages sont de la main même de Louis, où l'on retrouve toute la vie intime de l'illustre Compagnie et tant de noms célèbres. Et en parcourant ces procès-verbaux, ce qui m'a peut-être le plus frappé, c'est l'analogie singulière qui se retrouve, à bientôt deux siècles de distance, entre les séances et les méthodes de travail de l'Académie et les nôtres.

L'Académie Royale se réunissait tous les jeudis, de 3 à 5 heures, sauf les jours de fête et pendant la quinzaine de Pâques. Ces réunions avaient lieu au Collège des Chirurgiens ; ce fut donc tout d'abord, et pendant la plus longue période de son existence, à l'amphithéâtre de Saint-Côme. Plus tard, l'Académie et les Ecoles, étant devenues riches, se firent construire un véritable palais sur l'emplacement de l'ancien collège de Bourgogne : c'est la partie ancienne de l'actuelle Faculté de Médecine ; Gondoin en fut l'architecte ; Louis XVI en posa la première pierre en 1774, et l'on voit au musée Carnavalet une charmante aquarelle de Saint-Aubin représentant cette cérémonie. L'inauguration de ces nouveaux bâtiments eut lieu le 27 avril 1775.

Il y avait un bureau. Outre le premier chirurgien du roi, « président-né » de la Compagnie, mais que sa charge retenait d'ordinaire à Versailles ou à Fontainebleau, les « officiers de l'Académie » étaient au nombre de six : un directeur, un vice-directeur, un secrétaire perpétuel, un commissaire pour les extraits, un commissaire pour les correspondances et un trésorier ; sauf le secrétaire et le trésorier, le bureau était renouvelé chaque année.

L'ordre du jour des séances est minutieusement règlé : tout d'abord le commissaire aux extraits communique les lettres, ouvrages et mémoires reçus, et le commissaire aux correspondances lit et fait approuver les réponses faites au nom de l'Académie. Vient ensuite la lecture et la discussion des mémoires, suivant leur ordre d'inscription au registre : chaque mémoire est lu deux fois et on ne discute qu'après la seconde lecture ; s'il y a lieu, le mémoire est renvoyé à une Commission nommée par le Président et qui doit faire son rapport dans un délai donné.

Les discussions étaient animées, parfois d'un ton très vif. Sur ce point, nous avons certainement plus de courtoisie — ou moins d'énergie — que nos anciens. Ne lit-on pas, en effet, au procès-verbal de la séance du 13 juin 1782, que, dans la discussion d'un rapport de Louis, « M. Peyrilhe a fait des objections d'un ton malhonnête et a été honni de la compagnie par de mauvais raisonnements ». Le président est d'ailleurs armé par le règlement pour assurer l'ordre : « Il peut renvoyer sur-le-champ ceux qui causeront du trouble ». Les discussions se terminaient par un vote, adoptant ou rejetant le travail présenté, et ce n'était pas là une simple clause de style, comme les félicitations que nous adressons à la fin de tous nos rapports. Le vote engageait l'opinion de l'Académie. Celle-ci était très jalouse de cette prérogative : ses membres les plus éminents n'avaient le droit de prendre le titre d'académicien que dans les ouvrages qu'ils avaient soumis à son approbation.

Enfin, comme notre Société, l'Académie avait une séance publique annuelle, où l'on proclamait ses prix, où le secrétaire perpétuel faisait l'éloge des membres disparus et où l'on donnait lecture de quelques mémoires particulièrement intéressants.

En l'année 1786, où Duval entre à l'Académie, celle-ci a pour président, depuis trois ans, Andouillé, qui a remplacé Lamartinière dans la charge de premier chirurgien du roi, et pour secrétaire perpétuel Louis, couvert de gloire et d'années, maintenant dans ce poste qu'il occupe depuis près de vingt ans (1764) les traditions de La Peyronie et de Lamartinière. Les autres officiers sont Brasdor, directeur ; Pipelet, vice-directeur ; Sue et Piet, commissaires.

Parmi les autres académiciens, il y a des noms qui ont survécu : Chopart, Sabatier, Lassus, Pelletan, Baudelocque, Antoine Dubois. Il y a aussi Desault, mais c'est précisément à la fin de cette année qu'il renonce à son titre de conseiller et cesse de fréquenter les séances académiques.

On trouvait donc alors à l'Académie Royale des hommes d'une valeur indiscutable, et cependant des historiens de la Chirurgie, comme Malgaigne, Verneuil, Jules Rochard, regardent cette période comme de décadence complète. Il me semble difficile d'en juger, puisque les mémoires de cette époque n'ont pas été publiés. Dans les procès-verbaux, on trouve trace d'observations intéressantes et de discussions sur des sujets comme la trachéotomie dans les corps étrangers des voies aériennes, l'anévrysme artério-veineux, la hernie du cerveau, la symphyséotomie et l'opération césarienne, les luxations du pied, etc. ; il y a même des conceptions chirurgicales sinuglièrement audacieuses, comme la proposition faite par Hévin, en 1785, de lier les artères carotides dans l'apoplexie. Quant aux sujets de prix proposés par l'Académie, ils ne me paraissent pas aussi ridicules qu'on l'a dit : de 1775 à 1783, ils témoignent de préoccupations fort modernes sur l'hygiène des malades et des opérés et envisagent l'influence de l'air, du régime alimentaire et de la diététique, voire même des « passions de l'âme » sur les maladies chirurgicales ; après 1785, l'Académie fait, à l'occasion des prix, une revision complète de l'arsenal chirurgical, étudiant, pour chaque instrument, son utilité, ses indications et son mode d'emploi, sa fabrication et les modifications utiles à lui apporter. Certes, l'étude des ciseaux ou des bistouris nous paraît aujourd'hui un sujet de dissertation assez maigre ; mais nous sommes trop amoureux de technique pour reprocher à nos prédécesseurs d'avoir fait, en leur temps, ce qu'ils pouvaient pour améliorer la leur.

Duval fut assidu aux séances de l'Académie et prit une part assez active à ses travaux, sous forme de communications ou de rapports. Le 22 novembre 1787, il lit un mémoire intitulé « Doit-on faire l'opération de la bronchotomie (c'est-à-dire de la trachéotomie) dans l'angine varioleuse ? », et il répond négativement.

En 1787, 1788, 1791, il fait des rapports : Sur un instrument dentaire dénommé « luxateur universel » ; sur une amputation du bras faite avec succès ; sur des observations de fracture de la mâchoire inférieure ; sur une concrétion tartreuse aux dents; sur une plaie d'arme à feu de la face avec fracture, et — exemple digne d'être suivi — toujours ses rapports sont déposés dans la quinzaine, au plus tard dans le mois qui suit la nomination de la Commission.

En 1792, il donne lecture d'un mémoire sur la consolidation des fractures des dents, puis de deux observations, tirées de la *Gazette dentaire*, de cas de surdité guérie par la perforation de l'apophyse mastoïde.

Le 5 mai 1791, il a les honneurs de la Séance publique annuelle où il lit des recherches historiques sur l'art du dentiste chez les anciens, pour lesquelles il avait largement mis à contribution les petits poètes et les faiseurs d'épigrammes de Rome.

Son assiduité et son application légitimaient le passage de Duval de la classe des académiciens libres dans celle des adjoints. Il commença à s'y présenter en 1792. Il y eut cette année-là trois élections d'adjoint : à la première, le 29 mars, Duval n'eut que 5 voix et fut le quatrième de la liste ; le 3 mai, il est second, avec 11 voix, derrière Gallée qui est élu ; le 2 août, il est troisième, derrière Michaud et Pipelet fils. C'étaient des échecs honorables et il est certain que Duval n'eût plus attendu bien longtemps sa promotion d'adjoint ; mais l'Académie entrait alors dans des jours sombres et il n'y eut plus d'élection après celle du 2 août 1792.

Le nom de Duval apparaît une dernière fois dans les procès-verbaux de l'Académie de Chirurgie, le 6 juin 1793 ; on discutait la publication d'un sixième volume de Mémoires ; « M. Duval a lu à ce sujet des réflexions qu'il a rédigées et déposées dans les Archives du secrétariat » ; il proposait 26 sujets de mémoires qui eussent fourni la matière du volume projeté. Les événements empêchèrent ce projet d'avoir une suite.

Duval s'intéressait donc encore à cette époque, aux questions de chirurgie générale. Mais déjà — et ses communications à l'Académie en font foi — il s'était spécialisé comme dentiste. Son mariage n'avait pas été étranger à cette orientation nouvelle. Vers l'époque où il soutenait sa thèse, Duval


LABORATOIRES CIBA O. ROLLAND LYON
Les plus assimilables
DES MÉDICAMENTS PHOSPHORÉS
FERROPHY
Phytinate de Quinine
GRANULÉ DE FERROPHYTINE MARQUE CIBA
PHYTINE CIBA
FORTOSSAN CIBA
La PHYTINE et ses dérivés:
FERROPHYTINE
PHYTINATE DE QUININE
FORTOSSAN
PHOSPHORE
CHAUX
MAGNÉSIE
Se trouvent dans la Phytine sous leur forme la plus assimilable, et qui assure le mieux leur synergie thérapeutique.
La découverte de la PHYTINE a résolu le problème de la médication PHOSPHORÉE rationnelle
PHYTINE
FERROPHYTINE
FORTOSSAN
Groupements organiques assimilables éminemment aptes aux synthèses de l'être vivant.
LABORATOIRES CIBA
Rég. du Commerce A. 10 694 LYON
O. Rolland
1, place Morand, LYON

XXVe anniversaire de la Société médicale du littoral méditerranéen. — La Société médicale du littoral méditerranéen avait invité des professeurs de Facultés et Ecoles de médecine, des présidents de Société de médecine, des directeurs de journaux médicaux et des représentants des universités et Sociétés médicales de Belgique, Luxembourg et Suisse romande, à assister aux quatre journées de fêtes qu'elle a données, à l'occasion de son 25e anniversaire.

Ceux qui n'avaient pu répondre à l'invitation de la Société médicale du littoral devront le regretter. Il était difficile, dans un cadre aussi somptueux, d'organiser des réceptions qui ne lui parussent point inférieures. Et cette difficulté n'a pas paru exister. Les grands palaces ensoleillés de la Côte d'Azur ont été de la fête, et le luxe de leurs tables et de leurs intérieurs était à l'unisson de la lumière chatoyante et de la végétation luxuriante qui les entourent. Et les visites plus austères de l'Institut océanographique, du Musée d'anthropologie, des cliniques héliothérapiques et des établissements de physiothérapie, des usines d'ozonisation, ne furent pas d'un niveau moin élevé, tant par l'opulence de leurs installations (dont quelques-unes sont uniques au monde), que par le ton des discours prononcés :

Citons au hasard ceux des Drs Sardou, Nice, et Bufnoir, Cannes, sur les caractéristiques du Climat du littoral ; de M. Vallot, Nice, directeur de l'observatoire du Mont-Blanc, sur l'activité solaire ; du Dr Maurice Faure, Nice, sur l'œuvre scientifique du prince Albert de Monaco ; des Drs Guiter, Cannes, et Herard de Besse, Beaulieu, sur l'Œuvre accomplie par la Société médicale du littoral en 25 années d'existence ; du Dr Jaubert, Hyères, sur l'héliothérapie pratiquée sur le littoral, nous paraissent mériter, par leur tenue scientifique ou littéraire, une mention particulière. Il faudrait citer encore la visite aux grottes de Grimaldi et le petit exposé préhistorique, admirable de concision et de clarté du Dr Maurice Faure ; l'histoire du monument d'Auguste et de la première route des Gaules, par M. Casimir, maire de La Turbie ; les allocutions entraînantes du Dr Gimbert, président de la Société ; les souhaits de bienvenue exprimés avec tant de distinction et de courtoisie à la fois, par S. E M. Piette, ministre de S. A. S. le prince de Monaco ; Mr. Capron, maire de Cannes ; M. Fontana, maire de Menton ; par le Dr. Casiglia au nom du conseil général des Alpes-Maritimes, le Dr Barbary, au nom du préfet, le Dr Guillaume au nom du maire de Nice, etc.

Tant de fleurs n'ont point laissé les hôtes indifférents : MM. les prof. Gley, Collège de France, Nobécourt, Euzières. MM. les Drs Perrin, Arbinet, MM. le prof. Ag. Laignel-Lavastine, prof. Delmas, prof. ag. Gunzburg, Dr Krombach, MM. les Drs. F. Regnault, et Gramer ont exprimé notre enchantement avec à propos et éloquence.

Souhaitons longue vie et prospérité à la Société médicale du littoral méditerranéen dont l'œuvre en ces 25 années, est digne de retenir l'attention.

Cours de la Faculté de Médecine de Paris. — Conférences organisées par la Société des amis de la Faculté de médecine. (Président : M. Léon Bourgeois ; secrétaire général : M. le professeur Chauffard.) — Ces conférences sont destinées à exposer des questions d'actualité, de faire connaître des travaux nouveaux et des recherches personnelles.

Elles auront lieu le vendredi, à 21 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, aux dates indiquées ci-dessous :

5 *février*. — Professeur P. Duval : La radiographie de la lithiase biliaire.

13 *février*. — Docteur Léri, agrégé : La rhumatisme vertébral.

20 *février*. — Professeur Guillain : L'intoxication par la cocaïne. Les cocaïnomanes.

27 *février*. — Docteur Chiray, agrégé : Le tubage duodénal.

6 *mars*. — Professeur Jeannin : Des troubles de la dilatation du col au cours du travail.

13 *mars*. — Docteur Debré, agrégé : Que doit-on penser aujourd'hui de l'hérédité tuberculeuse ?

20 *mars*. — Docteur Richet, agrégé : L'alimentation dans les maladies infectieuses.

27 *mars*. — Docteur Lemaître, agrégé : Cinq mois dans l'Amérique du Sud.

3 *avril*. — Docteur Gougerot agrégé : Les traitements prophylactiques et abortifs de la syphilis.

Ces conférences sont publiques ; aucune carte n'est exigée à l'entrée.

avait épousé la fille de Le Roy de la Faudignière. Cet homme au nom sonore était dentiste ; il avait exercé d'abord à Rouen, puis à Paris où il s'était fait une belle clientèle : il était dentiste du Prince Palatin et du maréchal de Noailles, et aussi du hautbois de la chambre du roi. Il était inventeur d'un élixir dentifrice auquel il avait donné le nom printanier d'Eau de May ; il vendait cet élixir, et son gendre, qui le prône dans quelques-uns de ses ouvrages, continua à le vendre après lui. Grâce à tout cela, le Roy de la Faudignière était devenu riche : il avait une galerie de tableaux et un somptueux appartement place Royale. C'est certainement lui qui dirigea l'activité de Duval vers l'art dentaire.

C'était, pour celui-ci, une heureuse recrue. Cette branche de la médecine avait été longtemps du ressort des empiriques et des opérateurs ambulants. La corporation de Saint-Côme, de qui dépendaient les dentistes, avait dû établir autrefois un règlement leur interdisant « de prendre le costume des charlatans et de courir les foires et marchés ». Au cours du XVIIIe siècle, le niveau de la profession s'était relevé, en même temps que l'étude des dents et de leurs maladies prenait un caractère plus scientifique. Les travaux d'hommes, tels que Fauchard et Jourdain, avaient réalisé d'importants progrès dans ce domaine et Hunter lui-même s'était occupé de l'appareil dentaire. Duval, avant de se spécialiser, avait acquis une forte culture générale en chirurgie et en médecine, et il abordait la pratique de la dentisterie, nous dit Larrey, « non pas comme un mécanicien ou un industriel, mais en chirurgien et en savant, parce qu'il la considérait comme une partie intégrante de la médecine ».

Il habitait alors chez son beau-père, place Royale. La maison, dont il occupait un appartement, n'a pas changé ; c'est celle qui enjambe, par une voûte, la rue de Birague, là où celle-ci débouche sur la place des Vosges. Elle porte le nom de Pavillon royal, car elle fût, dit-on, bâtie par Henri IV ; et elle conserve encore, à la façade sur la place, le buste du Béarnais, et à l'opposé, du côté de la rue de Birague, à la frise surmontant les voûtes, l'H initiale de son nom. Construit en briques rouges avec ornements de pierre de taille, comme toutes les maisons de cette admirable place, qui est l'un des joyaux de Paris, le Pavillon Royal avait une entrée sur la place, une autre sur la rue, cette dernière aujourd'hui remplacée par une boutique d'horloger.

C'est là que Duval de La Faudignière — car il avait ajouté à son nom celui de son beau-père — exerçait sa profession vers les dernières années de la Monarchie. Sa clientèle prospérait. La naissance d'une fille, en 1790, avait apporté une joie nouvelle à son foyer. La vie s'annonçait facile ; mais déjà la Révolution était en marche, qui devait jeter quelque trouble dans une existence jusqu'alors régulière et tranquille.

Il est assez curieux de suivre, jour par jour, dans les procès-verbaux de l'Académie de Chirurgie, la réaction des événements politiques sur une semblable Compagnie.

La première indication figure à la date du jeudi 15 juillet 1789 : ce jour-là, il n'y eut pas de séance « à raison des troubles ». Il y avait eu la veille, en effet, quelque bruit dans Paris, et la place Royale était trop proche de la Bastille pour n'en avoir pas recueilli les échos : après la chute de la vieille prison d'Etat, le gouverneur De Launay, poursuivi par l'émeute, se réfugia précisément dans la maison qu'occupait Duval ; on l'y cacha d'abord, puis on le fit échapper par la porte de derrière, celle qui donnait sur la rue de Birague actuelle ; mais, quelques pas plus loin, c'était la rue Saint-Antoine, et la foule grouillante qui reconnut le malheureux et l'écharpa.

Quelques semaines plus tard, le 13 août, le bureau de l'Académie, sur l'invitation du district des Cordeliers, vient en députation assister à la bénédiction des drapeaux en présence du Marquis de La Fayette.

Puis ce sont des vacances à l'occasion de la Fête de la Fédération.

Voici maintenant la Patrie en danger et l'appel aux armes : le 10 mai 1792, le directeur Sabatier, nommé chirurgien-consultant de l'armée du Nord, quitte l'Académie où il sera remplacé par le vice-directeur. Et l'Académie désigne, à la demande des Pouvoirs publics, des jurys pour examiner les candidats aux grades de chirurgien-major ou aide-major dans la marine, dans la gendarmerie du département, etc.

Et puis une modification apparaît dans les procès-verbaux : ils sont datés maintenant de l'An quatrième de la Liberté et premier de l'Egalité, ou de l'an I de la République, et le nom de *citoyen* remplace le *monsieur* d'autrefois. Le 8 novembre 1792, un membre, anonyme, propose de nommer un nouveau président à l'Académie, proposition, somme toute, assez logique, car Andouillé se cachait et il n'y avait plus de premier chirurgien du roi, puisqu'il n'y avait plus de roi et que Louis XVI était au Temple. La motion fut ajournée.

Le 6 décembre de la même année, l'Académie décide que, pour diminuer ses dépenses, les jetons seront désormais payés en papier « à raison de 46 sols par jeton ».

Des questions plus graves allaient, d'ailleurs, préoccuper l'Académie. Il y avait, dans ses bâtiments et jusque sur ses murs, des meubles, des ornements, des emblêmes qui, comme on disait alors, étaient « relatifs à la Féodalité et à la Royauté ». Elle possédait, en particulier, deux statues « pédestres » de Louis XV, son fondateur. L'une était en bronze. Magnifique occasion pour la Compagnie de témoigner de son civisme : on l'envoya à la fonte « pour être convertie en instruments propres à l'artillerie ». Mais l'autre était de marbre, et avec du marbre on ne peut faire des canons. Donc, le 25 octobre 1792, l'Académie décide d'en référer au ministre de l'Intérieur et de lui écrire à ce sujet. Le ministre ne répond pas ; il avait alors d'autres sujets de préoccupation : c'est le moment du procès du roi.

On attend donc ; puis, au mois de mars suivant, en prévision de la séance publique qui était prochaine, et pour que cette image d'un tyran n'offusque point les yeux des patriotes qui pourraient y assister, on décide de la dissimuler derrière une palissade de planches. Mais voici qu'en juillet des « particuliers » s'introduisent dans la grande salle des Ecoles et mettent en pièce, l'effigie de Louis le Bienaimé. L'Académie était enfin débarrassée de cette terrible statue ; mais l'affaire avait fait du bruit, on en avait parlé dans les journaux et jusqu'au conseil de la Commune. Et puis, il y avait encore d'autres images royales dans les locaux, la fresque du grand amphithéâtre et la frise sculptée qui ornait le fronton extérieur. Le directeur, Sabatier, opportuniste qui cherchait surtout à écarter les responsabilités, propose encore de s'adresser au ministre et de l'inviter « à ordonner à cet égard ce que sa prudence lui suggérerait ». Mais l'Assemblée a senti passer sur elle le vent de la peur, et elle nomme d'acclamation une Commission avec « tous pouvoirs pour anéantir tous les effets, meubles et autres objets qui pouvaient offrir des traces de l'Ancien Régime ».

Les trois commissaires, qui étaient Lassus, Peyrilhe et Caron, rendirent compte de leur mandat dans une séance extraordinaire, le 22 juillet. Ils n'avaient pas été jusqu'à « l'anéantissement », ils s'étaient contentés de la transformation des ornements suspects ; ils avaient pris conseil des citoyens Barthélemy et Brunet qui leur avaient indiqué, l'un pour les peintures, l'autre pour les sculptures, « les moyens de conserver avec des changements analogues aux principes de la République ».

Nous ne saurons jamais — car toute trace en a disparu — comment on put donner une allure républicaine à la fresque de l'amphithéâtre, œuvre de Gibelin, qui représentait Louis XVI sur son trône, entouré de figures allégoriques, et devant lui Lamartinière lui présentant les maîtres et les élèves des Ecoles de Chirurgie. Mais nous pouvons nous rendre compte de la transformation, fort adroite et fort élégante, que subirent les sculptures de Berruer. Placez-vous en face de l'entrée de la Faculté de Médecine et regardez le bas-relief du plus pur style du XVIIIe siècle, qui orne le fronton au dessus de la grille ; vous y verrez, au centre, la Bienfaisance, reconnaissable au mouton couché à ses pieds, ordonnant la construction des Ecoles de Chirurgie. Eh bien, jusqu'à 1793, il y avait à la place de cette aimable déesse l'effigie de Louis XV en grand manteau de cour. On fit encore quelques autres retouches : la Minerve, qui élève sa lance derrière la Bienfaisance, était primitivement ornée du cordon de Saint Louis et tenait à la main des diplômes et des brevets ; on lui supprima son cordon et l'on

remplaça les parchemins par des branches de laurier, emblème plus républicain.

Après ces transformations, l'Académie pouvait se croire enfin tranquille. Mais il y avait contre elle une accusation autrement grave, un délit réellement « anticivique » : une main inconnue avait effacé les mots de Liberté et Egalité inscrits sur les murs de l'amphithéâtre ! Il fallut, cette fois, que le secrétaire Sue se rendit au Directoire du Département et au Conseil général de la Commune, qu'il y portât le registre des délibérations de l'Académie et qu'il y exposât que pareil délit « ne pouvait avoir été commis que par la main ennemie de quelque malveillant qui s'était introduit dans l'amphithéâtre lorsqu'il n'y avait ni professeurs, ni élèves ». On passa condamnation pour cette fois. Mais, dès lors, les jours de l'Académie étaient comptés : elle sentait trop l'Ancien Régime.

Elle n'eut même pas les honneurs d'une exécution spéciale. Elle passa dans la charrette commune. Le 8 août 1793, sur un rapport de Grégoire au nom du Comité d'instruction publique, la Convention prenait ce bref arrêté, net et tranchant comme un couperet : « Toutes les Académies et Sociétés littéraires, patentées ou dotées par la Nation, sont supprimées. »

L'Académie de Chirurgie se réunit une dernière fois, le 22 août, pour prendre l'arrêté que voici, dont j'ai eu en mains l'original écrit et signé par Sue, secrétaire, contresigné par Sabatier, président : « Ce jourd'hui, 22 août 1793, l'an II de la République française, une et indivisible, les membres qui composaient l'Académie de Chirurgie et qui n'avaient pu se réunir le jeudi 15 du présent mois à cause de la fête, se sont assemblés dans le lieu et à l'heure ordinaires. Le secrétaire par intérim a fait lecture du procès-verbal de la dernière séance, et ensuite, sur la réquisition du Directeur, la lecture du décret de la Convention nationale du 8 de ce mois. L'Académie, pour obéir à la loi, arrête qu'elle lève sa séance. »

Ainsi finit l'Académie Royale de Chirurgie, après soixante-deux ans d'existence.

***

L'Académie dissoute, ses membres se dispersent. La plupart se cachent, car on est en pleine Terreur. Duval fit comme eux : il était doublement suspect, suspect en raison de ses attaches et de ses opinions royalistes, suspect à cause de son frère l'abbé, émigré avec le comte d'Artois dont il était devenu le confident. Pendant ces années sombres, on n'entend plus parler de lui. Comme tant d'autres, « il vécut », exerçant obscurément et péniblement sa profession. Les temps étaient durs et les clients rares, et Duval a parlé lui-même mélancoliquement de « ces époques de calamités, compagnes des révolutions, où la plupart des soins qu'on donne ordinairement à la bouche des riches étaient regardés par certains individus comme un objet de luxe digne alors du plus grand anathème ».

Mais la vie allait bientôt reprendre et les vieilles institutions renaître, plus ou moins transformées. On avait bien taillé, il fallait recoudre. La Convention avait fait table rase, mais la table rase n'est pas une méthode de gouvernement pour un grand pays. Elle avait supprimé la Faculté de médecine en 1792 et les Ecoles de chirurgie en 1793. Dès l'année suivante, par la loi du 14 frimaire an III votée sur un rapport de Fourcroy, elle rétablit l'enseignement médical en créant les trois Ecoles de Santé de Paris, Montpellier et Strasbourg et, du coup, — car les Révolutions ont aussi leurs avantages, — elle réalise ce que les jalousies corporatives avaient empêché pendant un siècle d'Ancien Régime : la fusion de la médecine et de la chirurgie. Où prendre le personnel enseignant de ces nouvelles Ecoles sinon dans les anciens cadres ? Et nous voyons reparaître tous les noms de l'Académie et du Collège de Chirurgie : les professeurs s'appellent Chopart, Peyrilhe, Sabatier, Desault, Pelletan, Lassus ; les adjoints, Dubois, Boyer, Baudelocque, Percy.

Après l'enseignement, ce sont les Sociétés médicales qui vont reparaître. Il s'en crée deux, presque simultanément, en 1796. L'une fut formée par les jeunes : il y avait alors, à l'Ecole de Paris, une phalange de jeunes hommes venus de leurs provinces ou des armées, qui montaient à l'assaut de la vieille médecine, comme leurs camarades montaient à l'assaut des villes ennemies, pleins de feu, d'énergie et d'audace. Ils avaient pour chef et pour drapeau Xavier Bichat, dont l'immortel génie allait, en trois années, jeter les bases d'une anatomie et d'une pathologie nouvelles. Autour de lui, on retrouve tous les noms qui vont illustrer le premier tiers du XIXe siècle : Dupuytren et Laënnec, Richerand et Alibert, Récamier et Bayle, Flaubert et Roux, et vingt autres. C'est ce groupe qui crée, en messidor an IV, la Société d'Emulation, qui fut l'une des plus vivantes et des plus remarquables Sociétés médicales qui aient existé en France.

De leur côté, les anciens, les membres survivants de l'Académie de Chirurgie et de la Société Royale de Médecine s'étaient groupés en germinal de la même année, en constituant la Société de Santé, plus tard Société de médecine de Paris, qui poursuit encore aujourd'hui une carrière plus que centenaire.

Enfin, comme il faut toujours que le pouvoir imite et concurrence les libres initiatives, un arrêté du ministre de l'Intérieur, en date du 12 fructidor an VIII, avait institué une Société de la Faculté de médecine. Cette Société n'eut jamais l'activité et l'intérêt des Sociétés libres ; mais, création officielle, elle hérita des archives de l'Académie de Chirurgie et de la Société Royale de Médecine.

Duval appartint à la Société de médecine de Paris. Il en prend le titre dans quelques-uns de ses ouvrages et il y lut, le 24 ventôse an XI, des réflexions sur l'odontalgie considérée dans ses rapports avec d'autres maladies.

Il fut également associé adjoint à la Société de la Faculté et il y fit plusieurs communications. En 1810, ce sont des propositions sur les fistules dentaires, précédées d'observations sur la consomption de la racine des dents, ouvrage intéressant dans lequel Duval donne une bonne description des kystes radiculaires et conseille, comme on le fait aujourd'hui, d'extraire la dent cariée en pleine fluxion, sans attendre la formation et l'ouverture des abcès. En 1812, c'est la notice historico-médicale sur les Normands, et en 1814, un mémoire sur l'état des os des mâchoires dans les abcès fistuleux des gencives.

La période du Consulat, de l'Empire et des premières années de la Restauration est, d'ailleurs, celle où Duval publie la plupart de ses travaux. En voici l'énumération dans l'ordre chronologique, abstraction faite de ceux que j'ai déjà signalés :

En 1802 : Des accidents de l'extraction des dents.

En 1805 : Le dentiste de la jeunesse ou moyens d'avoir les dents belles et bonnes, précédés des conseils des poètes anciens sur la conservation des dents, ouvrage destiné aux pères et mères et à toutes les personnes chargées de l'éducation des enfants.

En 1807 : Expériences et observations pratiques sur les dents plombées qui sont susceptibles de l'influence galvanique.

En 1811 : Observations sur les entamures et fractures des dents.

En 1812 : Mémoire sur la position relative à l'ouverture externe du canal maxillaire pour servir à la démonstration de l'accroissement de la mâchoire inférieure.

En 1814 : Observations sur quelques affections douloureuses de la face considérées dans leurs rapports avec l'organe dentaire.

En 1816 : Notice sur la vie et les œuvres de M. Jourdain, dentiste.

En 1820 : L'arrangement des secondes dents ou la méthode naturelle de diriger la deuxième dentition, soumise au jugement de la raison et de l'expérience.

Je ne puis analyser ici tous ces travaux. Ils sont tous trop spéciaux pour offrir grand intérêt à des chirurgiens. Et d'ailleurs j'avouerai humblement qu'il en est quelques-uns que je n'ai pas lus.

Je voudrais seulement indiquer quels caractères généraux apparaissent lorsqu'on parcourt les écrits de Duval et leur donnent leur physionomie particulière. Il m'a semblé qu'il y avait en lui trois qualités essentielles. C'est un « curieux de la nature », comme on disait au XVIIIe siècle, s'intéressant à toutes choses, étudiant avec le même enthousiasme et la même précision une défense d'éléphant ou un cas de pathologie buccale. C'est aussi un humaniste accompli : son style est agréa-

ble, émaillé, parfois à l'excès, de réminiscences classiques et de citations des auteurs anciens. Cela aussi est bien de son époque et peut paraître à quelques-uns un peu ridicule. Mais combien existe-t-il de dentistes et même de chirurgiens capables, comme Duval, de nous transmettre les recettes des dentifrices, au moyen desquels Octavie, sœur d'Auguste, et Messaline avivaient l'éclat de leurs dents et parfumaient leurs baisers, ou d'écrire un Commentaire médical sur une épigramme de Martial ?

Enfin Duval est, avant tout, un médecin qui veut faire rentrer l'art dentaire dans le cadre général de la pathologie. En cela, il est tout à fait moderne, et c'est là son grand mérite. « Il est le premier, dit Londe, qui par des connaissances générales étendues et une grande sagacité d'observation ait rattaché les douleurs odontalgiques aux affections générales de l'organisme », et Duval lui-même écrivait : « Si la plupart des dentistes avant d'en venir à leur pratique particulière étaient plus familiers avec les principes de l'art de guérir, il y aurait moins de fautes et moins d'inculpations ».

C'est l'époque la plus brillante de la vie professionnelle de Duval. L'ordre consulaire et impérial a ramené le calme et le luxe. Sa clientèle s'est reformée. Il vit largement, toujours dans sa maison de la Place des Vosges, au milieu de ses livres, car il aime les livres et il y puise une érudition qui étonne son entourage. « Jamais, rapporte Londe, on n'entretenait Duval d'une découverte récente, qu'à l'instant même il ne s'empressât de saisir dans sa bibliothèque un volume et de faire reculer, souvent de quelques siècles, et avec une jovialité déconcertante, la prétendue découverte dont on l'entretenait, et cela pour les parties mêmes de la science que l'on eût pu supposer lui être le moins familières, la toxicologie par exemple. »

J'ai retrouvé, dans les collections de l'Académie de médecine, un portrait de Duval qui doit dater de cette époque. La figure, fine et glabre, émerge d'une de ces épaisses redingotes comme on en portait alors ; le front, haut, est surmonté de cheveux drus et épais ; des arcades sourcilières un peu fortes surplombent le regard vif ; la bouche s'élargit en un sourire assez narquois ; le menton accentué saille entre les pointes du col de lingerie. L'ensemble donne l'impression d'un homme d'esprit et de race.

Sa fille avait grandi. Elle épousa un jeune chirurgien plein d'avenir, Jean-Nicolas Marjolin, qui s'était déjà illustré dans l'enseignement libre et avait apparu comme un rival de Dupuytren et qui devait, quelques années plus tard, devenir professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté et chirurgien en chef de Beaujon. De ce mariage étaient nés deux fils.

La situation scientifique et professionnelle de Duval le désignait tout naturellement pour entrer à l'Académie de Médecine. Le décret de Louis XVIII instituant cette Compagnie, le 27 décembre 1820, n'avait nommé directement qu'une partie de ses membres — parmi lesquels Marjolin — lui laissant le soin de se compléter elle-même. La première élection eut lieu en février 1821 ; il y avait onze places à pourvoir dans la section de chirurgie ; Duval fut l'un des élus.

Comme jadis à l'Académie de Chirurgie, il fut le modèle des académiciens par son assiduité et sa « scrupuleuse exactitude ». C'est à l'Académie de Médecine qu'il apporta ses derniers ouvrages ; en 1825, une notice sur les travaux entrepris en France sur les dents depuis 1790, en 1833, des observations pratiques sur la sensibilité des substances dures des dents, et des observations anatomiques sur l'ivoire.

Les années passaient. Duval est devenu un septuagénaire, mais il conserve intacte toute sa vivacité de corps et d'esprit. Devant ses yeux qui ont déjà vu tant d'hommes et tant de choses, se déroulent encore des événements inattendus : il voit repartir en exil le dernier Bourbon, il voit le règne et la chute de la monarchie de Juillet, puis une seconde et brève République, puis de nouveau les Aigles se poser au fronton des Tuileries.

Ses petits-fils ont grandi. L'un d'eux, René, qui est aussi son filleul, a suivi l'exemple de son père et de son grand-père et embrassé la carrière chirurgicale. Il a été externe chez Dupuytren, le rival heureux de son père, puis interne, et en 1842, à trente ans, il vient d'être nommé chirurgien du Bureau central. C'est lui qui amènera Duval à notre Société.

***

Dans ces années quarante, les chirurgiens parisiens, les jeunes surtout, s'agitaient. Ils n'étaient pas heureux. Ils sentaient qu'il leur manquait quelque chose : une Société qui les eût groupés tous et où ils eussent mis en commun leur expérience et leurs observations, pour les progrès et le perfectionnement de cet art si passionnant que tous ceux qui le pratiquent en deviennent amoureux.

Il y avait bien l'Académie de Médecine. Mais, depuis 1829, l'Académie ne comprenait plus deux sections, médecine et chirurgie, délibérant séparément, et dans ce grand corps, composé d'éléments très divers, les chirurgiens se sentaient quelque peu noyés. Et puis, le recrutement de l'Académie était limité : on y arrivait tard, beaucoup n'y arrivaient pas — et le souvenir d'une autre Académie, celle du siècle précédent, hantait les esprits.

Il se rencontra alors 17 audacieux, tous jeunes, ayant à leur tête un jeune professeur, Auguste Bérard, qui, le 25 août 1843, dans une salle de l'Hôtel de Ville, fondèrent la Société de Chirurgie de Paris. Le dernier des 17, le plus jeune, était René Marjolin. Il allait être l'un des animateurs.

La nouvelle Société avait le désir légitime d'attirer à elle, non seulement les jeunes chirurgiens, mais aussi leurs aînés, ceux dont les noms étaient illustres, qui siègeaient à la Faculté et à l'Académie. Et c'est pour eux qu'elle inscrivit dans ses statuts l'article 8 qui nous régit encore : « Seront nommés membres honoraires... les chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de Paris en exercice depuis plus de douze ans qui en feront la demande écrite et qui obtiendront au scrutin secret la majorité des suffrages ».

Cet appel aux anciens ne fut pas entendu. Dédaigneux de la nouvelle Société, tous l'ignorèrent. Tous, sauf un seul, Nicolas Marjolin, le « bon » Marjolin, comme on l'appelait, qui, entraîné par son fils, se fit nommer membre honoraire. Il fut le premier, et il fut le seul jusqu'à sa mort qui survint en 1850. A ce moment, la Société de Chirurgie ne comptait plus de membre honoraire.

Alors, René Marjolin eut une idée de génie : son père était mort, il amènerait son grand-père ; le second membre honoraire de la jeune Société serait le doyen des chirurgiens français, le vétéran de l'Académie Royale.

Duval accepta et, dans la séance du 28 décembre 1852, Larrey faisait un rapport sur les travaux de « ce vénérable confrère qui, survivant seul, depuis de longues années, à ses illustres collègues, désirait rajeunir son passé en venant prendre place parmi les membres de la Société ». La candidature, on le pense, fut acclamée.

Le 12 janvier 1853, Duval — il avait alors quatre-vingt-quinze ans — vint prendre séance et fut reçu par le président Guersant. Il prononça l'allocution suivante :

« Messieurs et chers Collègues,

« C'est avec bonheur que j'ai reçu le titre que vous avez bien voulu me donner. Resté seul de l'ancienne et très illustre Académie Royale de Chirurgie, je suis heureux de servir de trait d'union entre votre devancière et vous. Vous avez déjà conquis par vos travaux une grande place dans la science ; soyez certains que je vous suivrai avec joie dans la route que vous poursuivez si honorablement. Quant à mes rapports avec vous, mes chers collègues, ils seront, croyez-le bien, toujours bons et agréables, comme ils doivent ne jamais cesser d'exister entre confrères. Permettez-moi, en terminant, de déposer sur le bureau, comme gage des sentiments que j'éprouve, le *Serment d'Hippocrate.* »

Ce que Duval offrait ainsi à ses nouveaux collègues, c'était une plaquette de 19 pages, qu'il avait publiée en 1818 et qui contenait les traductions française et latine du fameux Serment, et des considérations curieuses et fort érudites sur les serments en chirurgie.

Ah ! Messieurs, ce *Serment d'Hippocrate* que le dernier représentant de la Chirurgie du XVIIIe siècle apportait à votre Société naissante, est-ce qu'il ne devrait pas être pour elle une relique et une sorte de talisman ? N'est-ce pas sur lui,

comme sur un Evangile, que les nouveaux promus devraient prêter le serment traditionnel de fidélité à notre corps ? Hélas! j'ai vainement cherché dans notre bibliothèque ce précieux exemplaire ; je n'en ai retrouvé ni trace, ni même souvenir. Il a été perdu dans quelqu'un de nos multiples déménagements, et, pour connaître cette œuvre de Duval, j'ai dû recourir à la bibliothèque de la Faculté.

Duval assista-t-il à d'autres séances de la Société de Chirurgie ? La chose est possible et semblerait même vraisemblable, si l'on en croit Larrey : « Nous vîmes, dit-il, siéger au milieu de nous celui que son grand âge avait fait le contemporain des maîtres de nos maîtres, et qui redevenait aussi jeune que le plus jeune de nos collègues, par la vive allure de son maintien et par la tournure animée de son esprit ». Toujours est-il qu'il n'y prit jamais plus la parole, et c'est René Marjolin qui, dans la séance du 18 janvier 1854, offrit en son nom à la Société un exemplaire de sa vieille thèse latine.

En tout cas, Duval, jusqu'à son dernier jour, fut tenu par son petit-fils au courant des travaux de la Société de Chirurgie. J'ai eu la curiosité de relire les Bulletins de ces années 1853 et 1854 et je me suis demandé ce que le vieux chirurgien devait penser des travaux de ses successeurs. A de certains jours, il pouvait se croire encore à l'Académie Royale : ainsi lorsque, à propos d'une communication de Roux, la Société discute longuement le traitement des anévrysmes ; lorsque Paul Broca vient y lire son travail sur les luxations sous-astragaliennes ; et même quand Robert Lee, correspondant étranger, lui envoie d'Angleterre le relevé de 162 ovariotomies (avec 61 morts) : Delaporte, son maître, et Morand, et Hévin n'avaient-ils pas, au siècle précédent, entrevu la possibilité de cette opération ?

Mais, à d'autres jours, il voyait s'ouvrir des horizons inconnus des chirurgiens d'autrefois. Une science nouvelle était née, l'anatomie pathologique microscopique, dont le mémoire de Lebert sur les tumeurs fibroplastiques montrait toute l'importance en pathologie chirurgicale. Une transformation plus radicale encore de toute la chirurgie venait d'être réalisée par la découverte récente des anesthésiques et Duval put entendre avant de mourir, la longue et célèbre discussion provoquée par un rapport de Robert, sur les accidents de la chloroformisation, qui reste encore aujourd'hui ce que l'on a peut-être écrit de plus sensé et de plus vrai sur cette grave question. Et déjà, quelques audaces inattendues faisaient prévoir ce que devait être la chirurgie de l'avenir : Maisonneuve n'avait-il pas, en 1854, rapporté deux observations, d'ailleurs malheureuses, d'entéro-anastomose dans des cas d'occlusion intestinale ?

Duval n'appartint que pendant seize mois à notre Société. Malgré les Révolutions, la vie lui avait été douce. La mort lui fut douce également : il s'éteignit, le 16 mai 1854, sans infirmité, sans maladie, sans souffrance. La Société de Chirurgie fut informée le lendemain, par une lettre de Marjolin, de la mort de son doyen. Elle délégua Larrey, Danyau, Guérin, Guersant et Gosselin pour assister aux obsèques qui eurent lieu le 19 mai. Larrey prit la parole en son nom, Londe au nom de l'Académie de Médecine — et la tombe se referma sur le dernier membre de l'Académie Royale de Chirurgie.

Le 12 juillet suivant, la Société de Chirurgie apprenait qu'une donation de Duval instituait un prix annuel de 100 francs, devant être attribué à la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans l'année. Trente-deux ans plus tard, son petit-fils, par son testament, élevait à 300 francs le montant du premier de nos prix.

***

Je m'excuse, Messieurs, de vous avoir entretenus trop longtemps peut-être d'un ancêtre qui n'est point, sans doute, une figure chirurgicale de premier plan, et dont l'œuvre scientifique est trop spéciale et trop vieille pour conserver grand intérêt. C'est que cet homme de bien me semble avoir la valeur d'un symbole. Il est le lien vivant qui rattache notre Société à sa devancière, l'Académie Royale de Chirurgie. Il a appartenu à l'une et à l'autre. Par lui, la Société Nationale de Chirurgie s'affirme la fille et l'héritière légitime de l'illustre Compagnie du XVIIIe siècle. Nous pouvons en être fiers, car il n'est pas de Société chirurgicale au monde qui puisse revendiquer pareilles lettres de noblesse. C'est à nous à nous en souvenir et à ne point les laisser tomber en deshérence : lorsque, dans six ans, viendra le deuxième centenaire de la fondation de l'Académie Royale, c'est à la Société de Chirurgie de Paris, plus qu'à toute autre, qu'il appartiendra de le célébrer et de montrer la continuité ,à travers les âges, des grandes traditions de la Chirurgie française.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 janvier 1925.

Auto-observation de fracture de jambe avec raccourcissement. — M. ***Andre Broca*** présente une auto-observation de fracture de jambe avec raccourcissement de 2 centimètres. L'auteur a noté qu'au début, le mollet ayant à peu près sa grosseur, les mouvements étaient tout à fait imprécis et la station sur la jambe fracturée impossible. Actuellement la station sur la jambe fracturée est possible, la marche aisée, mais l'amplitude articulaire et le volume du mollet sont réduits de moitié.

Par ce raccourcissement les muscles arrivent à remplir le rôle de haubans articulaires (Farabeuf). Le tendon est immuable mais la fibre musculaire s'adapte (Marey). Au bout de 18 mois l'adaptation était terminée mais le jambier antérieur avait dû raccourcir de moitié ses fibres, les autres muscles ayant suivi. L'atrophie du mollet est donc une adaptation à de nouvelles fonctions. On pourrait aider à cette adaptation en pratiquant un raccourcissement du tendon du jambier antérieur.

La cicatrisation de l'épithélioma de la face par le formol. — M. O. ***Laurent*** (de Nice). — Certains cas de cancer de la face traités par l'auteur à l'aide du formol il y a 14 ans s'étaient normalement cicatrisés et sont encore en vie. Cet agent peut suffire en l'absence d'adénites et dans les cas non plongeants ou térébrants. L'adénopathie relève naturellement de l'exérèse et de l'irradiation. M. Estradère a aussi obtenu la cicatrisation d'une série de cas. L'expérience de la méthode permet de limiter la momification à une croûte épousant les dimensions de l'ulcère et de réaliser parfois une cicatrisation plus rapide qu'avec l'irradiation.

L'action biologique du formol en application exclusive ou combinée vaut d'être étudiée avec soin : il n'est pas seulement bactéricide et fixateur nucléo-cytoplastique, c'est aussi un interréactif énergique, et notamment, pense l'auteur, un agent de rééquilibre chimique et de *vitalisation conjonctive*. L'étude thérapeutique comparée du cancer est d'autant plus nécessaire qu'on pourrait admettre *la diversité illimitée* de ce mal si l'origine infectieuse en était exclue ; on pourrait ainsi admettre qu'il y a autant d'espèces de cancers qu'il y a d'espèces cellulaires et animales cancérisables, et par conséquent, qu'il sera bien difficile de trouver un remède omnispécifique ou une méthode applicable à chaque catégorie.

Colique hépatique, grossesse et immunité. — M. ***Parturier*** expose un certain nombre de faits desquels deux conclusions peuvent ressortir :

1° Tandis que la grossesse crée une prédisposition aux cholécystites et particulièrement à la lithiase biliaire, la colique hépatique y est rare jusqu'au « post partum » où elle semble atteindre son maximum de fréquence chez la femme. La remarque que nous fait l'auteur pour les coliques hépatiques, Widal, Abrami et de Gennes l'avaient faite pour l'asthme, Jean Lépine pour l'épilepsie. Et le prof. Wallich, depuis 1907, insiste sur l'état très particulier de la femme au moment de l'accouchement et de la délivrance qui s'oppose à la stabilité du temps de la grossesse. C'est lui qui a décrit le premier le shock du post partum : accident brutal, éminemment passager, soudain dans sa terminaison comme dans son début, caractérisé par une asthénie profonde, véritable dépression avec pâleur, sueurs froides, faciès « grippé », angoisse et sentiment de mort imminente ; *chute importante de la pression artérielle*, légère hypothermie, en un mot syndrome d'hémorragie sans hémorragie.

2° Si l'on admet que l'état de grossesse crée bien une immunité locale qui empêche la muqueuse utérine de subir sa dégé-

nérescence habituelle et aussi une immunité générale contre certaines infections et certains chocs anaphylactiques, la colique hépatique semble se comporter vis-à-vis d'elle comme un accident d'ordre anaphylactique : exceptionnelle pendant tout le temps *d'inactivité de l'ovaire*, elle éclate quand à partir de l'accouchement la glande génitale reprend ses fonctions, du moins ses fonctions externes. Et nous trouvons là une analogie nouvelle entre la colique hépatique et ce que le prof. Widal et son Ecole ont décrit sous le nom de « choc protéinique ».

Le nettoyage sanitaire des huîtres. — M. *Kunstler*. — Le système qui a été proposé, pour rendre les huîtres non novices, de les disposer sur des claies avec couche de sable inférieure et courants d'aération brassant l'eau n'est que la reproduction d'un procédé de l'auteur qu'il avait appliqué à la culture de certains microbes. Il ne paraît pas du tout propre au nettoyage sanitaire des huîtres. La couche de sable ne tarde pas à être le siège de phénomènes de putréfaction. Les produits de cette putréfaction sont entraînés jusqu'aux huîtres par le brassage aérien et quand elles sont livrées à la consommation leur eau est une eau souillée, altérée par les phénomènes de putréfaction de la couche sableuse.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Emile Sergent, Ribadeau-Dumas, L. Babonneix. Tome XXVII : *Diagnostics de laboratoire*. Fascicule I. par les professeurs Letulle et P. Pruvot. In-8° 168 figures, 12 planches en couleurs : 60 fr. A. Maloine et fils, éditeurs, 26, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Les livres de laboratoire destinés au praticien ne manquent pas ; cependant bien des détails n'étaient pas précisés pour les éclairer sur les indications de certaines méthodes, sur l'interprétation des résultats qui n'ont certes pas tous la même valeur. C'est le mérite de l'auteur d'avoir envisagé de cette manière la conception « des méthodes de laboratoires utiles au diagnostic des maladies ».





Pierre Pruvot, dès le début, montre bien que les méthodes diffèrent de valeurs, et cette différenciation sert de division générale au volume. Les unes ne sont pas spécifiques, elles ne traduisent que des lésions ou des vices de fonctionnement des organes ; ce sont les analyses chimiques, physiques, histologiques, etc... des crachats, des épanchements, des séreuses, du liquide céphalo-rachidien, du sang, des urines. Les autres sont plutôt spécifiques, c'est-à-dire qu'elles sont reliées à la nature même de la maladie, à son étiologie : c'est alors que l'auteur envisage le côté bactériologique, parasitologique du laboratoire, en décrivant en détail les notions indispensables à la technique, les caractères généraux et particuliers des germes, qui sont envisagés chacun à leur tour par ordre alphabétique.

Malgré l'amplitude des sujets et leur nombre qui fait de ces pages un volume complet l'auteur a su se débarrasser de ce qui n'intéressait pas directement la pratique. Il s'est mis à la place de ceux qui n'étant pas très familiarisés avec ces questions si diverses et pourtant indispensables aujourd'hui se demandent quand doit être pratiqué « un sérodiagnostic par exemple, une hémoculture », quelle valeur il faut leur accorder suivant les cas, suivant les circonstances dans lesquelles le produit suspect a été examiné, ce qui a son importance.

Tout en envisageant la question sous cet aspect généralement peu traité dans la plupart des volumes de ce genre, il n'a négligé aucun point de technique, aucun procédé utile ; il a enfin illustré le tout avec un très grand nombre de figures originales, soit en noir soit en couleurs qui augmentent la valeur de cet important travail.

Tome XXXIII : **Médecine sociale**, par MM. GUINON, prof. COUVELAIRE, GUILLON, GUILHARD, GENÉVRIER, LAURAS, ZADOC-KAHN, Pasteur BOEGNER, FAUQUEZ, DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, COURTOIS-SUFFIT, BOURGEOIS, Mme MULON, FOSSEYEUX, LEGRAIN, TOULOUSE, GENIL-PERRIN, TARGOWLA, LOUSTE, Mme BRUNSCHWIGG. Un volume in 8, de 773 pages, avec 10 figures : 45 fr.

On sait l'importance qu'a prise, dans ces dernières années, la Médecine sociale. Ne comprend-elle pas toute l'hygiène sociale, la législation, l'étude des facteurs sociologiques, économiques, politiques, pédagogiques qui rendent possible son organisation et permettent son extension dans le monde ? Ne fait-elle pas appel à toutes les sciences ? Sa connaissance n'est-elle pas indispensable à tout praticien ?

Directeurs et éditeurs du *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* ont donc été bien inspirés en introduisant, pour la première fois en France, dans un ouvrage non spécialisé un volume renfermant toutes les notions relatives à l'étude des institutions qui ont « pour but de soulager ou protéger les différents âges, classes ou groupements de l'humanité organisée et policée ».

L'ouvrage débute par une introduction, due à l'un des auteurs qui connaissent le mieux la question et ont le plus fait pour elle, M. L. Guinon.

Puis deux parties, d'inégale longueur :

La première est de beaucoup plus importante ; elle comprend d'abord un chapitre du professeur Couvelaire sur l'obstétricie sociale, où sont étudiés et clairement exposés tous les problèmes relatifs à la protection de la maternité. Le chapitre suivant est dû à la collaboration de deux auteurs, l'un haut fonctionnaire, l'autre, médecin, mais tous deux versés dans toutes ces questions : MM. Guillon et Guilhaud ; ils s'occupent de la protection des enfants du premier âge : M. Genévrier, dont on connait la spéciale compétence sur le sujet, traite un des sujets les plus intéressants pour tous : parents, médecins, maîtres : l'hygiène scolaire. La protection de l'adolescent est surtout affaire de direction morale et surveillance discrète. Elle ne pouvait être traitée que par ceux qui, par profession, se vouent aux tâches spirituelles, M. l'Abbé Lauras, pour les œuvres catholiques, M. Zadoc-Kahn, pour les œuvres israélites, M. le Pasteur Boegner, pour les œuvres protestantes. A. M. Dujarric de la Rivière a été dévolue la besogne d'étudier la médecine sociale de la vieillesse, à laquelle il a consacré d'importants mémoires. MM. Courtois-Suffit et Bourgeois se sont chargés d'une des questions qui prend de plus en plus d'importance : la Médecine sociale des Travailleurs. Mme Mulon, dont le dévouement aux tout-petits a eu déjà tant de fois l'occasion de s'exercer, a bien voulu nous parler de la protection de l'enfant des travailleurs pendant le premier âge. Autre sujet dont tous les médecins ont aujourd'hui à connaître : les assurances ouvrières : il a été confié à un spécialiste, M. Fauquez, et occupe quarante pages. L'organisation hospitalière, avec toutes les questions relatives à l'armement antituberculeux et antivénérien, a été mise au point par M. Fosseyeux, chef de bureau à l'Assistance publique, de même

que le chapitre des Jardins d'enfant et des abcès de l'enfance. M. Legrain continue son apostolat en étudiant, avec sa grande autorité, la médecine sociale des poisons. MM. Toulouse, Genil-Perrin et Targowla posent les bases de la prophylaxie mentale et montrent les résultats heureux que peuvent donner le dispensaire et le service social à l'hôpital, comme ceux qu'à Sainte-Anne a installés M. Toulouse.

Deuxième partie : Quoique beaucoup moins longue, elle n'est pas dépourvue d'intérêt. Elle envisage, en effet, les auxiliaires de la médecine sociale : assistantes sociales, infirmières visiteuses, infirmières en général, service social à l'hôpital ; il a été rédigé par M. Louste. Mme Brunschwigg nous dit un mot, en terminant, des surintendantes d'usines, qui ont déjà rendu tant de services.

Par la compétence des auteurs, par la façon large et compréhensive, mais constamment pratique, dont ils ont compris leur sujet, par sa présentation soignée, la Médecine sociale fait le plus grand honneur aux directeurs et aux éditeurs du *Traité de pathologie médicale*. Nul doute qu'elle soit appelée à un grand succès, et qu'ils n'aient à se féliciter de leur esprit d'initiative.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le numéro 3 fr. Abonnement annuel 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris. Sommaire du numéro du 15 janvier : Ch. Cestre : L'Ouest Amérain dans l'histoire et dans la littérature. — F. Baldensperger : Alfred de Vigny et les littératures étrangères (II). — P. Lejay : Plaute (XII). — F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (I)). — G. Connes : Le mystère Shakespearien (I). — G. Ascoli : Voltaire (VIII). — J. M. Caré : Michelet (Leçon d'ouverture).

Catalogue de Livres et documents sur la navigation aérienne. Demander le catalogue à la Librairie des sciences aéronautiques : L. Vivien, 41, rue des Ecoles, Paris.

Maîtres anciens et modernes. — Les éditions Nilsson inaugurent une collection d'art, série de monographies de maîtres anciens et modernes, qui s'adressent à la fois au grand public et aux amateurs. La direction de cette importante collection a été confiée à M. Gustave Geffroy.

Viennent de paraître : Léonard de Vinci par Camille Mauclair. — Frans Hals, par J.-H. Rosny jeune. — Rubens, par Louis Ancuetin. — Corot, par Gustave Geffroy. — Pietro Longhi, par Octave Uzanne. — Albert Dürer, par Maximilien Gauthier. — Ribera, par Edouard Conte. — David Téniers, par Léon Bocquet. — Chardin, par Tristan Kligsor. — Memling, par Marcelle Vioux. — Bonvenuto Cèllini par Th. Harlor. — Philippe de Champaigne, par Mme Stanilas Meunier.

Sont annoncés : Oudry, par Nicolette Hennique. — Giotto, par Alice Meunier. — Albert Besnard, par Georges Leconte. — Turner, par J.-Rosny aîné. — Raphaël, par Henri Focillon. — François Boucher, par Maurice Fenaille. — Gustave Courbet, par Charles Léger. — Nicolas Poussin, par Louis Gillet. — Rembrandt, par Judith Cladel. — Gavarni, par Henry Céard. — Odilon Redon, par Marius-Ary Leblond. — Fra Angelico, par Henri Béraud. — Mansart, par Paul Léon. — Reynolds, par Yvanhoë Rambosson. — Watteau, par Thiébault-Sisson.

Il n'y a guère à insister sur la valeur de ces écrivains qui ont fait leurs preuves, dans la critique, dans l'érudition, dans le roman.

Peu à peu, les écoles de tous les pays et de tous les temps se présenteront complètes. Une véritable Histoire de l'Art, accessible à tous, savante et plaisante, s'établira, par ces chapitres vivants dont chacun sera l'évocation d'une époque, d'un personnage, à travers une œuvre.

Chaque volume, in-12, illustré de 24 reproductions hors texte. *Prix broché : 10 francs ; relié toile : 15 francs.*

En vente chez tous les libraires et aux éditions Nilsson, 8, rue Halévy. Paris.

Manuel d'archéologie française depuis les temps Mérovingiens jusqu'à la Renaissance. I. *Architecture religieuse*, par Camille Enlart, directeur du Musée de Sculpture comparée du Trocadéro. Deuxième édition revue et corrigée. Troisième partie. — **Table alphabétique et analytique des matières, par Remy Delaunay.** Un volume in-8°, 184 pages à 2 colonnes 15 fr.

Cette table, rédigée avec la plus grande précision, sera pour les archéologues et pour tous ceux, si nombreux actuellement, qui s'intéressent à nos monuments religieux, un instrument de recherches et un guide incomparable. Ils trouveront plus de 22.000 références de noms de lieu, vérifiées avec le soin le plus minutieux, et dans la première partie consacrée aux matières, dans chaque article important, des renvois clairs et raisonnés permettent de reconstituer la doctrine de l'auteur sur toutes les modifications de notre architecture religieuse. On sait quelle place tient le Manuel de Enlart dans notre littérature archéologique et artistique ; cette Table ajoutera considérablemenn à sa valeur pédagogique et scientifique.

Actuellement en vente : Architecture religieuse. 2e édition. Première partie. — Périodes Mérovingienne, Carolingienne et romane. 1 vol. — Deuxième partie. — Période française dite gothique, Style flamboyant, Renaissance. Accessoires 1 vol. — Architecture civile et militaire *épuisé*. — Le Costume 1 vol. — Le Mobilier, un ou deux volumes en préparation prochaine. Chaque volume broché. 30 fr. — rel. toile 40 fr.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Précis de gynécologie, par A. Bouesier. (Collection Testut) 3e édit., revue, corrigée et augmentée, 2 vol. in-16°, 1980, p., 495, fig., cart. toile : 90 fr. (Doin.)

La Pratique chirurgicale illustrée, par Victor Pauchet, fasc, II, 2e édit., in-8°, 308 p., 247 fig. : 25 fr. (Doin.)

La Greffe de revitalisation humaine. Sa portée. Son avenir. Ses résultats, par le Dr Dartigues, in-8°, 340 p., fig : 30 fr. (Doin.)

Plastische Anatomie. Die konstructive Form des Menschlichen Körpers. von S. Mollier, 1 vol. in-4°, 296 p., 458 fig. Prix : 54 mk. J. F. Bergmann. München, 1924.

La notion d'accident du travail. Théorie et Jurisprudence, par René Courtin, in-8°, broché : 12 fr. (Dalloz.)

Anthologie bouddhique, par René Guyon. Tome I. La vie de Bouddha. La doctrine. Tome II. L'ordre. Poésie bouddhique. Les Pères de l'Eglise bouddhique. 2 vol. Ill. in-16° : 13 fr. (Crès.)

Mémoires de Jacques Casanova de Seingalt, écrits par lui-même. Edition du centenaire, publiée sous la direction de Raoul Vèze. Nombreuses illustrations, 12 vol. sur vergé d'alpha : 300 fr. Chaque volume payable à sa parution : 25 fr. Aucun volume n'est vendu séparément. Les tomes I et II sont parus. Editions Crès et éditions de la Sirène, 21, rue Hautefeuille, Paris.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 6 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 7 FÉVRIER 1925.

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie .... 40 fr.
Union postale... .... 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat de Brévannes et Hendaye.* — Lecture des copies : *Séance du 27 janvier* (Anatomie). MM. Delvaille 12, Dublineau 14, Minot 14, Perret 12, Sallé 8, Triau 13, Kintgen 7, Lacroix 10, Miget 9, Baconnet 7, Berson 12, Canonne 11.

Séance du 30 janvier (Pathologie). MM. Delvaille 11, Dublineau 14, Minot 12, Perret 13, Sallé 12, Triau 11, Lacroix 8, Baconnet 8, Berson 12, Cannonne 10. Absents : MM. Hiély, Kintgen et Miget.

Epreuve orale : *Séance du 3 février.* — Question donnée pour Brévannes : *Dilatation des bronches (symptômes et diagnostic).* MM. Berson 16, Triau 17, Delvaille 15, Minot 19, Perret 13, Dublineau 18, Absents : MM. Canonne et Sallé.

Question donnée pour Hendaye : *Symptômes et diagnostic de la scarlatine.* MM. Lacroix 8, Baconnet 18.

A la suite de ce concours sont nommés internes : 1° à Brévannes : MM. Dublineau 46 points, Minot 45, Triau 41, Berson 40, Perret 28.

2° à Hendaye : MM. Baconnet 33 points et Lacroix 26.

Composition de la commission chargé de l'examen des candidats aux emplois d'assistants d'électro-radiologie. MM. les docteurs Pagniez, Lenormant, Macé, Calmels, Barret, Laquerrière et Desternes.

Faculté de médecine de Paris.— Thèses.— 5 *février.* — M. Hillemand (P.). Etude des syndromes de la région thalamique. — M. Basch (Georges). Les réactions humorales. — M. Breton (M.). Traitement des bronchites chroniques. — M. Oury. L'action des rayons X sur les fonctions gastriques. — M. Turpin. La tétanie infantile.

M. Hellmann (M.). Les éléments du pronostic de la tuberculose du premier âge. — M. Bouquet (R.). Incurvation congénitale des os de la jambe. — M. Busy. Etude de la physiologie radiologique de la déglutition chez l'adulte.

7 *février.* — M. Thoumas. Anatomie radiologique du duodénum. — M. Saron (R.). Sur un cas d'intoxication aiguë par l'iodure de potassium. — M. Weissmann (R.). De l'équilibre acide base du sang. — M. Bernard (E.). Recherches cliniques sur la saignée. — M. Girot (Lucien). Etude critique des paraplégies spasmodiques syphilitiques.

Cours libre d'électrologie. — La Société des électro-radiologistes des hôpitaux de Paris organise, à partir du 9 mars 1925, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électro-radiothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 17 h. 30, à l'Amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les services d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris (Voir liste ci-contre).

Inscription : pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au Dr Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

Hôpital Laënnec. — Le Dr Henri Bourgeois, chef du service d'O.-R.-L., commencera, le lundi 16 février 1925, à 9 h. 30, une série de 15 leçons sur les maladies du larynx et de l'œsophage, avec la collaboration de MM. Rouget, André Bloch, Ramadier, laryngologistes des hôpitaux et de MM. Maurice Bouchet, Ill, Tarneaud, Poyet, Soulas, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures, et comprendra : 1° une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales ; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. Maurice Bouchet, assistant du service (droit d'inscription 200 francs ; 100 francs pour les auditeurs des cours précédents.

Programme du cours : 1° Examen du larynx, techniques spéciales ; 2° Laryngites aiguës et chroniques ; 3° Œdème du larynx ; 4° Paralysies du larynx ; 5° Traumatismes du larynx ; 6° Syphilis du larynx ; 7° Tuberculose du larynx ; 8° Sténoses du larynx ; 9° Cancer du larynx ; 10° Traitement du cancer du larynx ; 11° Œsophagoscopie ; 12° Spasmes et dilatation de l'œsophage ; 13° Rétrécissements de l'œsophage ; 14° Cancer de l'œsophage ; 15° Corps étrangers des bronches.

En outre, deux leçons seront faites par : M. le Dr Rist, médecin de l'hôpital Laënnec ; M. le Dr Hautant, laryngologiste des hôpitaux. Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. Prix du cours : 200 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents). S'adresser au Dr Maurice Bouchet, assistant du service.

Hôpital, Saint-Antoine. — M. Maurice Grivot, chef du service d'O. R.-L., commencera, le mardi 17 février 1925, à 9 h. 30, une série de 10 leçons sur les maladies de l'oreille et leurs complications avec la collaboration de MM. Rouget, André Bloch, Ramadier, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, Louis Leroux, Fldstein, assistants du service.

Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi à 9 h. 30 et comprendra: 1° Une consultation expliquée d'une heure avec examen de malades et pratique des techniques spéciales ; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours. S'inscrire à Saint-Antoine auprès de M. Louis Leroux, assistant du service (droit d'inscription : 150 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

Programme du cours : 1° Examen fonctionnel de l'oreille acoumétrie ; 2° Maladies de l'oreille externe ; 3° Otite moyenne aiguë suppurée, paracentèse du tympan ; 4° Mastoïdite aiguë, trépanation de la mastoïde ; 5° Otites moyennes non suppurées, cathétérismes, surdités progressives ; 6° Les otites chroniques suppurées, ossiculectomie, évidement pétromastoïdien ; 7° Examen fonctionnel du vestibule, labyrinthite sèche, syphilis de l'oreille interne, vertiges auriculaires ; 8° Labyrinthites suppurées. Chirurgie du labyrinthe ; 9° Abcès du cerveau et du cervelet ; 10° Complications veineuses et méningées des otites.

Concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et à des places éventuelles d'interne provisoire.— Le 23 février 1925, s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1925 au 15 mars 1926 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à deux. Il s'augmentera du nombre desvacances qui pourront se produire dans cet emploi à partir du jour du présent arrêté jusqu'au jour du concours.

Il en sera donné connaissance aux candidats par le Président du jury avant les épreuves.

Le concours a lieu à la Maison départementale de Nanterre dont l'accès est interdit aux candidats pendant les quinze jours qui précèdent la première épreuve. Il comprend deux séries d'épreuves.

Ministere de l'Intérieur. — Le Dr SANTENOISE (Daniel), chef de clinique à la faculté de médecine de Paris, médecin chef de service à l'asile Prémontré, est nommé inspecteur des services administratifs.

Hôpital Saint-Michel (33, *rue Olivier-de-Serres. Service de Gastro-entérologie* : Dr Maurice DELORT). — Nomination à une place d'interne en titre et une place d'interne remplaçant. Pour une année. Entrée en fonction le 1er mars.

Rétribution : L'interne en titre reçoit 300 fr. par mois. Il est logé et nourri à l'hôpital. L'interne remplaçant reçoit 60 fr. par mois, il est nourri à l'hôpital son jour de service et ses jours de remplacement Il touche, si le remplacement est de plusieurs jours, le traitement que ne touche pas le titulaire.

Les demandes doivent parvenir avant le 10 février à M. le Dr DELORT, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital St-Michel.

La liste de classement des candidats sera affichée à l'hôpital St-Michel, à partir du 15 février. Les 5 premiers de cette liste seront appelés à se présenter dans le service par lettre individuelle.

Si aucun d'eux ne peut accepter le service, ceux qui suivent seront convoqués par fractions de 5, de la même façon.

Leur nomination sera présentée ensuite à l'agrément définitif du Dr RÉCAMIER, médecin-chef de l'hôpital.

Institut Calot (*Berck-Plage*). — Place d'interne vacante. Conditions : nourri, logé et 5.000 francs d'honoraires pour l'année.

Conditions exigées : Etre à la veille ou au lendemain de la thèse ou bien être interne ou provisoire de Paris. Se présenter à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, lundi et samedi, à 5 heures.

Maladies des yeux. — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs JOLTROIS et FOMBEURE, fera, le jeudi 26 février 1925, le s samedis, mardis et jeudis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades, projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre. Semblables séries en juin et en novembre 1925. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

Les prochains Congrès. — Voici d'après *La Gazette des hôpitaux* du 31 janvier 1925, la liste des Congrès et des manifestations médicales pour 1925 et 1926.

1925. — XVIe Cours internat. de médecine (maladie des organes digestifs et leur thérapeutique) (Vienne, Autriche, 9-21 février).

Ve Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques (Paris, 2-4-avril). — Secrét. gén. : M. V. Gardette, 3, rue Alexandre-de-Humbold, Paris (XIVe).

Congrès des Sociétés savantes (Paris, 14-17 avril). — Secrét., 2e bureau, direct. Enseig. supér., Ministère de l'Inst. publ.

IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires (Paris, 20-25 avril). — Commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

IIe Congrès médical franco-polonais (Paris, 20 avril). — Secrét. gén. : M. Hufnagel, 10, rue Freycinet, Paris.

Congrès de Thalassothérapie (Arcachon, 20-25 avril). — Secrét. gén. du Comité permanent : M. Léo, 30, avenue du Président-Wilson, Paris ; secrét. gén. du Congrès : docteur Chauveau, villa « La Rouvraie », Arcachon.

XXXVIIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie (Paris, 11-14 mai). — Secrét. gén. : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris (VIIe).

Congrès international d'ophtalmologie (Londres, mai).

Congrès de médecine légale (25-28 mai). Le premier jour à Lille, les deux autres jours à Paris. — Secrét. gén. : M. Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

XXIXe Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Paris, 28 mai-2 juin). — Secrét. gén. : M. Dupain, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Cetenaire de Charcot (Paris, 2-6 juin). — Secrét. gén. : M. Souques, 17, rue de l'Université, Paris.

Réunion neurologique internationale (Paris, 5-6 juin). — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70, avenue d'Iéna, Paris.

Ve Session des Journées médicales belges (Bruxelles, 21-24 juin). — Secrét. gén. : M. Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

Congrès internat. de radiologie (Londres) 30 juin). — Secrétariat : Institut britannique de radiologie, 32, Welbeck Street, Londres, W.I.

Journées médicales de Toulouse (Toulouse, 11-14 juillet). — Secrét. gén. : Professeur Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse.

VIIe Session du Congrès de l'internat (Nancy, 16-18 juillet). — Secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

XVIIIe Congrès français de médecine (Nancy, 16-19 juillet). — Secrét. gén. : Professeur G. Etienne, 32, faubourg Saint-Jean, Nancy.

Ve Congrès internat. d'histoire de la médecine (Genève, 20-25 juillet). — Secrét. gén. : Docteur A. de Seyer, 20, rue Général-Dufour, Genève ; secrét. gén. de la Société : Docteur Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris.

Congrès internat. de médecine des accidents du travail (Amsterdam, septembre). — Secrét. gén. : Docteur D. Brocx, Pieke de Hooch Straet 55, Zimmer, 64, Amsterdam.

XIe Congrès internat. d'hydrologie, de climatologie et de géologie (Bruxelles, 1er-15 octobre 1925).

XXXIVe Congrès de chirurgie (Paris, 5-10 octobre). — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe) ; secrét. adj. : M. Lenormant, 1 *bis*, rue de Buenos-Aires, Paris.

XXVe Congrès français d'urologie (Paris, 7-10 octobre). — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

VIIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie (Paris, 9 octobre). — Secrét. gén. : Professeur Frölich, 22, rue des Bégonias, Nancy ; secrét. adj. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris.

XXXVIIIe Congrès d'oto-rhino-laryngologie (Paris, 15 octobre). — Secrét. gén. : M. Liébault, 216, boulevard Saint-Germain, Paris.

IIe Congrès français de stomatologie (Paris, 19-24 octobre). — Secrét. gén. : M. Bercher, 147, boulevard Saint-Michel, Paris.

1926. — VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie (Rome, 7-10 avril). — Secrét. gén. : Docteur Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

1er Congrès médical des pays latins (Paris, juin).

1er Congrès des Associations de la presse médicale latine (Paris, juin).

VIe Congrès inational de la tuberculose (Lyon).

Bureau d'hygiène. — Le poste de Montceau-les-Mines est déclaré vacant. Le traitement alloué est de 3.800 francs.

Nécrologie. — Dr Marcel BLOCH.

Traitement préventif et curatif de la SYPHILIS et du PALUDISME

HECTINE

PILULES (0,10 d'Hectine par pilule). Une à 2 pilules par jour pendant 10 à 15 jours.
GOUTTES (20 gout. équivalent à 0,05 d'Hectine). 20 à 100 gout. par jour pend. 10 à 15 jours.
AMPOULES A (0,10 d'Hectine par ampoule). } Injecter une ampoule par jour pendant 10 à 15 jours.
AMPOULES B (0,20 d'Hectine par ampoule). } INJECTIONS INDOLORES

HECTARGYRE

(Combinaison d'Hectine et de Mercure)

Le plus actif, le mieux toléré des sels arsénio-mercuriels.

PILULES (Par pilule : Hectine 0,10 ; Protoiodure Hg. 0,05 ; Ext. Op. 0,01. Une à deux pilules par jour.
GOUTTES (Par 20 gouttes : Hectine 0,05 ; Hg. 0,01). 20 à 100 gout. par jour. } Durée du traitement : 10 à 15 jours.
AMPOULES A (Par ampoule : Hectine 0,10 ; Hg. 0,01). } Une ampoule par jour
AMPOULES B (Par ampoule : Hectine 0,20 ; Hg. 0,015). } pendant 10 à 15 jours.

INJECTIONS INDOLORES

Établ^ts MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à Villeneuve-la-Garenne (Seine)

R. C. Seine, 210.439 B

Le plus Puissant Reconstituant général

HISTOGÉNOL Naline

(Médication Arsenio-Phosphorée à base de Nuclarrhine).

Puissant Réparateur de l'Organisme débilité.

TUBERCULOSE, BRONCHITES
LYMPHATISME, SCROFULE
ANÉMIE, NEURASTHÉNIE, ASTHME, DIABÈTE, AFFECTIONS CUTANÉES
FAIBLESSE GÉNÉRALE, CONVALESCENCES DIFFICILES, etc.

FORMES : Elixir, Granulé, Comprimés, Ampoules.

Échantillons : S'adr. Etablissements MOUNEYRAT, 12, Rue du Chemin-Vert, à VILLENEUVE-LA-GARENNE, près SAINT-DENIS (Seine).

R. C. Seine, 210.439 B

Appareils Herniaires
Ceintures Anti-ptosiques
Ceintures pour toutes Affections abdominales, Grossesse, Eventration, Rein Mobile, Obésité, Entéroptose, etc.
Maillots Anatomique
Ceintures de Sport
Corsets de Toilette
Corsets Ceintures
Soutiens-Gorge
Epaulières de Maintien
Bas à Varices

GRAND PRIX
Strasbourg 1919
DIPLOME D'HONNEUR
Strasbourg 1923

APPAREILS DE l'ART ORTHOPÉDIQUE et HERNIAIRE

L. ABRAMIN

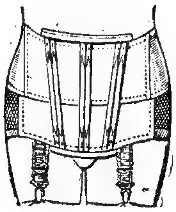
Maison fondée en 1852

Fournisseur des Centres d'Appareillage. Depuis 35 ans fournisseur adjudicataire des Hôpitaux de Paris, etc.

Docteur CHARPENTIER Directeur Technique

9, Rue Cadet, 9 - PARIS

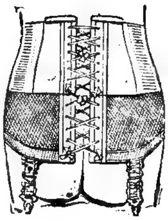
Téléphone : Louvre 48-43
MÉTRO : CADET
R. C. 118.105



Ceinture anti-ptosique "LUCIOLE"

brevetée S. G. D. G., aide les muscles, transverse dans leur fonction et permet par l'appui donné, de maintenir en des points fixes, les pelotes pneumatiques nécessaires au maintien intégral de l'endroit ptosé.

Sur demande envoi de Catalogues.



Corsets Réformateurs et Dissimulants
Appareils Orthopédiques pour toutes déviations
Membres Artificiels
Bras et Jambes "INTÉGRANTS" modèles perfectionnés
Béquilles "QUETEL" Brevetées S. G. D. G.
Fabrication et Vente exclusives
Chaussures Orthopédiques
Trousses Médicales

HORS CONCOURS
Membre du Jury
Strasbourg 1924

LEUCOTHÉRAPIE INTENSIVE

Oxydant par le Vanadium

VANUCLÉOL

Leucosthénique par les Nucléines

NUCLÉOPHOSPHATE de VANADIUM STRYCHNARSINÉ

1° AMPOULES — 2° GOUTTES

Indications : ÉTATS ASTHÉNIQUES, SURMENAGE, CONVALESCENCES, ANÉMIE, PRÉTUBERCULOSES

Littérature et Echantillon sur demande : LABORATOIRE LACROIX, 29-31, Rue Philippe-de-Girard, PARIS (X^e).

PROSTHÉNASE GALBRUN

SOLUTION ORGANIQUE TITRÉE DE FER ET DE MANGANÈSE

ANÉMIE — CHLOROSE — DÉBILITÉ — CONVALESCENCE

DOSES QUOTIDIENNES : 5 A 20 GOUTTES POUR LES ENFANTS ; 20 A 40 GOUTTES POUR LES ADULTES

Échantillons et Littérature : Laboratoire GALBRUN, 8 et 10, rue du Petit-Musc, PARIS

R. C. Seine 30.304

TRAVAUX ORIGINAUX

Diabète et grossesse.

Par F. RATHERY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'Hôpital Tenon.

La présence de sucre dans l'urine chez une femme enceinte peut relever de causes très différentes. Il importe au plus haut point au médecin praticien de différencier celles-ci, car le pronostic et le traitement dépendent d'un diagnostic correct.

Chez une femme enceinte le sucre peut être retrouvé dans l'urine pour trois raisons

1° Lactosurie ;
2° Diabète rénal ;
3° Diabète vrai.

I. Lactosurie.

Le sucre, écrivait Blot en 1856, existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.

Cette assertion de Blot est beaucoup trop absolue ; de Sinety ne trouvait jamais de sucre chez la femme enceinte mais en constatait lorsque, pour une raison ou pour une autre, la mulsion venait à être suspendue. Hofmeister, puis Kaltenbach démontrèrent que le sucre urinaire des femmes enceintes en état puerpéral est souvent du lactose. De multiples travaux ont paru sur la question, fort bien résumés dans une étude d'ensemble de Porcher sur la lactosurie.

Le lactose, qui est doué d'un pouvoir rotatoire très légèrement différent de celui du glucose sur la lumière polarisée, réduit la liqueur de Fehling comme le glucose, mais le pouvoir réducteur n'est pas identique De plus le lactose se distingue du glucose d'une part parce qu'il ne subit la fermentation alcoolique que sous l'influence d'agents différents de ceux qui attaquent le glucose et d'autre part parce que, avec la phénylhydrazine, il forme du lactosazone différent du glucosazone (aspect différent des cristaux n'apparaissant que par refroidissement et disparaissant à chaud).

Cette lactosurie paraît être en rapport avec la sécrétion lactée ; au moment où celle-ci s'établit, le foie pour Porcher serait chargé d'amener aux glandes mammaires du glucose en grande quantité ; ce dernier est transformé par ces glandes en lactose ; la mamelle, organe producteur du lactose, en emprunte les matériaux au glucose que lui apporte le sang.

Deux expériences sont en faveur de cette hypothèse, et éclairent le mécanisme de production de la lactosurie et de la glycosurie gravidiques.

L'ablation des mamelles chez une femelle en pleine lactation amène immédiatement de la glycosurie (4 ou 5 heures après) en même temps qu'il existe de l'hyperglycémie ; pu s 48 heures après, le sucre urinaire disparaît.

Si on pratique l'ablation des mamelles chez des femelles dont les mamelles sont au repos (P. Bert et Porcher) et qu'on fasse couvrir ces animaux, on voit au moment de la mise bas survenir une glycosurie intense et de l'hyperglycémie.

Il serait intéressant de compléter ces faits par l'examen systématique de la glycémie chez la femme enceinte, quoiqu'on puisse parfaitement imaginer que la sécrétion lactée, tout en étant sous la dépendance du glucose sanguin, puisse survenir sans hyperglycémie.

Cette lactosurie doit être étudiée chez la femme 1° avant l'accouchement 2° après l'accouchement 3° pendant la latati on.

Lactosurie ante partum

Cette lactosurie est extrêmement fréquente (40 p. 100) ; Porcher l'a même retrouvée constamment dans les quelques semaines qui précèdent l'accouchement. Elle survint entre le 6e et le 7e mois.

Elle oscille entre 1 gramme 5 à 2 grammes par litre — rarement plus, elle est donc *faible* ; elle tend à s'élever à mesure qu'on s'approche du terme. ;

Elle est étroitement liée au fonctionnement mammaire elle tiendrait à la tension plus ou moins marquée de la mamelle provoquée par la stagnation de la sécrétion dan s l'organe qui la produit.

L'état de primiparité ou de multiparité n'a aucune influence.

Cette lactosurie peut être remplacée par de la glycosurie : celle-ci très légère, de 1 à 4 grammes par litre, apparaît avant la lactosurie puis coexiste avec celle-ci et lui cède le pas à mesure que les fonctions mammaires se développent. Pour Porcher, l'activité hépatique devance l'activité mammaire ; si cette dernière est insuffisante, on constatera, avant la délivrance, de la glycosurie.

Cette glycosurie survient aussi bien chez la multipare que chez la primipare ; elle indique en général que la femme sera une bonne nourrice, elle peut atteindre les 20 grammes ; lorsqu'elle s'est produite lors d'une grossesse, elle peut parfaitement réapparaître dans les grossesses ultérieures.

Elles disparaîtrait après l'accouchement, lorsque la sécrétion lactée est complètement établie.

Envisagée ainsi, cette glycosurie n'aurait aucune espèce de gravité. Il faut reconnaître cependant que son diagnostic peut être assez délicat avec le diabète vrai, comme nous le verrons tout à l'heure ; il sera surtout fondé sur les alternances de la lactosurie et de la glycosurie ; l'absence des signes habituels du diabète ; polydipsie, polyphagie, etc, n'a en réalité *aucune valeur*, car on sait fort bien aujourd'hui que des diabètes vrais et mêmes graves contrairement à ce qu'écrit Porcher, peuvent se présenter sous aucun des signes cliniques habituels du diabète.

Lactosurie post partum

La lactose n'apparaît pas constamment dans l'urine après l'accouchement, mais il y apparaît fréquemment.

Le lactosurie post partum peut s'élever à 4,6 et même 8 grammes par litre. L'élévation brusque de la lactosurie indiquerait la venue prochaine de l'accouchement.

Elle s'observe dès le jour du travail et atteint son maximum dans les jours qui suivent, 3e et surtout 4e, *parfois* 5e, rarement plus tard ; au fur et à mesure que l'enfant tette mieux, la lactosurie diminue.

Cette lactosurie est en rapport avec l'état des seins, la quantité et la qualité du lait, la façon dont l'enfant tette ; elle tient donc avant tout à la stagnation du lait dans une mamelle fonctionnant activement.

Cette lactosurie ne s'accompagne de glycosurie que très exceptionnellement ; elle n'a aucun rapport avec le diabète et peut en être facilement différenciée.

Lactosurie pendant la lactation.

Cette lactosurie ne survient qu'en cas de stase lactée dans la mamelle ;

Voyage de nourrices mercenaires ne se faisant pas téter pour gonfler leurs seins ;

Indisposition de l'enfant atténuant le nombre des tétées ;

Abcès du sein ;

Compression des seins pour faire passer le lait ;

Enfin sevrage.

Telle est la lactosurie gravidique ; elle n'a aucune gravité, ne doit conduire à aucun traitement particulier. Le diagnostic n'est délicat que si on ne songe pas à distinguer glycosurie et lactosurie ; il ne devient difficile que si la glycosurie existe avec la lactosurie ou la remplace ; il s'agit alors d'une glycosurie survenant peu avant l'accouchement, donc tardive, et disparaissant avec lui, remplacée par de la lactosurie ; dans ce cas seul le diagnostic peut être assez délicat.

II. Diabète rénal.

On décrit sous ce nom les cas de glycosurie coexistant avec une glycémie normale. Pour en faire le diagnostic il est donc indispensable de faire un dosage du sucre du sang. L'ingestion de glucose (100 à 150 grammes) pour une femme enceinte (Frank) pourrait n'élever que fort peu sa glycémie comme chez le sujet normal et provoquer une assez forte glycosurie (1).

Il s'agirait là d'une perméabilité exagérée du rein pour le sucre.

Celle-ci pourrait relever soit d'une action nerveuse, soit d'une action des glandes vasculaires sanguines sur le rein.

Dire que dans ces cas le seuil du glucose est abaissé, n'est que traduire un fait sans l'expliquer. Nous ignorons en réalité complètement les raisons de cette hypermeabilité du rein au glucose ; elle paraît être relativement fréquente dans la grossesse ; il ne semble pas qu'elle ait une valeur pronostique grave et beaucoup d'auteurs estiment qu'il est tout à fait inutile de mettre les sujets semblables au régime et de les surveiller quant à la possibilité d'un diabète vrai.

Nous serions tenté pour notre part d'être moins affirmatif ; certains de ces prétendus diabètes rénaux évoluent plus tard à la façon des diabètes vrais et sont peu facilement influencés par le régime. Nous ne nions nullement l'existence de ce diabète rénal, mais nous restons assez réservé quant à sa signification réelle et sans considérer tous ces cas comme devant nécessairement évoluer vers les diabètes vrais, nous pensons qu'ils méritent d'être surveillés.

III. Diabète vrai.

Le diabète vrai peut coexister avec la grossesse.

Il nous faut étudier successivement :

1° L'influence réciproque de la grossesse et du diabète l'une sur l'autre comme agents provocateurs ;

2° Les types cliniques rencontrés ;

3° Les conséquences de cette association au point de vue du pronostic et du traitement.

A. *Influence réciproque de la grossesse et du diabète l'un sur l'autre comme agents provocateurs.*

a. Le diabète influe-t-il sur la conception ?

On a dit que les femmes diabétiques étaient relativement infécondes.

Le fait est loin d'être *exact*. Nous avons observé des femmes diabétiques ayant eu plusieurs grossesses, l'une d'entre elles fut 12 fois enceinte mais il était difficile de noter exactement le début de son diabète qui paraît dater de la 6e grossesse ; Joslin cite des cas de diabète existant depuis vingt-deux ans avec quatre grossesses. Il faut distinguer à ce point de vue les diabètes consomptifs et les diabètes simples, les diabétiques suivant un traitement et celles qui n'en suivent pas.

Les diabétiques atteintes de la forme consomptive sont rarement enceintes, mais le fait peut se rencontrer.

Par contre les cas de diabète simple avec grossesse ne sont pas très rares ; il est certain qu'une diabétique atteinte de diabète simple, qui se soigne correctement et suit le régime approprié à son état, peut très bien devenir enceinte et mener à bien sa grossesse. Lépine estime que l'avortement prématuré survient au moins 2 fois sur 5, le plus souvent le 5e mois ; pour lui l'hydramnios ne serait pas rare et les hémorragies assez fréquentes. Nous croyons que cette statistique est beaucoup trop pessimiste surtout lorsqu'il s'agit du diabète simple correctement traité. Schenk prétend que les femmes diabétiques ont plus de filles que de garçons ; le fait mériterait d'être vérifié. Lépine admet que peu d'enfants parmi ceux qui viennent avant terme ont des chances de survie, ils ne seraient pas diabétiques en général, mais « leur faiblesse est telle qu'ils succombent généralement peu de temps après la naissance, « quant à ceux qui venaient à terme, plusieurs sont mal conformés, on a signalé quelques cas d'hydrocéphalie ». Ici encore nous estimons que le tableau est trop sombre. Ce qu'il faut retenir, c'est la nécessité pour une diabétique de se soigner, de suivre un régime correct qui lui permettra en cas de diabète simple de mener sa grossesse à bien, sans incident, et d'avoir un enfant bien conformé.

b. La grossesse influe-t-elle sur le diabète ?

La grossesse aggrave-t-elle un diabète préexistant ? — Le fait est possible mais nullement constant. D'une façon générale il y a intérêt à ne pas soumettre une diabétique à des grossesses nombreuses, mais ici encore il s'agit de cas d'espèces.

S'agit-il d'un *diabète consomptif*, il faut éviter la grossesse. S'agit-il d'un *diabète simple*, la grossesse peut très bien avoir lieu surtout si la malade présente un coefficient élevé d'assimilation hydrocarbonée. Si ce dernier est au contraire très faible, on se souviendra que la grossesse peut favoriser *indirectement* l'éclosion de l'acidose, tant en abaissant le coefficient d'assimilation hydrocarbonée, momentanément sans doute, et *directement* en créant des phénomènes d'insuffisance hépatique. C'est dans ce sens qu'on pourrait admettre que la grossesse provoque l'éclosion du coma diabétique. La grossesse étant une cause possible d'infection, peut également influer sur le diabète à ce point de vue.

Il est intéressant de rappeler ici les expériences de Carlson et Ginsberg ; la pancréatectomie totale chez une chienne prête à mettre bas, n'est suivie ni d'hyperglycémie, ni de glycosurie, tant que le fœtus est vivant et que les connexions placentaires ne sont pas supprimées. Au début du travail, le sucre du sang s'élève et le diabète pancréatique s'établit au moment où la délivrance est complète. La sécrétion interne du pancréas du fœtus suffit pour amener une glycorégulation normale de la mère. On pourrait en inférer que le moment le plus critique pour une diabétique grave serait au moment du travail et à la délivrance.

B. *Types cliniques.*

Eshner et Stengel, Neuman, Joslin, ont publié à ce su-

(1) On a même voulu utiliser cette réaction pour le diagnostic de la grossesse : Frank et Nathmann-Bauer. A partir du 4e mois pour Baner la réaction est inconstante.

jet différentes observations intéressantes. Nous distinguerons :

1° Les *cas où le diabète est antérieur à la grossesse.* — Le pronostic est certainement ici plus réservé. La marche de l'affection est entièrement différente si la malade soigne son diabète ou ne s'en occupe pas. Dans le 1er cas un diabète simple reste souvent à l'état de diabète simple pendant toute la grossesse ; dans le 2e cas on voit souvent de petits incidents : augmentation de la glycosurie, baisse du coefficient d'assimilation hydrocarbonée, prurit génital, asthénie, ou des phénomènes plus graves : apparition de phénomènes d'acidose. En général, la grossesse fait baisser le coefficient d'assimilation hydrocarbonée : d'où apparition de certains signes d'hyperglycémie qui jusque-là ne se produisaient pas avec un régime identique ; nous avons observé par exemple des femmes qui à chacune de leur grossesse faisaient du prurit génital facilement jugulé par un régime approprié

Ce prurit se reproduisait à chaque grossesse.

Nous avons également noté l'apparition de phénomènes d'acidose, avec des glycosuries et des hyperglycémies relativement peu élevées. Telle cette malade qui avec des traces de sucre dans l'urine faisait une acétonurie de 1.34 avec une excrétion d'acide β oxybutyrique de 6 gr. 05. La glycémie était à ce moment de 2 grammes. Plus tard avec un traitement approprié l'acétonurie tomba à 0.25 avec acide β oxybutyrique à 0,50, l'hyperglycémie était de 1.73 .

En cas de diabète consomptif la grossesse peut aggraver le diabète. Joslin sur 13 cas note 9 morts.

2° *Le cas où le diabète ne survient qu'à l'occasion de la grossesse.* — Ces cas sont moins sérieux. Il faut les distinguer des cas de lactosurie et de glycosurie non diabétiques. Il suffira de pratiquer avec soin l'examen du sang et de noter l'hyperglycémie sanguine ; la glycosurie est souvent précoce dès le début de la grossesse ; elle survient aussi bien chez les primipares que chez les multipares.

Certaines femmes n'excrètent du sucre qu'au moment de leur grossesse, puis tout rentre dans l'ordre jusqu'à la grossesse suivante où le sucre réapparaît. On pourrait croire qu'il s'agit là de simple glycosurie non diabétique. Or, en réalité, lorsqu'on suit attentivement ces malades après leur grossesse, on constate parfois qu'après un certain temps de silence le diabète finit par réapparaître et cela définitivement. D'où cette règle absolue de surveiller après la grossesse une femme qui a présenté des signes de diabète pendant la gestation, et cela pendant plusieurs mois.

Quels sont les symptômes qui permettent au cours d'une grossesse chez une diabétique d'affirmer une aggravation de ce diabète et qui entraînent une surveillance plus sérieuse ?

a. En première ligne les phénomènes d'acidose ; excrétion d'acétone et acide diacétique et d'acide β oxybutyrique ;

b. Apparition d'albuminurie avec anasarque et cylindrurie ;

c. Baisse du coefficient d'assimilation hydrocarbonée.

C. *Pronostic et traitement.*

Le pronostic dépend essentiellement de la forme du diabète qui est en jeu et du traitement suivi.

Quelle doit donc être la conduite du médecin en l'occurrence ?

a. La malade doit être sous une surveillance médicale étroite pendant la grossesse et cette surveillance doit se continuer pendant plusieurs mois après elle. Les accidents peuvent évoluer sourdement et ne réapparaître qu'un certain temps après la délivrance ;

b. Le traitement du diabète chez une femme enceinte est identique au traitement habituel.

En cas de diabète consomptif avec acidose : user de l'insuline. Celle-ci comme nous avons pu nous en rendre compte est très bien supportée. A l'insuline on doit joindre un régime équilibré.

En cas de diabète simple, rechercher le coefficient d'assimilation, donner le maximum d'hydrate de carbone qui peut être assimilé et équilibrer le régime ; c'est la meilleure façon d'éviter les accidents :

c. *Le diabète associé à la grossesse ne conduit pas nécessairement à l'avortement* immédiat, même s'il existe une légère acidose. L'interruption de la grossesse n'est légitime que lorsque les traitements habituels, y compris l'insuline, ont échoué et que les accidents d'acidose s'aggravent ;

d. La période critique paraît être l'accouchement lui-même à cause des accidents cardiaques d'une part et des phénomènes d'acidose d'autre part. On sait l'importance des troubles cardiaques chez les diabétiques. Or l'effort physique causé par l'accouchement exige de la part du cœur un accroissement de travail. Joslin conseille dans un certain nombre de cas l'opération césarienne ; il s'en serait bien trouvé. Il faut écarter à tout prix l'anesthésie par le chloroforme, celle par l'éther sera très brève ; elle est peu recommandable ; l'anesthésie locale n'aurait pas le même inconvénient.

e. Le diabète ne contre-indique pas l'allaitement.

Conclusions.

On voit toutes les questions très variées que soulève la présence de sucre dans les urines d'une femme enceinte. Il faudra tout d'abord différencier la lactosurie de la glycosurie d'une part, puis la glycosurie gravidique du diabète vrai d'autre part.

En présence du diabète véritable, il ne faudra pas porter d'emblée un pronostic défavorable, ni interrompre la grossesse. Celle-ci peut évoluer très normalement. Le médecin devra par contre surveiller avec le plus grand soin sa malade, distinguer la forme du diabète en cause, et établir à la fois un régime approprié ce qui est suffisant dans le diabète simple et une cure d'insuline associée au régime équilibré, ce qui est indispensable dans le diabète consomptif.

La grossesse peut accentuer temporairement les phénomènes d'acidose, soit en abaissant le coefficient d'assimilation hydrocarbonée soit par un mécanisme propre résultant des phénomènes d'autointoxication gravidique (foie ou autres glandes vasculaires sanguines). Le traitement par l'insuline intervient là encore fort heureusement.

Enfin une femme atteinte de diabète intermittent n'apparaissant qu'à propos d'une grossesse et disparaissant ensuite doit continuer à être surveillée pendant des mois, afin d'éviter qu'un diabète vrai ne s'installe de façon définitive, ce qui pourrait dans certains cas arriver.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Le traitement de la diphtérie de Bretonneau à nos jours (1)

Par P. LEREBOULLET,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades.

La diphtérie est, à l'heure actuelle, la maladie dont l'étude permet le mieux de saisir les progrès réalisés dans l'art de guérir, grâce à une meilleure connaissance de la clinique et de la biologie et de comprendre le secours mutuel que peuvent et doivent se prêter les médecins qui pratiquent et les chercheurs de laboratoire. En vous traçant son histoire, au début de ces leçons de thérapeutique infantile, j'espère vite vous en convaincre.

Avant Bretonneau, la diphtérie était un fatras d'affections disparates. Les maux de gorge décrits sous le nom d'angine gangréneuse et le croup étaient considérés comme distincts ; on confondait le croup et les autres laryngites aiguës ; rien d'efficace ne pouvait être tenté pour la cure des angines et du croup. La confusion des esprits était telle que le cas du fils de la reine Hortense succombant du croup et contaminant sa grand'mère l'Impératrice Joséphine, qui mourut de diphtérie maligne quelques jours plus tard, ne suffisait pas à éclairer sur l'origine commune des deux affections. Bien que ce fût le grand guérisseur Corvisart, comme l'appelle Bretonneau, qui soignât l'Impératrice, aucune conclusion clinique ou thérapeutique n'était tirée de tels faits. Il fallut la venue de Bretonneau et ses recherches fondamentales pour dissiper toutes les obscurités qui empêchaient d'apercevoir la vérité clinique.

Bretonneau, il y a un siècle, de 1818 à 1825, poursuivit avec une inlassable tenacité l'étude de la diphtérie, d'une part, sur la région de la Vendée décimée par une épidémie grave d'angine gangréneuse, d'autre part, aux environs de Tours, à La Ferrière, à Chenusson, partout où la même affection sévit épidémiquement. Il en saisit les caractères cliniques exacts et décrivit *l'inflammation pelliculaire de la gorge* ou *diphtérite*.

D'emblée il affirme, dès la première page de son livre, la spécificité de l'affection, et montre l'identité de nature de l'angine couenneuse et du croup. Cette angine maligne ou gangréneuse, qui n'est autre que le mal égyptiaque d'Arétée, n'est pas pour Bretonneau une affection banale, c'est une maladie spécifique et contagieuse. « Elle a des propriétés spéciales qui la séparent d'autres affections, accompagnées d'exsudations couenneuses, comme l'angine scarlatineuse et l'angine gangréneuse commune ». Avec une singulière prescience, il montre que cette diphtérite est une maladie spécifique par excellence, dont « les diverses manières d'être générales et locales constituent seulement des variétés dans l'espèce et doivent (selon l'expression de son élève Trousseau) se rapporter à l'action d'un principe morbifique unique, d'un virus spécial ». Il est impossible de voir plus clair que Bretonneau et Trousseau dans les caractères et la nature des manifestations observées et c'est ce qui explique qu'on ait appelé, comme on le fait actuellement partout, la diphtérie la *maladie de Bretonneau*.

Mais à cette maladie, qu'opposait Bretonneau ? qu'opposait Trousseau, son continuateur ?

Sans doute l'un et l'autre voyaient et blâmaient certains excès ; ils dénonçaient l'abus des vésicatoires, des émissions sanguines, voire même des vomitifs. Sans doute, Bretonneau notait avec perspicacité les dangers de l'avulsion brutale des fausses membranes, des frictions et attouchements, et disait avoir vu « l'inflammation pelliculaire s'aggraver par toute irritation mécanique », mais que faire contre un mal qu'on déclarait infectieux, tout en en ignorant la nature, sinon agir localement sur ses premières manifestations, c'est-à-dire sur les fausses membranes ? *Au mal local initial, opposer un traitement local énergique*. Telle est la base du *traitement topique* que Bretonneau et Trousseau défendirent et qui a été, après eux, si longtemps appliqué. Ce traitement local agissant sur les fausses membranes, ils le mettaient en œuvre en espérant ainsi juguler la maladie. C'est, dit Trousseau, « la médication par excellence dans le traitement de la diphtérie ». De longue date, d'ailleurs, ce traitement était pratiqué, puisqu'on appelait onguent égyptiac un sol luté de vert-de-gris, dans le miel (*mel cupratum*) qu'on appliquait sur l'angine.

Arétée, de Cappadoce, conseillait l'alun incorporé au miel, la noix de galle, la calamine, les fleurs sèches de grenadier mêlées à l'hydromel et insufflait ces substances à l'aide d'un roseau. C'est cette « puissante médication » que Bretonneau et Trousseau remettent en honneur ! Mais c'est alors surtout l'empirisme qui les guide.

Trousseau raconte qu'un jour, visitant la commune de Marcilly-en-Villette, en Sologne, dans laquelle la diphtérie avait fait de terribles ravages, causant 66 morts sur une population de 600 habitants, il constata que le mal était devenu moins grave. Il consulta le curé, qui lui apprit qu'une aubergiste du pays soignait les malades et guérissait le « mal de gorge blanc » avec un remède mystérieux ; c'était depuis que la maladie était enrayée. Trousseau alla voir l'aubergiste qui déclara qu'elle ne dirait pas son remède, mais elle indiqua les malades qu'elle soignait. Trousseau vit ces malades et apprit qu'ils guérissaient à la suite d'un traitement par un mélange d'alun dans l'eau vinaigrée dont cette aubergiste leur badigeonnait les amygdales. Elle avait eu l'idée de leur appliquer ce remède après en avoir vu l'action sur le chancre de la bouche des pourceaux.

C'est cette médication empirique qui enthousiasme Trousseau. Il en rapporte les effets à Bretonneau, et tous deux, comme Arétée, se mettent à appliquer *l'alun* en l'insufflant à l'aide d'un chalumeau dans le fond de la gorge, et l'alternent avec le *tanin* (c'est la noix de galle d'Arétée). C'était la médication locale par les *astringents* locaux.

Mais, bien vite, Bretonneau et Trousseau employèrent les *caustiques*. Ils s'attachèrent surtout à la médication caustique par l'esprit de sel, *l'acide chlorhydrique*. Trousseau se servait d'acide chlorhydrique fumant, pur, absolument pur et il répétait 3 ou 4 fois par jour la cautérisation énergique sur l'amygdale. Avec Bretonneau, il appliquait aussi le *nitrate d'argent*, soit au crayon, soit plutôt en solution au quart ou au tiers. Trousseau recommandait de se servir pour le porter au fond de la gorge d'une baleine de parapluie, d'une baguette de fusil ou de pistolet, armée d'une petite éponge fixée avec du fil ou de la cire à cacheter. Trousseau allait avec cet instrument improvisé jusqu'à l'ouverture postérieure des fosses

(1) Leçon faite le 18 novembre 1924 à l'ouverture des conférences de thérapeutique des maladies des enfants et recueillie par le Dr Laporte.

nasales, jusqu'à l'orifice postérieur du larynx, Tous deux maniaient ainsi le nitrate d'argent «avec une sauvage et barbare énergie » estimant que «la pitié serait une lâcheté», toutefois Trousseau reconnaissait que le nitrate d'argent a le défaut de noircir les dents et surtout de salir d'une manière indélébile le linge.

Pour ce motif, il lui substituait volontiers le *sulfate de cuivre* et conseillait, de même qu'Arétée, de se servir de *mel cupratum*.

D'autres, plus énergiques encore, recommandaient le *fer rouge*. En 1828, un vieux médecin de Romorantin, avec une ardeur toute militaire, à laquelle le prédestinait son nom, le Dr Bonsergent, mettait en œuvre ce traitement. Il se servait de la broche avec laquelle les sabotiers creusent leurs sabots, il en faisait rougir une extrémité, enveloppait l'autre d'étoupe mouillée ou l'enfermait entre deux morceaux de bois qui faisaient office de manche et il portait son cautère actuel sur les amygdales affectées de diphtérie. A Trousseau qui lui objectait le danger créé par l'indocilité des sujets, il répondait que «la peur que les malades avaient d'être brûlés leur faisait ouvrir la bouche assez largement pour que l'on pût agir avec toute facilité ». Arrêtons-nous et, avec Trousseau, abstenons nous.

Certains médecins employaient le *perchlorure de fer*, et de Saint-Germain a rapporté le cas d'une fillette dont la gorge et la bouche avaient été noircies et cautérisées par des applications répétées de perchlorure de fer ; quoique trachéotomisée avec succès, elle ne put plus s'alimenter, et mourut d'inanition.

Ces pratiques dominées par l'idée d'une action locale à exercer étaient appliquées au larynx.

Les *instillations d'acide chlorhydrique*, un instant conseillées par Bretonneau, furent vite abandonnées, mais le *cathétérisme du larynx* selon le procédé de Loiseau de Montmartre, a eu les honneurs d'une approbation de Trousseau. « Loiseau armait les deux dernières phalanges de l'indicateur de la main gauche avec un doigtier métallique recourbé, qui laissait libre la phalange unguéale et la dernière articulation ; ainsi protégé, le doigt était porté aussi profondément que possible jusque dans l'arrière-gorge, son extrémité relevait l'épiglotte. Rien de plus facile alors, dit Trousseau, que de porter un instrument dans le larynx : c'est une tige recourbée, une sonde creuse chargée de liquide caustique, une baleine rigide armée d'une éponge fine avec laquelle on *écouvillonne* le larynx pour le débarrasser des fausses membranes. Résistent-elles, on peut, selon Loiseau, aller les chercher avec des pinces plates et courbes. Ces moyens, dit Trousseau, sont «assurément très ingénieux». J'en conviens, mais qu'ils sont barbares ! Cet écouvillonnage fait frémir et il est heureux qu'actuellement nous n'ayions plus à envisager de tels procédés.

De cette thérapeutique basée sur l'action locale, une seule pratique a survécu, mais combien limitée, la *trachéotomie*. Faite avec succès en 1782 par un chirurgien de Londres, John Andrée, elle fut mise en œuvre systématiquement par Bretonneau, qui après deux échecs, en 1818 et 1820, tenta en 1825 la trachéotomie sur la jeune Elisabeth de Puységur, fille d'un de ses vieux amis qui avait perdu trois entants de diphtérie. Il la sauva. Depuis il s'appliqua à répandre la trachéotomie et, Trousseau, son élève et continuateur, insiste sur ses bienfaits : sur 200 cas, il eut près de 50 succès. Cette opération a depuis, vous le savez, sauvé bien des vies humaines et c'est justement que Trousseau a pu dire qu'il était du devoir du médecin de la pratiquer et qu'elle ne pouvait rencontrer de contradicteurs que parmi les esprits chagrins, mal intentionnés ou ignorants !

Néanmoins, vous le voyez, l'ensemble de cette thérapeutique basée sur l'action locale restait empirique et souvent barbare. Elle n'avait même pas l'excuse de son efficacité car, appliquée aux angines, elle ne guérissait que les cas légers. L'idée préconçue portait pourtant à poursuivre avec acharnement la destruction des fausses membranes et c'est avec une conviction profonde que tous mettaient en œuvre cette méthode. Elle nécessitait une abnégation complète et nombreux sont les médecins qui ont payé, de leur vie, ces applications de topiques à des enfants indociles !

C'est Valleix dont l'histoire a été contée par Trousseau ; c'est le malheureux Gillette, dont maintes fois Peter a relaté la fin, due à son acharnement à soigner un enfant diphtérique ; c'est Henri Blache. c'est Herpin qui, plus heureux, finit par guérir d'une angine suivie de paralysie diphtérique. Bien des médecins ont été ainsi victimes de leur dévouement. Saluons-les très bas et admirons leur héroïsme, mais n'imitons pas leur obstination.

Ce n'est que récemment que cette méthode a pris fin. Il y a peu d'années encore, Peter conseillait l'action locale du *jus de citron* qui a survécu et que bon nombre de mères de famille emploient couramment en attendant le médecin. Plus récemment encore, Ernest Gaucher avait préconisé un topique spécial, mélange d'huile de ricin, d'acide phénique et de camphre, avec lequel, avant la sérothérapie, on badigeonnait toutes les amygdales diphtériques. La sérothérapie l'a fait abandonner.

Ne parlons plus de cette thérapentique locale périmée. C'est du passé ! Trousseau lui-même, d'ailleurs, reconnaissait l'inefficacité du traitement topique dans les angines graves ou traitées tardivement et il exprimait sa tristesse dans une lettre à son maître que j'aime à citer : « Je veux vous dire, écrivait-il à Bretonneau en 1854, tout le chagrin que me fait l'angine maligne. Aujourd'hui je laisse mourir une jeune belle femme espagnole de 22 ans, elle meurt empoisonnée. Je suis maintenant à la Faculté. Dans une heure, je serai chez la pauvre malade, je la trouverai morte après 72 heures de maladie, 48 heures après le traitement topique le plus énergique, je suis horriblement malheureux de ce désastre, je perds confiance en moi, je ne crois plus à la puissance du traitement topique. Cet affreux poison est plus malin que vous ne l'avez dit. Venez à mon secours. Si je ne croyais plus à ce que je fais, je jetterais aux orties ma robe de professeur, je n'oserais plus parler à des jeunes gens qui viennent pour croire en moi. »

De ce cri d'alarme et de désespoir de Trousseau nous avons appelé, et ce que je vous dirai tout à l'heure vous montrera comment la question a été modifiée de fond en comble.

Auparavant, je dois vous dire deux mots de quelques autres moyens que nous pourrions qualifier de *physiologiques*. On s'est efforcé de modifier les membranes par une action dissolvante et détachante, au moyen de l'acide lactique, de l'eau de chaux, du saccharate de chaux, de la papaïne et de la pepsine qui devaient les détruire. On a de même voulu utiliser dans ce but la projection d'un siphon d'eau de Seltz, moyen qu'on emploie encore quelquefois. On a cherché l'action du froid ou du chaud, l'ingestion de glace.

On a essayé de modifier les muqueuses par l'*élimination élective* du chlorate de potasse ingéré, qui, vous le savez, s'élimine par la salive, de même celle du copahu

et du cubèbe, Trideau prétend avoir guéri nombre de cas avec le copahu.

« Pour lui, dit Cadet de Gassicourt, les admirables résultats obtenus par l'administration du copahu et du cubèbe sont aussi éclatants que le soleil, aveugle qui ne les voit pas. Tout malade qui est traité par ces balsaniques est sauvé, pourvu qu'ils soient administrés à temps et avec une suffisante énergie, tout médecin qui refuse de les donner, et de les donner selon la méthode, est responsable de la mort de tous les diphtériques qui ont été confiés à ses soins. »

Malheureusement les balsamiques n'ont arraché personne à la mort et le copahu et le cubèbe ont vécu.

Une autre médication plus intéressante peut-être fut employée, il y a une quarantaine d'années, c'est la *pilocarpine,* préconisée par Guttmann en 1880, et appliquée en Angleterre, en Allemagne et en Italie avant de l'être en France.

Le premier cas fut observé par mon père, Léon Lereboullet, qui traita, il y a 24 ans, une jeune fille atteinte d'une diphtérie maligne ; elle avait été vue par Archambault et condamnée ; cette diphtérie s'accompagnait des premiers symptômes du croup, et mon père la guérit en six jours, faisant d'une part le traitement local par le perchlorure de fer et les pulvérisations phéniquées, et, d'autre part, des injections de pilocarpine à haute dose qui semblèrent faciliter la chute des membranes et la guérison.

D'autres cas moins heureux vinrent malheureusement montrer que l'efficacité de la méthode était très inconstante et son application dangereuse.

Une autre médication s'imposait par la notion infectieuse, c'est la *médication parasiticide* ; elle fut faite, il y a 50 ans, à l'aide de l'acide phénique, du soufre, de l'acide salicylique, du benzoate de soude, etc. Tous les antiseptiques — ou presque — y ont passé et tous se montrèrent inefficaces.

« Je baiserai la main quelle qu'elle fût, écrit Cadet de Gassicourt, qui nous donnerait ce parasiticide, mais comme aucun raisonnement ne peut nous mettre sur la voie de cette découverte, nous en sommes réduits à attendre de l'empirisme seul le remède sauveur ».

Au surplus, Cadet de Gassicourt, non sans raison, jugeait avec pessimisme la thérapeutique d'alors : « trois mots suffisent pour qualifier les médicaments, tous sont impuissants... nous n'avons pas encore, nous n'aurons peut-être jamais, dit-il, pour prévenir les ravages de la diphtérie, l'arme merveilleuse que Jenner a mis entre nos mains, la vaccine ». Il pressentait pourtant la possibilité de cette découverte, car voici ce qu'il disait au début de ses leçons, si remarquables, sur la diphtérie en 1884 : « Nous nous trouvons devant la diphtérie dans la situation où nos pères se trouvaient devant la variole. Ils connaissaient merveilleusement cette maladie terrible ; ils en avaient étudié tous les caractères, toutes les modalités, toutes les formes, toutes les variétés ; ils en avaient tracé des descriptions admirables qui, maintenant encore, nous servent de modèles, mais ils n'en restaient pas moins impuissants devant elle, sans pouvoir arrêter ou même limiter ses ravages. Et puis, un jour, Jenner est venu, qui a découvert la vaccine. Peut-être serons-nous, peut-être nos descendants seront-ils témoins d'une découverte analogue. » Dix ans après Roux communiquait à Budapest les premiers résultats de la sérothérapie antidiphtérique qui transformait le pronostic de la maladie !

C'est que, pendant ces dix ans, s'était ouverte la *période biologique* de la diphtérie, riche en découvertes capitales. En 1884, Lœffler vérifie les constatations de Klebs et décrit le *bacille diphtérique* ; en 1888, Roux et Yersin, dans un travail mémorable, montrent ce qu'est ce « venin diphtérique » dont parlait Bretonneau et Trousseau, et précisent les caractères de la *toxine diphtérique.*

En 1893, Behring et Kitasato prouvent qu'un animal inoculé à l'aide de toxines modifiées a des humeurs qui contiennent des principes antitoxiques, et que, vacciné, il peut transmettre ces propriétés à d'autres sujets ; la base de la sérothérapie est fixée.

Roux, enfin, de février à juillet 1894, précise le mode de préparation d'un sérum antitoxique qu'il applique à l'enfant diphtérique, aux Enfants-Malades; avec ses collaborateurs Louis Martin et Chaillou, il présente au Congrès de Budapest les résultats de ces six mois d'application du traitement de l'angine diphtérique et du croup, et montre que, par la sérothérapie, on diminue la mortalité dans une proportion considérable.

C'est cette sérothérapie qui, complétée par l'application du tubage, a transformé le traitement de la diphtérie.

Il suffit de voir à l'Institut Pasteur, à Garches, comment est préparé le sérum antidiphtérique pour se rendre compte de la minutie et du soin apportés à cette fabrication.

La toxine diphtérique est obtenue en partant de cultures provenant d'un bacille américain récolté dans la gorge d'un enfant en 1894, qui depuis 30 ans, est resté le bacille toxigène le meilleur. La toxine obtenue grâce à lui tue le cochon d'Inde au millième de centimètre cube : On l'injecte au cheval à doses très minimes et, progressivement, on arrive à injecter à l'animal en une seule séance 500 cm. de cette toxine, en 3 mois plus de trois litres. Le cheval est alors immunisé, ses humeurs contiennent des antitoxines, c'est-à-dire des corps susceptibles de neutraliser directement la toxine diphtérique. Le sérum est recueilli aseptiquement, mis à la glacière un temps suffisant pour éviter certains accidents sériques, puis réparti en flacons de 10 à 20 cmc. et tyndallisé, c'est-à-dire stérilisé par passages à plusieurs reprises à 58°, enfin scellé à la lampe.

Ce sérum est doué, d'une part, de *propriétés préventives.* Injecté à un animal avant l'inoculation de toxine diphtérique, il le rend réfractaire.

De même, injecté à l'homme qui a été en contact avec un diphtérique, il l'empêche, pendant un temps, de contracter la diphtérie.

Ce sérum, d'autre part, est doué d'une action *antitoxique* qui permet de lutter contre la diphtérie peu de temps après son début.

Mais il faut se rappeler qu'il doit être injecté selon certaines règles, qui se sont peu à peu précisées depuis les premiers travaux de 1894. A ce moment, on guérissait déjà beaucoup de diphtéries ; en agissant plus énergiquement, en donnant beaucoup plus de sérum, on en guérit plus aujourd'hui. Je ne puis que brièvement vous rappeler les règles que nous avons l'habitude d'observer au Pavillon des Enfants-Malades : *il faut que la sérothérapie soit précoce, intensive, prolongée.*

Précoce, pourquoi ? Parce que si l'on injecte le sérum au cochon d'Inde, ainsi que l'a montré Cruveilhier, dans un délai inférieur à 6 heures après le moment où il a reçu une dose mortelle on le guérit toujours ; après la huitième heure, on ne le guérit jamais. En clinique humaine de même, si on injecte le sérum antidiphtérique le premier jour, la guérison est à peu près certaine. Lorsqu'on n'intervient que le deuxième jour, ce qui est la règle, la mort survient dans moins de 10 p. 100 des cas. Au 3e jour, la mort survient dans 20 p. 100 des cas,

au 5e jour elle s'élève à 50 p. 100 des cas pour atteindre 70 p. 100 au 6e jour.

Par conséquent il est nécessaire d'agir aussi tôt que possible, et souvent sans attendre l'examen bactériologique.

Par quelle voie ? On a vanté *l'injection intra-veineuse*, mais elle est, au moins chez l'enfant, délicate et dangereuse et si elle agit rapidement, elle s'élimine avec une rapidité non moindre.

La voie *intra-musculaire* est rapide puisqu'après cinq heures l'antitoxine est déjà en quantité notable dans le sang, elle est simple et facile à mettre en œuvre, mais l'antitoxine s'élimine rapidement en 8 jours et il est bon de l'associer toujours à la *voie sous-cutanée*, qui, sans doute, n'agit guère qu'au bout de 24 à 36 heures mais a l'avantage de durer longtemps, le sérum ne s'éliminant que dans un délai de 20 à 25 jours.

D'autre part il faut se rappeler l'intérêt des *doses massives*, et donner des doses de sérum qui ne sont pas proportionnées à l'âge de l'enfant, mais à la gravité du mal.

Actuellement, dans les angines malignes, on peut arriver à donner de 600 à 700 cc. de sérum, soit 100 cc. par jour.

Enfin, la sérothérapie doit être *prolongée*, il faut se rappeler que la maladie dure ; alors même que le malade paraît guéri, il garde du bacille dans la gorge, susceptible de sécréter à nouveau de la toxine ; aussi est-il utile de faire des injections pendant 5, 6 et 7 jours après la première, afin de prolonger son action. Il faut donc donner du sérum *vite, fort* et *longtemps*.

Mais cette sérothérapie a quelques inconvénients, elle provoque malheureusement assez souvent une *maladie sérique*, caractérisée non seulement par des éruptions variées et souvent intenses, mais par de la fièvre, des arthralgies et parfois des engorgements ganglionnaires multiples. Et cette maladie sérique peut durer.

Sans doute elle n'est qu'exceptionnellement grave. Depuis 25 ans que dans le service on fait des injections, il y a eu, en tout, 5 cas d'accidents sériques sévères sans qu'aucun soit mortel. On a toutefois publié quelques cas de mort ; ils semblaient absolument exceptionnels ; mais il est relativement fréquent, surtout chez l'adulte, d'observer des accidents sériques pénibles et prolongés.

Si l'on écarte cet inconvénient réel (mais qui ne peut arrêter le médecin en présence d'une diphtérie avérée), l'action de la sérothérapie antidiphtérique est merveilleuse.

Dans une angine normale traitée à temps, les membranes tombent en 24 à 36 heures, l'affection est guérie en 48 heures.

Nous pouvons même guérir actuellement 50 à 60 % de ces angines malignes qui faisaient le désespoir de Trousseau en leur injectant de très fortes doses de sérum et en répétant les injections.

Aussi la *mortalité de la diphtérie a-t-elle considérablement diminué depuis la sérothérapie*. Alors qu'à Paris, au moment où elle est intervenue, il mourait annuellement 1.400 sujets de diphtérie, l'année où Roux, Martin et leurs collaborateurs ont fait l'application de la sérothérapie, la mortalité est tombée à 955. L'année suivante elle est tombée progressivement à 400, peu à peu elle s'est atténuée encore, pour atteindre ces dernières années le chiffre de 132. *La mortalité a donc diminué des neuf dixièmes à Paris*. Il en a été de même dans la plupart des grandes villes.

Si l'on envisage non plus la mortalité par rapport à la population, mais relativement aux diphtériques eux-mêmes, on voit que dès le début de la sérothérapie elle s'est considérablement abaissée puisque de plus de 50 p. 100 elle s'est abaissée à 16 p. 100, chiffre que Bayeux dans sa thèse pouvait, en 1899, appuyer sur 230.000 cas !

Actuellement dans le pavillon des Enfants-Malades où nous pratiquons la sérothérapie précoce, intensive et prolongée, malgré la sévérité des cas qui nous sont amenés, certains venant de la ville au cinquième et jusqu'au douzième jour de leur maladie, bien que certaines diphtéries soient secondaires à des rougeoles ou à d'autres maladies aiguës contractées à l'hôpital et soient de ce fait particulièrement graves, la mortalité est tombée à moins de 5 p. 100 ; *nous guérissons plus de 95 p. 100 des cas de diphtérie qui nous sont amenés*. Nous les guérissons par le sérum *sans leur adjoindre aucun traitement local*. Le traitement topique de Trousseau a vécu de même que ceux de Peter et de Gaucher.

Par le traitement général seul, l'angine et ses conséquences sont vaincues et les petits malades ne sont plus tracassés par les manœuvres locales qui leur étaient autrefois si pénibles tout en étant parfaitement inefficaces.

Depuis la sérothérapie, la diphtérie n'est donc plus cette maladie plus grave que la scarlatine, que la rougeole dont parlait Trousseau. Si nous pouvons, constatant cette *action sur la mortalité*, redire la phrase que disait Roux en 1894 : « la médication par le sérum est une des plus inoffensives de la médecine et elle a une efficacité incomparable », il nous faut reconnaître que cette médication n'a pourtant pas transformé au même degré la morbidité diphtérique ; elle l'a un peu modifiée depuis que, à l'instigation de M. Netter, on a fait la *séroprophylaxie* en injectant des doses préventives de 5 et 10 cmc. aux frères et sœurs de diphtériques entrés à l'hôpital : nous préservons ainsi un grand nombre d'enfants qui sans cela auraient été frappés ; néanmoins nous n'attaquons pas le mal lui-même. La diphtérie reste une maladie trop fréquente ; mais je dois vous dire un mot d'une autre conquête qui a été parallèle à celle de la sérothérapie.

Roux a signalé en 1894 qu'alors que 88 p. 100 des croups trachéotomisés succombaient à l'hôpital Trousseau, 40 p. 100 seulement succombaient aux Enfants-Malades lorsqu'à la trachéotomie on joignait la sérothérapie.

Néanmoins la trachéotomie restait une opération dangereuse et nous comprenons qu'on ait voulu lui substituer autre chose,

Dès 1858, Bouchut avait voulu tuber les malades, et avait inventé l'appareil grossier que je vous présente ; il heurtait et comprimait les cordes vocales, si bien qu'il fut vite abandonné, les malades mourant très rapidement d'infections respiratoires. A l'Académie de médecine, on condamna l'initiative de Bouchut, seul Malgaigne semble avoir pressenti ce qu'elle avait de nouveau, lorsqu'il dit « Que l'histoire de la lithotritie serve de leçon. Qui sait si le tubage ne sera pas pour le croup ce que la lithotritie est devenue, après des difficultés inouïes, pour les pierres de la vessie ». Comme la lithotritie s'est substituée à la taille, le tubage s'est substitué à la trachéotomie. A l'encontre de ses collègues, Malgaigne avait vu juste, mais la découverte n'était pas mûre et l'instrument encore trop imparfait.

Le *tubage* ne put remplacer la trachéotomie que lorsque le tube a été modifié par O'Dwyer en Amérique. Frappé de la mortalité considérable des croups trachéotomisés, il créa une série de tubes proportionnés au calibre du larynx, et réussit quelques tubages. Bonain, de

◆◆

Brest, s'appliqua à bien connaître la technique d'O'Dwyer et, lorsque la sérothérapie fut mise en œuvre par Roux, celui-ci observa que le tubage en préservant les enfants de l'asphyxie pendant 24 à 48 heures donnait au sérum le temps d'agir et pouvait dispenser de la trachéotomie. On fit venir d'Amérique les tubes d'O'Dwyer, Bonain vint à Paris apprendre aux internes la technique du tubage d'urgence et elle est devenue familière à tous les internes des hôpitaux.

Les perfectionnements apportés à la technique du tubage par Sevestre, par Bayeux, par Marfan et Avirагnet ont permis de tuber facilement et avec sécurité un croup qui n'est pas trop avancé et de le guérir par l'action combinée du tubage et de la sérothérapie. Actuellement le croup avéré ne tue les enfants que dans la proportion de 25 pour 100 environ, chiffre très différent des 80 à 90 pour 100 que l'on observait avant la sérothérapie.

Malgré ces progrès réalisés par la sérothérapie et le tubage, progrès qui dérivent directement d'une connaissance plus complète de la diphtérie au point de vue biologique, il y a encore des inconnues et des lacunes dans la manière dont nous traitons la diphtérie.

D'une part, on ne peut faire abstraction des *accidents sériques*, qui sont trop souvent pénibles et qu'il faut tâcher d'éviter. Sans doute ils ne doivent pas arrêter la main du médecin et il faut se rappeler que chaque fois qu'il y a eu chez les médecins et les malades de la *sérum-phobie* comme on dit, la mortalité diphtérique a augmenté. La statistique le prouve éloquemment.

Il faut reconnaître d'autre part que la *morbidité diphtérique est restée considérable* malgré la sérothérapie et il est souhaitable qu'une vaccination antidiphtérique efficace intervienne.

Or sur ces deux points très importants l'année 1924 a permis d'enregistrer des progrès considérables que j'ai la joie de vous exposer aujourd'hui.

A l'Institut Pasteur de Garches, M. Ramon a pu réaliser un sérum donnant moins d'accidents sériques, il est arrivé à faire une *antitoxine purifiée*, débarrassée de la majeure partie de ses albumines, d'une partie de ses globulines, et dont les protéines restantes ont été améliorées par un procédé complexe. Comme l'a montré M. Lesné, ce sérum est le moyen idéal pour réaliser la prévention de la diphtérie. Or c'est dans la prévention de la diphtérie que les accidents mortels les plus impressionnants ont été signalés. Il est désormais facile de les éviter et de pratiquer la séroprophylaxie en toute sécurité.

Chez les adultes plus nettement prédisposés aux accidents sériques, chez les enfants délicats, asthmatiques, chez ceux qui ont été déjà injectés, et dans une série de circonstances, l'antitoxine purifiée peut être employée et faciliter l'application de la méthode.

Il ne faut pas trop la généraliser actuellement car l'Institut Pasteur ne suffirait peut-être plus à la production de cette antitoxine. D'autre part, si elle est employée à forte dose curative, cette antitoxine peut donner elle-même quelques accidents sériques. Elle n'en réalise pas moins en pratique une acquisition précieuse.

Mais les constatations les plus importantes ont porté sur l'immunité à la diphtérie et sur la vaccination antidiphtérique.

L'immunité à l'égard de la diphtérie, est connue de tout temps ; il y a une immunité spontanée, la preuve en a été donnée par Trousseau qui essaya en vain de s'inoculer la diphtérie, par Peter qui, au moment de sa thèse, fit la même épreuve, et qui, reprenant cette étude, disait plus tard dans une clinique (dont nombre d'idées ont d'ailleurs vieilli) qu'il y avait trois catégories de sujets à considérer : les sujets qui ont du bacille dans leur gorge sans avoir la diphtérie (ce sont les porteurs de germe d'aujourd'hui), ceux qui ont le bacille dans la gorge avec une angine légère (ce sont les sujets atteints d'angine larvée), enfin ceux qui ont le bacille créant une toxine et déterminant une diphtérie mortelle ou une paralysie des plus graves (ce sont les sujets atteints de diphtérie toxique ou hypertoxique ; aussi conclut-il que « le facteur le plus essentiel dans l'éclosion de la maladie c'est la réceptivité individuelle ». Dès ce moment, Peter voyait juste en soutenant qu'il y a des sujets immunisés à l'égard de la diphtérie et qu'il y a une réceptivité personnelle.

L'épreuve de Schick ou intra-dermo-réaction à la toxine diphtérique est venue ces dernières années, nous permettre de reconnaître si un sujet est réceptif ou non réceptif (selon que cette épreuve est positive ou négative). Je ne vous ferai pas sa description. Sa valeur a dans l'ensemble été confirmée et elle a permis de voir que la réceptivité à la diphtérie ne cesse de diminuer de l'âge de un an à l'âge adulte, âge auquel à peine 12 pour 100 des sujets sont réceptifs. *Cette immunité progressive semble le fait de contacts successifs avec le bacille* et j'ai pu en donner une nouvelle preuve cette année en étudiant avec M. Joannon *l'immunité en milieu hospitalier*. Nous avons vu qu'elle s'établit relativement rapidement, qu'aucun enfant qui séjourne à l'hôpital depuis plus d'un an ne demeure réceptif (quel que soit son âge) ce qui semble tenir en contact avec d'autres enfants atteints d'angines diphtériques larvées et à l'existence chez ces enfants d'angines vaccinantes passant inaperçues.

Des constatations analogues ont été faites en Angleterre à l'Ecole Navale de Greenvich (Dudley) où l'existence d'une immunité s'établissant progressivement (et parfois à la faveur de véritables « épidémies d'immunité ») a été démontrée.

Si l'immunité est ainsi réalisée spontanément chez l'enfant par des infections atténuées à l'aide de bacilles qui restent antigènes en ayant perdu leur virulence, il doit être possible de trouver une méthode qui immunise de manière durable les sujets réceptifs. Comment faire ? La *séroprophylaxie* est un premier moyen, mais insuffisant parce que le sérum ne procure qu'une immunité passive temporaire, et ce qu'il faut c'est créer une immunité active, provoquer la création d'anticorps par l'organisme lui-même. On a cherché dans diverses voies à réaliser la *vaccination antidiphtérique*. Voici plusieurs années, Behring, en Allemagne, a fait des *mélanges de toxine* et *d'antitoxine* avec lesquels il espérait vacciner.

MM. Park et Zingher, en Amérique, ont de même fait la vaccination par des mélanges sous-neutralisés dans lesquels, selon l'expression de Lavergne, il restait une pointe de toxine et ils ont obtenu des résultats intéressants. Il y a plusieurs années que M. Rohmer poursuit à Strasbourg d'intéressantes études avec des vaccins sous-neutralisés.

A Paris, MM. Renault et Pierre-Paul Lévy ont essayé des vaccins hyperneutralisés dans lesquels la quantité le sérum est plus ou moins largement supérieure à a quantité de toxine. Ils ont obtenu des résultats intéressants, quoique lents et inconstants, chez 80 p. 100 des sujets.

Ces procédés de vaccination fort suggestifs ne se sont pas généralisés ; ils étaient délicats à appliquer, et la présence même minime d'une pointe de toxine dans les mélanges sous-neutralisés permettait de redouter quelques accidents :

La découverte des propriétés de *l'anatoxine* par M. Ra-

mon à l'Institut Pasteur de Garches, a complètement modifié la question. En étudiant la floculation dans un mélange de toxine et d'antitoxine, il s'est aperçu qu'au moment où la toxine est neutralisée complètement par l'antitoxine, apparaît un phénomène particulier, la floculation ; il observa que ce mélange était doué d'un pouvoir vaccinant assez marqué, tout en ayant totalement perdu son pouvoir toxique ; partant de ces constatations, il arrriva à se convaincre qu'on peut atténuer directement la toxine diphtérique d'une part par le formolage à la dose de 3 à 4 pour mille ; d'autre part, par le vieillissement et la chaleur à l'étuve pendant un mois à une température de 37° à 40°, cette toxine formolée et vieillie est dépourvue de tout pouvoir pathogène mais garde tout son *pouvoir antigénique*, c'est-à-dire la possibilité de susciter dans l'organisme des anticorps et de réaliser l'immunité antidiphtérique, c'est l'*anatoxine diphtérique*.

Son action est tout à fait remarquable, c'est ainsi que M. Ramon prend un cochon d'Inde qu'il inocule avec une anatoxine préparée avec une toxine diphtérique tuant le cobaye au millième de centimètre cube ; après 15 jours, il peut lui inoculer impunément des doses élevées de toxine diphtérique ; après 30 jours il peut lui injecter dix mille ou vingt mille fois la dose mortelle de toxine, sans aucun inconvénient, le cobaye est complètement immunisé, fait d'autant plus remarquable qu'il ne peut l'être avec la toxine diphtérique diluée.

M. Ramon transporte ces expériences sur le cheval. Il voit que 48 heures après l'injection d'anatoxine le sérum du cheval contient déjà des antitoxines. Au bout d'un mois, il peut être saigné et son sérum a le même pouvoir antitoxique que le sérum antidiphtérique du cheval vacciné pendant trois mois à la toxine diphtérique, d'où une économie considérable de temps et d'argent, car les chevaux ne subissent plus l'influence parfois fort nocive pour leurs organes de la toxine diphtérique.

MM. Darré, Loiseau, Roubinowich, Lafaille, Zoeller, moi-même avec M. Joannon, nous avons étudié les effets de l'anatoxine chez l'homme et nous avons constaté qu'en injectant un demi-centimètre cube d'anatoxine, puis trois semaines plus tard un centimètre cube, on immunise sûrement les sujets en ce sens que le Schick, de positif qu'il était, devient négatif, et le sang contient des unités antitoxiques. Sans doute, on peut se demander si cette vaccination est durable. Si, comme il est permis de le supposer d'après les résultats obtenus chez l'animal, elle est définitive, le problème de la vaccination de la diphtérie est très près d'être résolu. Chez tout enfant de 1 à 5 ans, il faut faire la vaccination à l'anatoxine parce qu'ainsi on lutte contre la morbidité diphtérique et l'extension indéfinie de la maladie.

D'ores et déjà, je m'efforce de l'appliquer à tous les enfants qui restent sous ma direction un temps suffisant et il est à souhaiter que, de divers côtés, les essais se généralisent.

Vous voyez que, grâce à l'ensemble de recherches qui datent de 1884 et 1890, c'est-à-dire des premiers travaux sur le bacille de la diphtérie et la toxine diphtérique le cycle est maintenant à peu près achevé. Actuellement nous savons *lutter contre la mortalité diphtérique*. Cette lutte est réalisée à l'aide de la sérothérapie et du tubage permettant de triompher de l'angine diphtérique et du croup. Les inconvénients sont réduits au minimum par l'emploi dans certains cas de l'antitoxine purifiée, et aussi par le progrès de l'hygiène hospitalière qui permet d'éviter les infections secondaires, et surtout les bronchopneumonies qui décimaient trop de croups, il y a quelques années. En second lieu, la *lutte contre la morbidité diphtérique*, peut être réalisée, d'une part par une bonne prophylaxie hygiénique, d'autre part et surtout par la vaccination à l'aide de l'anatoxine. Qu'il est loin le temps où Cadet de Gassicourt avouait son impuissance et, à plus forte raison, celui où Trousseau perdait confiance en voyant l'inefficacité du traitement tragique ! Soyons fiers que notre pays ait eu la primeur de telles découvertes et qu'un Roux, un Yersin, un Louis Martin, un Ramon, nos compatriotes, aient, dans le calme du laboratoire, pu démêler l'écheveau si compliqué des réactions provoquées dans l'organisme par le venin diphtérique et de celles qu'il faut susciter pour triompher de sa malfaisance !

L'an dernier, un maître, éminent géologue, enthousiasmait l'auditoire de l'Institut en évoquant la *joie de connaître* goûtée par le savant ; il la chantait en poète, la comparant à celle du navigateur, regardant avec ivresse.

..... monter en un ciel ignoré
Du fond de l'Océan des étoiles nouvelles.

Cette joie de connaître, il me semble que la diphtérie est une des maladies dont l'étude nous la procure le plus, à nous médecins, mais pourquoi ? Parce que cette joie se double de la *joie de guérir* qui est, pour le vrai médecin, supérieure encore à la joie de connaître. Vous voyez combien ont tort ceux qui volontiers, en louant certains de nos maîtres disparus, parlent de leur scepticisme thérapeutique. Pouvons-nous garder une attitude sceptique et expectante devant ce que je viens de vous exposer ! La médecine de l'enfance est belle et attachante parce que, plus qu'aucune branche de notre art, elle permet de prévenir et de guérir ; l'histoire de la diphterie que je viens de vous rappeler doit fortifier en vous cette conviction. Elle vous montre en outre que, pour goûter pleinement la joie de connaître et la joie de guérir, il faut comprendre. Pour cela, la clinique humaine ne suffit pas, le laboratoire et la biologie sont indispensables. Savants travaillant au laboratoire et médecins observant au chevet des malades doivent unir leurs efforts pour réaliser des découvertes aussi fécondes que celles qui nous permettent aujourd'hui de vaincre la diphtérie.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement du tétanos

Par le docteur **André PHILIBERT**,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Ayant eu l'occasion, pendant la guerre, de suivre et de soigner, tant dans les formations de l'avant que comme médecin de secteur, un très grand nombre de tétaniques, nous avons pu approfondir le traitement de cette maladie et arriver, parmi les nombreuses méthodes qui ont été proposées, à ne garder que celles qui n'exposent point à des accidents et donnent les meilleurs résultats pratiques.

Bien que le tétanos soit aujourd'hui incomparablement moins fréquemment observé que pendant la guerre, il n'est pas exceptionnel, cependant, à la campagne, d'en voir éclater des cas isolés. On sait, en effet, que le bacille tétanique habite la terre, les fumiers et ce sont, le plus souvent, les gens vivant à la campagne qui en sont atteints.

Traitement préventif.

La gravité du tétanos déclaré est telle, d'une part, et d'autre part l'expérience ayant montré la grande efficacité du sérum antitétanique appliqué avant l'éclosion des accidents que le premier effort du médecin doit tendre à conjurer le tétanos avant son apparition.

Le traitement préventif comporte avant tout, naturellement, la désinfection de la plaie : toute plaie souillée de terre sera soigneusement nettoyée et surtout débarrassée des corps étrangers qui peuvent y persister. Il nous paraît utile, pour des raisons que nous verrons plus loin, de les panser avec une compresse imbibée d'un flacon de sérum antitétanique. Enfin, on injectera le sérum préventivement, à la dose de 10 à 20 centimètres cubes dans le tissu cellulaire sous-cutané aussi précocement que possible après la blessure. Il est bon, lorsque la plaie est importante, de renouveler même cette injection une semaine plus tard. Le danger des accidents que peut donner le sérum est illusoire, la dernière guerre l'a bien montré, et les accidents sériques qui sont, en somme, rares, sont toujours sans gravité et valent bien d'être supportés pour éviter une maladie aussi terrible que le tétanos.

Traitement curatif

Lorsque le tétanos est déclaré, le traitement appliqué va être exclusivement fondé sur la biologie du bacille tétanique et la pathogénie de l'affection. Il n'est pas, pour ainsi dire, de maladie où les méthodes thérapeutiques soient plus carrément fondées sur les données biologiques et physiologiques acquises par la connaissance approfondie de l'infection. On sait que le bacille de Nicolaïer, cantonné dans la plaie, se développe surtout à la faveur des infections secondaires. La *première indication est donc la désinfection scrupuleuse des plaies.* On sait, en second lieu, que la toxine tétanique est produite par le bacille dans la plaie elle-même, d'où elle est puisée, en majeure partie par les terminaisons nerveuses qui la portent aux centres nerveux et, en plus faible partie, par la circulation sanguine. *La deuxième indication est donc de détruire cette toxine* continuellement formée dans la plaie par l'injection de sérum antitétanique.

Enfin la toxine, portée aux centres nerveux, s'y fixe et là, n'est plus accessible à l'action du sérum antitétanique. Les spasmes produits par cette localisation, à la fois douloureux et dangereux immédiatement pour la vie du malade (spasme de la glotte) *peuvent être atténués par des médicaments convenablement choisis* (3e indication.)

Traitement de la plaie. — Il va sans dire que cette éventualité n'est pas à envisager dans le cas de tétanos médical ou cryptogénétique, lorsque la plaie est profonde ou inconnue.

La première question qui se pose est la possibilité de la suppression totale du foyer tétanique : en effet, la destruction du bacille tétanique dans une plaie est souvent fort difficile aussi la suppression complète du foyer infectieux, impossible à stériliser, peut s'imposer, à condition qu'elle soit possible.

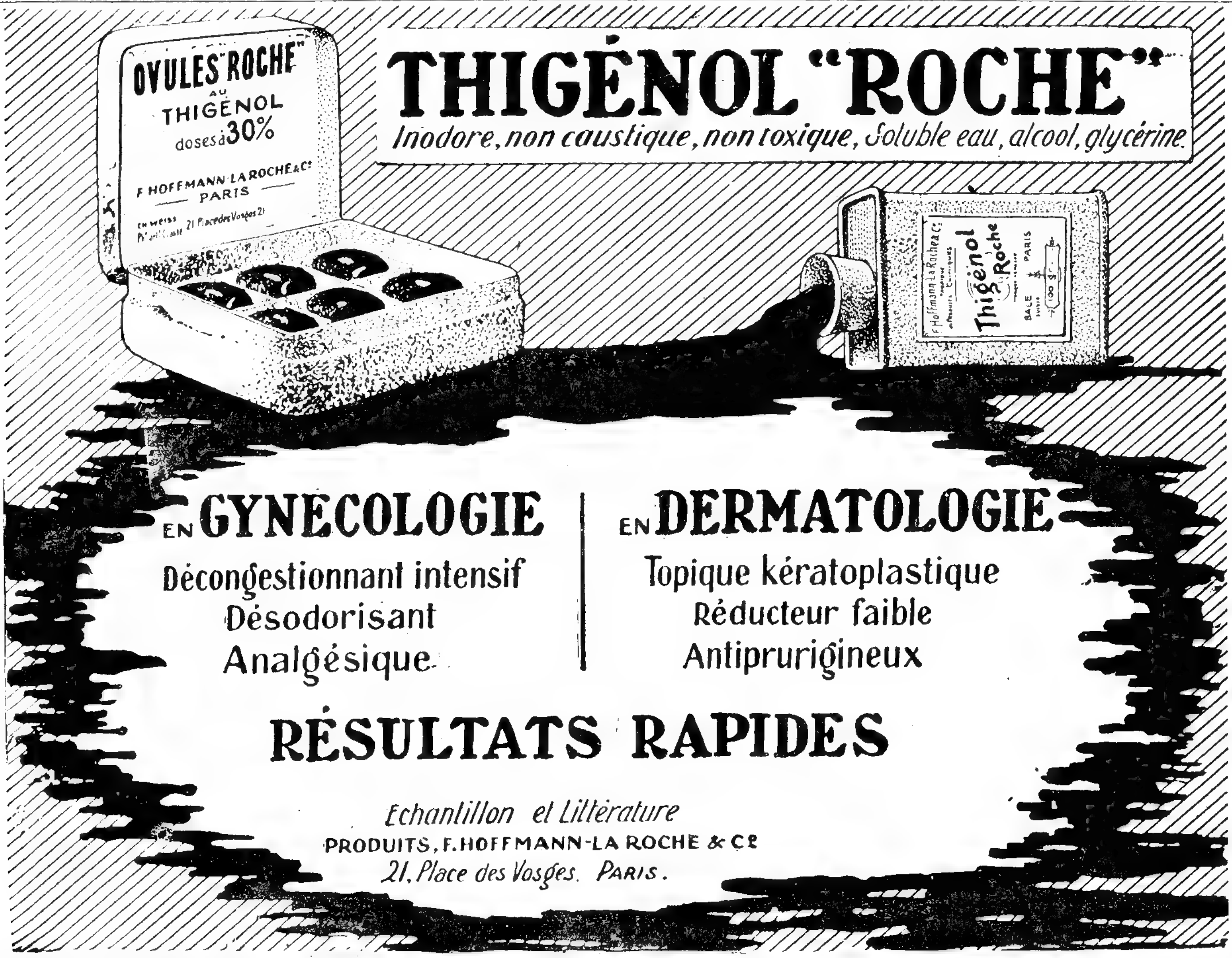
1° Amputation. — La gravité du tétanos justifie de discuter l'opportunité même de l'amputation. Les indications de l'amputation sont : la gravité et la précocité du tétanos et le siège de la blessure sur un fragment de membre peu important, Le tétanos est d'autant plus grave que son incubation est plus courte : son pronostic est d'autant plus noir que les contractures sont plus marquées, plus généralisées, les accès convulsifs plus fréquents, la température plus élevée. Ces conditions peuvent commander l'amputation si celle-ci est possible, ce qui dépend du siège de la blessure. C'est ainsi qu'on n'hésitera pas à amputer éventuellement un doigt, surtout s'il s'agit de l'annulaire ou de l'auriculaire ou bien un orteil, un avant-pied. Par contre, on hésitera s'il s'agit d'une plaie de l'avant-bras ou de la cuisse, c'est-à-dire d'une plaie nécessitant l'amputation d'une main ou d'une jambe dont la suppression constitue une infirmité grave pour l'avenir du malade.

2° Désinfection. — Il y a d'abord un premier temps qui consiste à déterger, à ouvrir largement les plaies anfractueuses, déchiquetées, à enlever tous les fragments de terre, tous les corps étrangers qui peuvent y être ; puis on emploiera des désinfectants, les antiseptiques. Les lavages continus ont été proposés. Nous avons avantageusement, dans ce but, employé pendant la guerre les irrigations continues avec de l'eau de riz. Cette substance, qui n'est pas antiseptique, a la propriété de modifier la flore de la plaie et de donner très bon aspect à celle-ci. Ce n'est pas pour cette seule raison que nous l'employons. Von Hibler a montré que le bacille tétanique, cultivé avec de l'eau de riz, et en général sur tous les milieux purement sucrés, perd rapidement la propriété de fabriquer sa toxine. Il est donc important par ce simple moyen, si on ne peut le déloger, de rendre avirulent le bacille tétanique de la plaie. D'autre part, cette irrigation peut être intermittente et alterner avec l'irrigation par du sérum antitétanique en goutte à goutte ; on introduit à travers le pansement une sonde qui pénètre dans la plaie et, chaque jour, on pratique l'irrigation lente avec un flacon de sérum anti-tétanique. Non seulement cette pratique peut amener la destruction de la toxine où elle se forme, mais encore, comme nous le verrons plus loin, elle peut être absorbée directement par les nerfs et agir de cette façon au mieux contre la généralisation du tétanos.

II. **Neutralisation des toxines. Application du sérum.** — Cette indication est remplie par l'injection de sérum antitétanique. Cette injection est utile dans tous les cas de tétanos déclaré : bien que l'anti-toxine ne soit pas capable de détruire la toxine déjà fixée sur les centres nerveux, elle peut détruire celle qui est encore en circulation et celle qui se forme quotidiennement au niveau de la plaie. D'après notre pratique personnelle, les petites doses sont peu efficaces et il faut recourir, si l'on veut avoir un résultat, à l'injection de hautes doses, c'est-à-dire de 40 à 60 centimètres cubes par jour.

La voie d'introduction du sérum antitétanique a une grosse importance et mérite d'être discutée. Il est démontré que l'antitoxine comme la toxine est absorbée, pour sa plus grande proportion par les extrémités nerveuses. Les expériences de Marie et de Mayer et Ramson sont, à ce point de vue, tout à fait démonstratives.

Dans l'expérience classique de Marie, on injecte à un lapin du sérum antitétanique de façon à ce que l'animal résiste à plusieurs doses mortelles de toxine par la voie sanguine. Chez un tel lapin, l'inoculation de toxine par le nerf sciatique détermine un tétanos localisé de la patte, typique ; l'antitoxine n'a donc pas immunisé suffisamment le nerf sciatique. Dans l'expérience de Mayer et Ramson, qui complète heureusement celle de Marie et en est, en quelque sorte la contre partie, ces auteurs inoculent l'anti-toxine, le sérum antitétanique, dans le nerf sciatique ; puis ils inoculent la toxine dans le sang ; ils


OVULES ROCHE
AU
THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

observent alors un tétanos généralisé : tous les muscles sont pris à l'exception de la patte correspondant au sciatique injecté. Il en résulte donc que l'anti-toxine a suivi la voie nerveuse et c'est pour nous une raison majeure de condamner toutes les applications de sérum antitétanique autres que la voie sous-cutanée proche de la blessure, là où les nerfs qui absorbent la toxine peuvent absorber également l'antitoxine en grande quantité. Dans ce but, Sicard a employé, dans le tétanos déclaré, le sérum comme dans l'expérience de Mayer et Ramson, en l'injectant dans le nerf périphérique lui-même ou autour de lui (injection intra ou para nerveuse).

C'est là incontestablement la meilleure voie, mais elle n'est pas toujours accessible, d'une part, et d'autre part, elle présente, dans beaucoup de cas, une grande difficulté technique.

Par contre, nous ne voyons aucun avantage mais, au contraire, plus de difficultés aux injections épidurales employées par Apert et Lhermitte. On sait que, par cette voie, le sérum est, en réalité, absorbé par la circulation. L'injection intraveineuse que les premiers Lœper et Oppenheim ont proposée et employée avec succès, est cependant à rejeter dans la pratique courante, car, elle expose à des accidents subitement mortels. Enfin, l'injection intracérébrale après trépanation, employée jadis par Roux et Borrel, est abandonnée complètement aujourd'hui non seulement à cause des accidents graves observés souvent après son emploi, mais parce qu'il n'est pas démontré que l'antitoxine soit active de cette façon. Quant à la voie sous-arachnoïdienne, qui a été employée, elle est condamnable pour deux raisons : la première c'est que le sérum administré par cette voie ne parvient aux centres nerveux que par la voie veineuse, en passant par les plexus choroïdes, car il n'y a pas communication anatomique entre la cavité sous-arachnoïdienne et les centres nerveux ; la deuxième raison est que la ponction lombaire est difficile à pratiquer chez le tétanique qu'elle expose à de multiples accidents, à la cassure de l'aiguille, à l'explosion de crises de contractures et même à la mort subite.

En définitive, le sérum antitétanique doit être administré par la voie sous-cutanée. Mais, pour être absorbé par les mêmes voies nerveuses que celles qui ont absorbé la toxine, il faut autant que possible pratiquer les injections dans le voisinage de la plaie tétanifère à condition, naturellement, qu'il s'agisse d'une région où cette injection soit possible. Nous avons vu déjà qu'il était bon de mettre une partie du sérum antitétanique injecté chaque jour dans la plaie elle-même en goutte à goutte : le reste de la dose sera injecté en une ou deux fois dans la région avoisinante ou, si la plaie siège aux extrémités ou à la face, bref dans une région où la piqûre sous-cutanée est impossible, on pratiquera l'injection sous la peau de la cuisse ou sous la peau du flanc.

Il est bon, d'ailleurs, de changer chaque jour le lieu de l'injection, et même dans le voisinage de la plaie, il ne faut pas piquer au même point tous les jours afin d'éviter les phénomènes de réaction locale connus sous le nom de phénomènes d'Arthus.

Il faut reconnaître que le sérum antitétanique, appliqué à doses élevées de 60 cc. ou plus par jour que nous préconisons provoque parfois des réactions sériques, une véritable maladie du sérum de Von Pirckett. Outre la réaction thermique qui peut s'ajouter à la fièvre normale du malade, on peut observer des éruptions, des œdèmes sous-cutanés, même du rhumatisme dans les jointures. Malgré ces inconvénients, il ne faut pas hésiter à appliquer cette médication énergique ; il nous a paru bien des fois, au cours de la guerre, grâce à l'intensité du traitement sérique que nous avons pu guérir des tétaniques gravement atteints. Les réactions sériques sont fâcheuses sans contredit, mais elles ne sont pas mortelles *quand on n'injecte pas le sérum dans les veines* et, dans une maladie telle que le tétanos, dont le pronostic est particulièrement sombre, on est autorisé à risquer ces incidents qui ne sont pas dangereux.

On continue les doses élevées pendant une huitaine de jours, quelquefois davantage, tant que l'on ne constate pas une amélioration réelle. Mais, lorsque les contractures commencent à céder, on diminue progressivement les doses, sans cesser complètement.

III. **Traitement symptomatique.** — Nous avons vu que la toxine fixée sur les centres nerveux n'est pas atteinte par le sérum et que là, elle produit l'irritation de la cellule qui déclanche les contractures. Or, celles-ci, non seulement fatiguent le malade, mais encore l'exposent à la mort subite à chaque redoublement convulsif. La thérapeutique doit donc tendre à supprimer, espacer ou atténuer ces crises convulsives. On sait que le bruit, la lumière, un choc, bref toutes les excitations sensorielles peuvent en provoquer l'apparition. Pour soustraire le tétanique à ces excitations, il faut donc l'*isoler dans une chambre obscure*, *silencieuse* et *éviter avec soin de le déplacer* : il ne faut, en particulier, jamais baigner un tétanique, ce serait l'exposer à la mort. Pour la même raison, on ne doit pas recourir à la ponction lombaire chez les tétaniques parce que celle-ci oblige à les remuer trop violemment : *Il ne faut pas oublier qu'un déplacement, le moindre mouvement peuvent entraîner la mort subite.*

Parmi les médicaments qui peuvent diminuer les crises de contractures, il faut placer en première ligne le *chloral* qui a fait ses preuves. On l'administrera sous la forme de potion, à la dose de huit grammes par jour en ne dépassant pas un gramme par chaque prise. Dès que le sommeil est atteint, on peut espacer la prise des doses, à condition toutefois, de maintenir le malade dans ce sommeil. Le chloral doit être dilué dans une grande quantité de liquide, c'est dire qu'il ne faut pas employer le sirop de chloral pur, qui est dosé à un pour vingt. La dilution à administrer au malade doit être, au minimum de un pour cinquante, dans de l'eau, par exemple et, si l'on emploie le sirop, il convient donc de diluer celui-ci dans de l'eau.

Le chloral sera administré par la bouche, si possible. Sinon, on l'administrera en lavement ; jamais il ne sera introduit par voie sous cutanée, car il est caustique ; l'injection intra-veineuse, qui a été conseillée, ne peut être qu'une médication d'exception et nous n'y voyons guère d'avantages.

On peut, en cas d'urgence, employer de petites doses de *morphine* en attendant que l'action du chloral soit établie. Hutchings a préconisé comme succédané du chloral le *chlorétone*, que l'on administre par voie gastrique, dissous dans l'alcool dilué, ou par voie rectale, dissous dans de l'huile chaude. On donne des doses de 1 gr. 50 à 2 grammes que l'on renouvelle tous les jours ou, selon les besoins, toutes les douze ou même toutes les huit heures au début ; ensuite les prises sont plus espacées.

Bacelli, en Italie, a introduit l'emploi de l'*acide phénique*, qu'il injecte toutes les trois heures, à la dose de un à trois centimètres cubes d'une solution à 3 % ; l'acide phénique agirait en diminuant l'excitabilité de la moelle. Cette méthode n'a pas justifié les brillants résultats an-

noncés par son auteur et nous n'en avons, personnellement, jamais rien obtenu de bien probant.

Griffon et Lian ont employé du *sulfate de magnésie* qui a pour effet de déterminer des paralysies généralisées après injection intra-rachidienne, selon Blacke. On emploie une solution de sulfate de magnésie diluée à 25 % dont on injecte 3 cc. après ponction lombaire ; il se produit une paraplégie suivie d'une paralysie généralisée. Cette méthode ne nous a jamais donné de bons résultats et la mort nous a semblé se produire malgré la paralysie obtenue. D'ailleurs, elle présente plusieurs inconvénients : outre la ponction lombaire, qui expose à des accidents, on a observé la persistance définitive des paralysies, la rétention d'urine. Tous ces faits nous suffisent pour la rejeter. Mais on peut, moins brutalement, employer les injections sous-cutanées de sulfate de magnésie qui procurent un sommeil léger.

Dans le même ordre d'idées, Bérard et Lumière ont employé, en injections intra-veineuses, des solutions de *persulfate de soude* préparées extemporanément : 20 cc. d'une solution à 5 %, matin et soir.

Personnellement, nous nous bornons à l'emploi du chloral, manié comme nous l'avons indiqué plus haut et associé simplement au début, à de petites doses de morphine abandonnée elle-même très rapidement.

Il y a encore deux autres points à remplir : il faut veiller à la *désinfection soigneuse de la bouche* : on sait que le trismus favorise rapidement une stomatite qui peut être le point de départ d'une infection secondaire, en particulier d'une broncho-pneumonie, que, depuis Verneuil, on sait pouvoir emporter des tétaniques convalescents. Les attouchements de bleu de méthylène, les lavages à l'eau oxygénée, faits avec beaucoup de précautions mais régulièrement, surtout s'il y a du trismus, peuvent rendre des services.

Enfin, il faut avoir soin de faire boire largement le malade et, si le trismus et l'hydrophobie s'y opposent, il faut recourir aux injections sous-cutanées de sérum artificiel afin de donner la quantité d'eau nécessaire au malade. Il faut veiller, de plus, à l'alimenter et si le trismus s'y oppose on peut pratiquer l'alimentation par sonde nasale.

MOUVEMENT MEDICAL

Les idées actuelles sur la pathogénie de la goutte

Nombreux sont les travaux, d'ailleurs souvent en désaccord, qui dans ces dernières années tentèrent de nous faire pénétrer plus avant dans la connaissance des troubles qui président à l'éclosion de la goutte.

Le problème est d'autant plus difficile que nous connaissons mal la physiologie de l'*acide urique*. On sait aujourd'hui qu'il provient exclusivement des nucléoprotéides, dont la dégradation s'effectue sous l'influence de ferments cellulaires qui semblent exister dans nombre d'organes, la rate, les poumons, les reins, le muscle, et même peut-être dans tous les tissus, mais surtout dans le foie.

Il faut distinguer d'une part l'acide urique *endogène* qui provient des nucléo albumines des tissus propres de l'individu ; et d'autre part l'acide urique *exogène* qui provient des nucléo-albumines alimentaires. Sous l'influence d'un régime convenable, privé de purines, on peut annuler ce dernier et apprécier le taux de l'acide urique endogène.

Les méthodes actuelles de dosage, dérivées de la méthode colorimétrique de Folin et Wu, permettent d'apprécier avec quelque précision le taux de l'uricémie. Mais tandis que les auteurs américains évaluaient le chiffre de l'*uricémie normale* à 2 ou 3 centigr. par litre de sang, Chauffard et Grigaut, grâce à une technique un peu différente qui supprime quelques causes d'erreur l'évaluent à 4 à 5 centigr. Au-delà commence l'hyperuricémie.

On s'est efforcé de préciser sous quelle forme cet acide urique se trouve dans le sang. A l'exception de Chabanier qui, utilisant la méthode de dialyse de compensation de Michaëlis, conclut qu'il y est à l'état libre, la presque totalité des auteurs considèrent qu'il y est sous forme d'*urate acide de sodium*. Mais cet « acide urique salifié » n'est pas tout. C'est lui que l'on trouve presque exclusivement dans le plasma à la dose de 40 à 45 milligr. : mais M. P. Weill et Guillaumin décèlent dans les globules sanguins une certaine quantité d'acide urique à l'état de combinaison organique (12 à 15 cgr.) ; ils distinguent encore sous le nom de composés uricogènes des substances complexes dérivées des acides nucléiques, et qui représentent une sorte d'acide urique en puissance. Toutefois, dans la pratique, le dosage de l'acide urique plasmatique fournit des indications suffisantes

L'*hyperuricémie* semble constituer le stigmate essentiel du sang des goutteux. Au lieu de 4 à 5 cgr. d'acide urique, chiffre qu'ils dosent dans le sang normal, Chauffard et Grigaut trouvent chez 27 goutteux des chiffres variant entre 7 et 13 cgr. ; soit une moyenne de 9 cgr. 4. Les auteurs américains, avec des chiffres absolus un peu différents, obtiennent des résultats proportionnellement semblables. Cette augmentation de l'acide urique porte à la fois sur le plasma et sur les globules, dans des proportions égales.

Quelles sont les causes de cette hyperuricémie ? De nombreuses conceptions sont en présence.

Thannaüser est le défenseur actuel de la *théorie rénale* invoquée dès longtemps par Garrod. Il se base d'une part sur la coïncidence d'une uricémie élevée et d'une élimination urinaire d'acide urique insuffisante ; d'autre part sur le retard et le déficit de l'élimination urique. Mais si la néphrite est fréquente au cours de la goutte elle n'y est cependant pas constante. Il est vrai que Chauffard, Brodin et Grigaut, recourant au procédé délicat de la constante d'Ambard trouvent que celle-ci est toujours légèrement élevée chez les goutteux : bien plus, l'acide urique serait le premier produit retenu quand le fonctionnement rénal commence à fléchir. Mais l'hypouricémie n'est pas constante (Mac Clure et Pratt) ; et même, au moment des accès, le rein goutteux se montre souvent très perméable. L'hyperuricémie elle-même, nous le verrons, n'est pas absolument constante. De plus, il est très difficile de tenir compte de l'épreuve de l'élimination urique provoquée, car à l'état normal il y a souvent un retard, et même une tendance à la rétention (M. Labbé et Furet) ; l'élimination de l'acide urique est irrégulière et n'obéit à aucune des lois connues (Ambard et Wolf). Il faut remarquer enfin qu'au cours du mal de Bright banal il y a souvent une hyperuricémie, parfois considérable, sans qu'il y ait pour cela de manifestations goutteuses. Umber, Loevenhart, Gudzent combattent énergiquement la théorie rénale.

D'autres auteurs, avec Brugsch et Schittenhelm, invoquent un *trouble du métabolisme* des nucléo-protéides. De fait, il y a souvent chez les goutteux une diminution du coefficient d'oxydation purique.

$$\left(\text{rapport } \frac{\text{acide urique}}{\text{purines totales}}\right)$$

Mais cela n'est pas constant (M. Labbé) ; et de plus on

sait que l'acide urique est chez l'homme le produit terminal de la dégradation des nucléo-albumines, il est donc difficile d'expliquer la goutte par un défaut d'uricolyse. CHAUFFARD, BRODIN et GRIGAUT constatèrent que, chez le chien en digestion, le sang sus hépatique contient moins d'acide urique que le sang porte, donc que le foie détruit une partie de cet acide urique. Pour ces auteurs, l'un des facteurs les plus importants de l'hyperuricémie goutteuse serait une *insuffisance uricolytique du foie*. Mais l'objection précédente porte contre cette interprétation, car chez le chien l'acide urique est détruit et éliminé sous forme d'allantoïne, grâce à une uricase qui n'existe pas chez l'homme où l'acide urique, produit terminal, est éliminé en nature.

Le rôle du foie dans la goutte mérite cependant d'être retenu. CHAUFFARD et ses élèves ont montré la fréquence de l'hyperbilirubinémie et de l'hypercholestérinémie chez les goutteux, et la présence constante de cholestérine au centre des dépôts tophacés.

GUDZENT pense que la goutte n'est qu'une *maladie des tissus*, lesquels chez les goutteux auraient une affinité spéciale pour l'acide urique (uratohistéchie). Pour lui l'hyperuricémie n'est qu'un trouble secondaire, inconstant, banal, et le caractère primitif de l'altération tissulaire est mis en évidence par le fait que parfois le liquide articulaire est plus riche en acide urique que le sérum. Mais comme le font remarquer THANNHAUSER et WEINSCHENK, la présence des dépôts uratiques articulaires peut modifier le taux de concentration de l'acide urique à ce niveau. Cette affinité des tissus pour l'acide urique semble bien réelle. Elle expliquerait les faits suivants constatés par GRIGAUT, BRICOUT et SCHNEIDER : pendant la cure de Contrexéville, l'uricémie au lieu de diminuer, augmente plutôt, comme si la surcharge urique des tissus était mobilisée par le lavage hydrique, et remise en circulation pour n'être éliminée que beaucoup plus tardivement dans l'urine. Mais la théorie tissulaire n'explique pas tout. Elle ne rend pas compte, en particulier, de l'hyperuricémie.

Nombre d'auteurs invoquent surtout un *défaut de solubilisation de l'acide urique*. De fait, l'acide urique et les urates sont peu solubles. KOHLER admet que l'acide urique sanguin est en grande partie à l'état de sursaturation. D'autres auteurs pensent qu'il n'est maintenu en solution que par sa combinaison avec une autre substance chimique (l'acide nucléique pour MINKOWSKI, l'acide thymique pour SCHMOLL). Pour GUDZENT il y aurait deux formes isomères d'acide urique, inégalement solubles : la forme la moins soluble prédominerait chez le goutteux. N'y aurait-il pas plutôt des combinaisons complexes de l'acide urique capables de le rendre insoluble (DOHRN, CHAUFFARD) et de lui faire prendre l'état d'une pseudo-solution colloïdale prête à floculer ? Il ne s'agit là que d'hypothèses, d'ailleurs fort intéressantes : il nous faudrait connaître davantage les conditions physico-chimiques qui sans doute influent sur la solubilité de l'acide urique.

Faut-il enfin tenter de concilier toutes les théories précédentes en rénovant la vieille ***théorie nerveuse*** de Lancereaux, comme l'a fait récemment BRUGSCH dans un mémoire qui souleva de nombreuses discussions à la Société de médecine de Berlin ? BRUGSCH invoque l'existence d'un centre bulbaire qui par l'intermédiaire du sympathique commanderait toute l'évolution de l'acide urique dans l'organisme, depuis l'absorption des nucléo-protéides au niveau de l'intestin jusqu'à l'élimination rénale de l'acide urique, en passant par son élaboration dans le foie. Ce centre serait particulièrement irritable chez le goutteux. Et de fait, Umber a constaté que d'importantes modifications du tonus vago-sympathique précèdent fréquemment l'accès de goutte.

Il reste en effet à expliquer le phénomène brutal de la ***crise aiguë de goutte articulaire***. Il s'agit là d'un phénomène paroxystique dont les analogies avec les crises d'asthme, de migraine, d'urticaire, avaient depuis longtemps frappé les anciens auteurs, d'autant que ces affections présentent avec la goutte une parenté clinique certaine. LINOSSIER dès 1911 rapprochait l'accès de goutte de la crise anaphylactique.

CHAUFFARD pense que la surcharge urique met le goutteux en état d'équilibre humoral instable et que la rupture de cet équilibre colloïdal est capable de produire des manifestations analogues au choc colloïdoclasique de WIDAL. Peut-être cette instabilité humorale est-elle favorisée encore par certaines causes secondes. LAPORTE et ROUZAUD font jouer un grand rôle au degré de la viscosité sanguine. L'augmentation de la teneur du sang en eau, en abaissant cette viscosité, serait la cause immédiate de l'accès. Et ceci aurait une importance thérapeutique puisque la cure alcaline risque de déclancher l'attaque de goutte si l'on n'a soin de relever la viscosité sanguine par le régime sec. Quoi qu'il en soit, la rupture de l'équilibre humoral pourrait être produite par des causes perturbatrices très banales vis-à-vis desquelles le goutteux est en quelque sorte sensibilisé : écart de régime, action du froid humide, traumatisme articulaire, modifications atmosphériques. Une observation récente de BEZANÇON, M. P. WEILL et DE GENNES nous montre le cas d'un malade chez qui l'accès de goutte fut déclanché par une injection de liquide pleural ayant déterminé un choc protéinique. Mais à la sensibilisation générale se joint une sensibilisation locale qui rallume toujours au même point l'accès. Outre l'affinité chimique propre de l'acide urique pour le cartilage, démontrée par les expériences de ALMAGIA, de BRUGSCH et CITRON, et qui semble due à la richesse du cartilage en sodium (VAN LOGHEM), on peut invoquer avec CHAUFFARD un véritable choc local, comparable aux chocs sériques locaux étudiés par BOUCHÉ et HUSTIN et qui représentent de véritables crises anaphylactiques locales (1).

Que devient l'uricémie au moment de l'accès ? Contrairement aux opinions anciennes qui admettaient avant la crise une rétention d'acide urique, et après elle une débâcle, les travaux récents de DANIELS, MAC CRUDDEN, PRATT indiquent que les crises aiguës de goutte n'influent pas notablement sur l'uricémie et qu'il n'existe pas de rapport constant entre la teneur du sang en acide urique et l'apparition des accès.

Il nous reste à envisager enfin les cas de *gouttes sans hyperuricémie*. Sans aller aussi loin que Gudzent qui considère l'hyperuricémie comme un fait très inconstant, absent chez 30 à 40 % des goutteux, il faut admettre l'existence de gouttes sans augmentation de l'acide urique sanguin. M. P. WEILL et GUILLAUMIN font remarquer qu'il est des cas où ce n'est là qu'une apparence : il peut y avoir augmentation de l'acide urique combiné globulaire sans augmentation de l'acide urique plasmatique ; mais malgré cette restriction ils admettent l'existence de gouttes sans hyperuricémie. Ces gouttes ne s'accompagnent généralement pas de dépôts tophacés. C'est que les arthrites goutteuses ne relèvent peut-être pas toutes de la précipitation uratique. Certaines d'entre elles, comme le font remarquer BEZANÇON, M. P. WEILL et DE GENNES, semblent n'être que des arthropathies protéiniques analogues à celles de la maladie du sérum.

Ceci nous montre encore que la question de l'acide urique n'est pas tout dans la pathogénie de la goutte, et qu'il y faut faire intervenir un ensemble de troubles morbides dont la cause première nous échappe encore.

Jacques DECOURT.

BIBLIOGRAPHIE

(1) AMBARD et WOLFF. — *Bull. méd.*, 23 juillet 1924.
(2) BEZANÇON, M.-P. WEILL et DE GENNES. — Acad. de méd., 6 fév. 1923.
(3) BEZANÇON, M.-P. WEILL et de GENNES. — ***Presse méd.***, 26 avril 1924.

(1) BOUCHÉ et HUSTIN. — *Presse méd.*, 8 oct. 1921.

(4) CHAUFFARD. — *Presse méd.*, 25 mars 1922.
(5) *Discussion* de la Société de méd. de Berlin. (BRUGSCH, GÜDZENT, KOHLER, LÖWENHARDT, UMBER, etc... *Medizinische Klinik*, mars 1922.)
(6) GRIGAUT, BRICOUT et SCHNEIDER. — *Presse méd.*, juin 1921.
(7) GUDZENT. — *Berl. Klin. Wochens.*, tome LVIII, n° 48, 28 novembre 1921.
(8) M. LABBÉ. — *Annales de méd.*, 1922, tome XII, n° 2.
(9) LAPORTE et ROUZAUD. — Soc. méd. des hôp. de Paris, 11 janvier 1924, et Soc. méd. de Toulouse, juillet 1924.
(10) LŒWENHARDT. — *Klin. Wochens.* (Berlin), tome II, n° 47, 18 novembre 1922.
(11) LINOSSIER et MONOD. — *Paris méd.*, 5 mai 1923.
(12) THANNHAÜSER et WEINSCHENCK. — *Deutsch. Arch. f. Klin. Mediz* (Leipzig), tome CXXXIX, 18 avril 1922.
(13) M.-P. WEILL et GUILLAUMIN. — *Journ. méd. franç.*, juin 1924.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Lister [1]

Parmi les *colles* célèbres des examens de la Faculté de Médecine de Paris, il en est une qui faisait fureur vers **1900** : A quelle époque vivait Empis ? Les réponses variaient peu : C'était un médecin de l'antiquité. Sur quoi le candidat décontenancé apprenait qu'Empis était médecin honoraire des hôpitaux et habitait Paris. Si l'on demandait à des étudiants français depuis combien de temps LISTER est mort, combien avoueraient leur ignorance et seraient surpris de savoir que le grand chirurgien anglais n'a disparu de ce monde que le **10** février **1912**. C'est qu'il était entré vivant dans l'histoire ; or l'histoire c'est le recul dans le passé. La gloire que lui avait assurée sa merveilleuse découverte de l'antisepsie, la révolution radicale par laquelle il avait transformé la pratique de la chirurgie, le triomphe si complet et si rapide de sa doctrine devenue presque aussitôt classique, ont fait du tort à l'homme privé ; la vie de LISTER est vraiment trop peu connue en France et cependant, belle et simple comme une tragédie antique, elle possède cette logique et ce développement harmonieux qui nous semblent l'apanage des hommes privilégiés du sort.

Joseph LISTER est né le **5** avril **1827** dans le petit village d'Upton, dans l'Essex, de Joseph-Jackson LISTER, qui était dans le commerce des vins (wine business) et d'Isabelle HARRIS. Comme atmosphère morale, celle des Quakers. Son père bien que de condition modeste avait une instruction fort supérieure à celle de son milieu et connaissait le latin, le français et l'allemand ; il avait des dispositions scientifiques extraordinaires, c'est lui qui découvrit la lentille achromatique, qui devait transformer l'industrie du microscope, comme son fils fit plus tard pour la chirurgie ; le *compound microscope* n'était alors qu'un jouet scientifique, qui déformait plus qu'il ne grossissait : l'amélioration de la lentille permit d'établir le puissant instrument de recherche indispensable aux découvertes pasteuriennes. Jackson avait présenté un travail à la Royal Microscopical Society, il était en rapports avec des célébrités scientifiques de l'époque : BOWERBANK, AIRY, HERSCHEL, OWEN, docteur HODGKIN. Il avait non seulement un esprit puissant et clair et des dispositions aux mathématiques, mais encore des goûts artistiques, qui nous ont valu un portrait au crayon d'Isabelle, dont le commentateur nous dit qu'elle y apparaît grave et belle.

C'est dans ce milieu cultivé que s'écoulent les premières années de Joseph LISTER. Il va à l'école des Quakers à Hitchin dans le Hertfordshire, puis à Grave House, Tottenham, près de Londres. Il était en avance pour son âge, sans plus. Son maître le notait ainsi à douze ans : « Il n'a pas de difficulté pour apprendre et j'espère qu'il fera des progrès. Je peux témoigner favorablement de sa conduite, il est plein d'entrain ce qui le pousse quelquefois à enfreindre les règles de la discipline et lui fait un peu de tort. »

Ce jugement, porté avec simplicité, ne laisse rien prévoir du brillant avenir du jeune garçon. A Tottenham Lister fait un peu de latin, beaucoup de mathématiques, d'histoire naturelle et de langues vivantes. Il acquiert une forte instruction scientifique, à laquelle il était déjà préparé par les études et les relations de son père. Vers quinze ans, il aurait étudié l'ostéologie, disséqué des poissons et de petits animaux. Bientôt il annonce qu'il sera chirurgien sans que personne l'ait influencé, sans qu'il y ait eu de médecins dans son entourage, à l'exception d'un cousin éloigné. Son père approuvait ses dispositions pour l'histoire naturelle, mais était moins enthousiasmé de sa vocation médicale ; cependant il se rendit compte qu'elle était fondée et dès lors il n'y fit plus la moindre objection.

Il fut décidé au printemps **1844** que LISTER, âgé de dix-sept ans, quitterait l'école pour se rendre au collège universitaire de Londres, où il devait passer trois années à préparer et à prendre les degrés du baccalauréat ès-arts, que son père estimait indispensable à la carrière médicale. Il eut alors la variole, abrégea sa convalescence pour retourner à ses études, ce qui détermina une dépression nerveuse qui l'obligea à abandonner l'université pendant les premiers mois de l'année **1848**.

Une fois rétabli il fait ses premières armes médicales sous la direction de guides éminents comme WHARTON, JONES et SHARPEY, qui exercent sur lui une influence profonde. LISTER commence ses études au moment de la découverte des anesthésiques ; il assiste à la première opération faite sous l'éther par Robert LISTON à l'hôpital du Collège universitaire en décembre **1846**. L'anesthésie devait reculer singulièrement les bornes de la pratique chirurgicale.

Si nous nous reportons par la pensée à la première partie du dix-neuxième siècle, nous nous représentons aisément le supplice enduré par le patient au cours d'une intervention : aussi la nécessité de raccourcir la durée de la douleur, faute de pouvoir la supprimer, avait-elle déterminé les chirurgiens à rechercher et à obtenir l'acte opératoire rapide sinon instantané. Chaque opérateur luttait contre la montre pour battre les records de durée ; c'était alors le triomphe de la vitesse, c'était pour ainsi dire du *sport* : le chirurgien le plus rapide était en même temps le meilleur. Cet état de choses changea avec l'anesthésie ; on put désormais accorder à la précision ce qu'on lui avait refusé jusqu'alors : le chirurgien eut le droit d'être aussi prudent et minutieux qu'habile et de s'engager dans des interventions longues et compliquées, qui auparavant n'auraient même pas été en question. Malheureusement les progrès de la science chirurgicale furent néfastes pour les malades.

La technique opératoire était suffisamment réglée pour aboutir au succès mécanique ; mais la suppuration, la septicémie et la pourriture d'hôpital régnaient en permanence, quand elles n'atteignaient pas un véritable degré épidémique. La mort suivait les opérations les plus insignifiantes et faisait reculer les sujets les plus décidés. La chirurgie, qui avait élargi son domaine, allait-elle, disparaître faute de clients ? James SIMPSON affirmait qu'« un homme couché sur la table d'opération d'un hôpital chirurgical était plus exposé à la mort qu'un soldat anglais sur le champ de bataille de Waterloo. »

Devenu bachelier en médecine en **1852**, LISTER ne fut pas long à constater l'impuissance de la chirurgie. Chirurgien de l'hôpital du Collège universitaire il a, dans son service une véritable épidémie de gangrène qu'il observe avec le plus grand soin. Il soupçonne alors la nature parasitaire de la maladie et utilise le microscope dans l'es-

(1) Lord Lister ; par RICKMANN JOHN GODLEE. — 3e édition. Un volume in-8° de XVI-686 pages avec illustrations (Oxford, Clarendon Press. 1924.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 jan... au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Men...* ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les gares et Bureaux P.L.M. de renseignements.

poir de découvrir un champignon envahissant ; s'il échoue dans ses tentatives d'identification, du moins acquiert-il la conviction que la cause de la suppuration est purement locale, ce qui devait avoir dans la suite des conséquences incalculables.

En avril 1855, il est nommé membre du Collège Royal de Chirurgie d'Edimbourg ; en juin il fait une courte apparition à Paris pour se mettre au courant de la chirurgie française. Son emploi du temps nous apparaît assez chargé : levé à sept heures, il suit la visite de huit à dix, déjeune, rédige des observations jusqu'à midi, opère jusqu'à trois heures et consacre le reste du temps à la correspondance, à l'exercice physique et à la réflexion. En juillet il rentre à Edimbourg, où il devient l'assistant du célèbre chirurgien **Syme**. Il est très frappé par l'adresse et le jugement de son chef et aussi par la supériorité de sa méthode de pansement par le *dry lint* (charpie sèche), sur le *water dressing* (pansement humide) du collège universitaire. Il est encore plus impressionné par la fille aînée de son patron, Agnès. Le mariage a lieu à Millbank le 23 avril 1856. Après un mois passé aux lacs anglais, le jeune couple fait sur le continent un voyage de trois mois pendant lequel **Lister** entre en relations avec les chirurgiens les plus éminents de l'époque et perfectionne sa connaissance des langues italienne et allemande. On le voit successivement à Bruxelles, à Cologne, en Suisse, à Milan, à Pavie, à Turin, à Gênes, à Pise, à Florence et à Venise. Il visite ensuite Vienne, Trieste, Prague, Dresde, Berlin, Leipzig, Stuttgart, Strasbourg et Paris. En septembre, après avoir terminé son tour d'Europe, il se repose quelque jours dans sa famille à Upton.

De retour à Edimbourg, « l'Athènes moderne » il est nommé chirurgien adjoint de son beau-père. Ces fonctions n'étant pas suffisantes pour absorber toute son activité, il fonde un cours libre de chirurgie, pour lequel il fait des recherches sur la coagulation du sang. Trois communications à la Société Royale montrent son esprit d'observation et la profondeur de ses connaissances scientifiques, qui lui auraient assuré un nom dans la pathologie, même s'il n'avait pas fait mieux plus tard. La nomination de **Lister** à la chaire de chirurgie de Glasgow, dont la faculté était alors en pleine prospérité, n'interrompit pas ses recherches et il fut amené à suspecter la décomposition du sang comme cause inflammatoire des plaies.

L'année 1864 fut malheureuse pour **Lister**. Il perdit sa mère dont la santé avait toujours été délicate ; son père devait vivre encore cinq années dans la mélancolie, qui est souvent le lot des hommes actifs qui sont à la retraite. Peu de temps après, il posait sa candidature à la chaire de chirurgie systématique d'Edimbourg, mais il se voyait préférer **Spence**. Ce fut le premier et le seul échec qu'il ait eu à enregistrer dans sa longue carrière ; s'il en fut affecté il n'en sortit toutefois pas diminué.

Les travaux de **Pasteur** sur la fermentation et la putréfaction étaient suivis de près par Thomas **Enderson** qui les signala à **Lister** en 1865. Le chirurgien anglais entrevoit tout le parti qu'il en pourra tirer et cherche dès lors à protéger les plaies contre les agents microbiens : il utilise comme antiseptique (terme qui est retrouvé pour la première fois dans le *Gentleman Magazine* de 1751) l'acide phénique découvert par **Runge** en 1834 et qui avait été en 1862 le sujet d'un livre publié par Jules **Lemerre**. En France l'acide phénique fut à la mode pour un temps, mais il ne fit jamais grand bruit et prit simplement place dans la pharmacopée. **Lister** eut l'intuition de sa valeur germicide et l'expérimenta dans le traitement des fractures ouvertes. Il badigeonnait chaque jour les plaies, de manière à former avec le sang une croûte épaisse, jusqu'à ce que tout danger d'infection fût passé. Malgré un premier insuccès, les résultats sont si satisfaisants qu'il publie dans la *Lancet* de mars 1867 un mémoire qui fait époque sur « une nouvelle méthode de traitement des fractures compliquées, des abcès, etc., avec des observations sur les conditions de la suppuration ». Un petit fait montre quelle était sa conscience : à l'occasion de cette étude, il discuta longuement avec son père pour savoir s'il devait employer le terme de « conditions » ou de « causes ».

Les propriétés caustiques de l'acide phénique pur, bien que d'importance secondaire à côté du péril qui menace les fractures ouvertes, le firent abandonner en chirurgie générale. Pour l'appliquer au traitement des abcès et des plaies chirurgicales, il était nécessaire d'atténuer son action de manière à obtenir le maximum d'efficacité avec le minimum d'irritation. C'est alors que Lister imagine de purifier l'atmosphère des microbes qu'elle contenait et qui tombaient sur les plaies, en pulvérisant dans la salle d'opération une solution aqueuse d'acide phénique ; c'est le *spray*, mot qui signifie embrun. L'emploi de ce procédé donna de meilleurs résultats et ce succès encouragea le savant à persévérer dans cette voie. Mais les recherches entreprises sur les rapports du sang et des micro-organismes firent naître des doutes sur le danger réel des poussières atmosphériques. Lister reconnut que le sérum sanguin représente un milieu peu favorable pour le développement des bactéries diffuses dans l'air ; toutefois il n'osa pas abandonner le spray, il ne le fit que plus tard, lorsqu'il se fut rendu compte que le tourbillon des gouttelettes ne pouvait atténuer la vitalité des germes. Il comprit alors que les succès obtenus n'étaient pas dus au spray, mais bien à la propreté des instruments et des mains du chirurgien et de ses aides. On annonça qu'il avait renoncé à la méthode antiseptique ; il l'avait simplement modifiée : mieux encore il avait ouvert la voie à l'asepsie (*pure condition*), en tâchant d'éviter l'introduction des microbes dans les plaies pendant et après l'opération. Dans cette intention il fit des recherches qui non seulement confirmèrent ses idées mais encore donnèrent naissance au catgut.

On employait alors pour les ligatures des fils de lin ou de soie qui s'éliminaient par suppuration, comme bien l'on pense. **Lister** montra que l'antisepsie empêchait la suppuration. Après un essai sur la carotide d'un cheval, il opéra avec succès un anévrysme sur l'homme ; le sujet étant mort de toute autre chose un an après, l'autopsie montra que la soie n'était pas résorbée. **Lister** eut alors l'idée d'employer une substance mieux appropriée ; le traitement des plaies contuses lui ayant montré que les tissus morts antiseptisés se résorbaient, il résolut d'imiter la nature et d'employer du catgut, extrait de l'intestin grêle du mouton et désinfecté par immersion dans l'eau phéniquée. Il fit la ligature de l'artère carotide d'un veau et sacrifia l'animal un mois après : les résultats dépassèrent son attente ; le catgut avait disparu, faisant place à une ligature vivante de tissu fibreux ; la plaie avait guéri sans suppuration.

En 1869, **Lister** succède à son beau-père **Syme** dans la chaire de clinique chirurgicale d'Edimbourg ; en 1877 il obtient la chaire de chirurgie au Collège Royal de Londres. Il est alors au faîte des honneurs. Baronnet en 1883, élevé à la pairie en 1897, il est nommé membre du nouvel ordre du Mérite en 1902. Il tient la première place dans tous les congrès internationaux (Philadelphie, Amsterdam, Londres, Berlin). Le 27 décembre 1882, il assiste au jubilé de **Pasteur** comme représentant de la Société Royale de Londres ; les deux grands hommes se donnent l'accolade au milieu de l'enthousiasme général. **Lister** avait une admiration profonde pour **Pasteur** auquel il attribuait, avec une loyauté et une modestie rares, une influence décisive sur ses succès personnels. Dans une lettre qu'il lui adressait d'Edimbourg le 1er février 1874, il s'exprimait en ces termes :

« Permettez-moi de saisir cette occasion de vous adresser mes plus cordiaux remerciements, pour m'avoir, par vos brillantes recherches, démontré la vérité de la théorie des germes de putréfaction et m'avoir ainsi donné le seul principe qui pût mener à bonne fin le système antiseptique.

« Si jamais vous veniez à Edimbourg, ce serait, je crois,

une vraie récompense pour vous, que de voir à notre hôpital dans quelle large mesure le genre humain a profité de vos travaux. »

En 1893, un télégramme, signé des noms de PASTEUR, GUYON et BOUCHARD, annonçait à LISTER son élection comme membre associé de l'Académie des Sciences

Peu après il villégiaturait avec sa femme sur la Riviera Italienne, à Rapallo, quand elle mourut de pneumonie. Le choc fut terrible, car elle avait été sa seule compagnie pendant trente-sept années de labeur, de recherches et de succès ; sans enfant, il vécut désormais solitaire dans sa gloire.

En 1901 LISTER fait un voyage en Afrique du sud, visite Sainte-Hélène. Le 5 avril 1907, son quatre-vingtième anniversaire est célébré dans le monde entier. A partir de ce moment ses forces déclinent et il s'éteint le 10 février 1912 dans les bras de son neveu et de sa nièce. Des funérailles solennelles furent célébrées à l'Abbaye de Westminster ; mais, suivant son désir formel, il fut inhumé dans le tombeau de sa femme au cimetière de West-Hampstead. Dans le transept nord de l'abbaye de Westminster, on peut voir un médaillon de marbre qui le représente, à côté de ceux de quatre autres hommes illustres : Darwin, Stokes, Adams et Watt.

Les idées de LISTER s'étaient rapidement imposées en France et en Allemagne, plus lentement dans sa propre patrie, comme il est naturel ; les conditions opératoires étaient transformées radicalement et la chirurgie prenait un essor magnifique. Si la méthode antiseptique n'a représenté qu'une étape du progrès, du moins a-t-elle préparé l'avènement de l'asepsie, qui s'est imposée universellement et qui n'en est que l'aboutissant naturel et logique.

Si le dix-neuvième siècle a vu le triomphe de PASTEUR et de LISTER dans le domaine de la médecine et de la chirurgie, il a à son passif le martyre de deux grands hommes méconnus pour qui le sort fut cruel et la justice défaillante. L'un, le Hongrois SEMMELWEISS, montra que la fièvre puerpérale était due aux souillures que les étudiants apportaient de l'amphithéâtre et recommandait la désinfection des mains par le chlorure de chaux ; ce fut le précurseur de l'obstétrique moderne. L'autre, le Français PRAVAZ, inventa la seringue et l'aiguille creuse, qui devaient rénover la thérapeutique en multipliant sa rapidité d'action et son efficacité. Tous deux moururent de persécutions ou de chagrin. Si la fortune fut souriante aux uns et partiale aux autres, la science et l'humanité doivent les entourer tous d'une égale reconnaissance et du respect dû aux chercheurs qui se sont engagés résolument dans la voie du progrès.

J. LAFONT.

ACTUALITÉS

La méthode en Psychopathologie

Il est certain que la recherche scientifique, dans le domaine médical comme en tout autre, ne peut être fructueuse qu'avec le secours de méthodes très générales permettant la création de synthèses utiles, après avoir fourni l'orientation du travail lui-même. Les sciences ont besoin d'être éclairées par une véritable philosophie scientifique qui leur indique, à la faveur des résultats acquis, les directives les plus efficaces. Aussi est-il toujours précieux d'observer et de connaître la méthode de son voisin pour profiter de son expérience générale.

C'est pourquoi il est toujours profitable d'écouter un homme, qui a travaillé et réfléchi sur son travail, donner un aperçu concernant ses principes de recherche. A ce point de vue, la récente conférence de M. Claparède (1), sous une forme de causerie très simple, et d'autant plus agréable, nous fournit un enseignement précieux : elle nous a montré, dans ses grandes lignes, la façon dont lui-même et nos amis de la Suisse Romande comprennent actuellement la recherche médicale, principalement dans la voie psychopathologique. Cette recherche met évidemment en jeu l'intelligence, « fonction destinée à résoudre les situations problématiques auxquelles l'instinct ne peut suffire. » Elle procède, forcément, par tatonnements, aussi bien dans ses formes les plus élevées que dans les états rudimentaires ; ainsi en use par exemple, le chat qui, dans l'expérience de Jennings, cherche l'issue d'une cage.

Mais le travailleur est obligé, volontairement ou non, de suivre une discipline : ou bien de suivre plus particulièrement la tendance déterministe, ou bien de se placer surtout « au point de vue fonctionnel ». M. Claparède, comparant ces deux attitudes intellectuelles, se refuse à les déclarer incompatibles. Il reconnaît, tout de suite que le déterminisme est la condition indispensable à toute notion scientifique, mais il constate que les esprits, trop appliqués à la stricte détermination des causes perdent, trop souvent, de vue l'ensemble des phénomènes. La prévision des effets, condition essentielle de l'expérimentation, lui paraît, en fait, aboutir fréquemment à une limitation de la recherche. Elle ne permettrait même pas, fait essentiel pour le médecin, de séparer le normal de pathologique, tout phénomène découlant normalement de causes qui ne pouvaient produire que lui.

Par contre, ce que M. Claparède appelle le point de vue fonctionnel permet de saisir l'ensemble des faits, les conditions habituelles, normales, dans lesquelles il se produit et de les juger d'une façon plus conforme à la réalité. En particulier, s'associant à la notion de P. Janet il rappelle que le psychologie est et doit être avant tout la science qui a pour but de résoudre le problème de la conduite.

Par là, il se défend expressément de vouloir la transformer en quelque chose de « métaphysique » et de vague. Au reste, il est le premier à reconnaître que la méthode déterministe reste nécessaire pour l'application, comme moyen d'étude secondaire.

Ne nous y trompons pas, il s'agit là d'une cause qui est chère à nos traditions médicales. Le procès de l'esprit exclusivement déterministe est celui de la recherche technique purement spécialisée, sans contact avec la réalité vivante. C'est la critique du pur travail de laboratoire, abstraction faite du malade : le résultat qu'il peut fournir est forcément limité. Au contraire, ce point de vue fonctionnel représente bien ce que tous nos maîtres nous ont appris à respecter comme primordial : l'observation clinique. Elle seule nous permet de placer un phénomène étudié à son véritable rang, de le situer dans ses conditions réelles, de distinguer le normal du pathologique. C'est d'ailleurs dans ce sens que le Professeur de Genève reprend le terme d'investigation biologique, restituant au terme la valeur de son étymologie ; science de la vie. Mais aussi, rappelons-le, il ne méconnaît pas la nécessité de lui adjoindre le contrôle déterministe, mais toujours à titre secondaire, comme méthode d'application ou de vérification.

Ce besoin essentiel de garder le contact avec les faits observés en liberté, peut-on dire, concorde bien avec une certaine tendance empirique. Elle permet à M. Claparède d'affirmer qu'il n'est point indispensable de tenter l'analyse minutieuse, élémentaire de toutes les notions utilisées. Il est possible d'effectuer un labeur très fécond sans avoir trop minutieusement dissocié ce que l'on entend, par exemple, par le terme de telle ou telle fonction. La recherche scientifique, de même que l'application pratique ne souffrent pas trop de cette absence de raffinement.

Etant donnée cette direction générale, il était intéressant de connaître l'opinion de M. Claparède, et de l'école

(1) Le point de vue biologique en psychopathologie. Faculté de Médecine, 28 janvier 1925.

qu'il représente, en face de méthodes récentes, telles que la Psychanalyse.

Certes il ne se pose pas en disciple orthodoxe de Freud et se déclare peu satisfait de certaines parties de son œuvre, comme étant quelque peu outrancières, du pansexualisme, par exemple. Mais, ceci posé, il juge d'un puissant intérêt, théorique et appliqué, une doctrine qui permet de voir des rapports, jusqu'alors insoupçonné entre une série de phénomènes très divers, phylogéniques et ontogéniques. Il y trouve une explication satisfaisante à beaucoup d'états psychopathiques qui ne sont pas simplement expliqués ou éludés par un mot tel que dérangement cérébral ; ceux-ci, grâce à elle, se trouvent ramenés à des réactions compréhensibles, en fonction des faits normaux et rentrent dans le cadre des grands mécanismes de la pathologie générale.

En conclusion, on ne peut que se rallier à l'opinion de M. Claparède qui veut juger les méthodes scientifiques seulement d'après leur rendement, en fonction des progrès qu'elles permettent d'accomplir. Son conseil paraît sage de ne pas les laisser dirigées uniquement par des doctrines philosophiques, erreur par laquelle on risquerait de les stériliser, à l'exemple de la science grecque de la période classique. Au contraire, en suivant une méthode qui s'attache aux phénomènes dans leur évolution vivante et les contrôle par une technique expérimentale, on peut espérer, en psychopathologie, comme ailleurs, davantage d'acquisitions théoriques et des applications thérapeutiques plus efficaces.

H. CODET.

ANALYSES

NUTRITION

Les lésions primordiales du cartilage dans la goutte articulaire, (M. LETULLE et M. P. WEILL, *Presse méd.* n° 55, 9 juillet 1924.)

Il est classique d'admettre qu'en dehors de l'infiltration uratique il n'existe pas de lésions notables du cartilage articulaire des goutteux. L. et W. étudiant une pièce chirurgicale font des constatations opposées. Ils notent d'importantes altérations cellulaires et interstitielles ; multiplication et parfois vacuolisation des cellules cartilagineuses ; fonte des capsules les unes dans les autres ; développement du protoplasma cellulaire qui peut prendre une coloration métachromatique ; état fibrillaire, strié du cartilage dû à la formation de fissures perpendiculaires à la surface de l'os ; nécrose mucoïde du cartilage ; enfin et surtout nécrose fibrinoïde étendue, disposée en îlots sur les différents points du cartilage. Ces lésions ne paraissent pas être secondaires aux dépôts uratiques. Elles semblent plutôt constituer une altération primitive du cartilage, conséquence directe des troubles humoraux, et cause probable des déterminations articulaires propres à la goutte. Jacques DECOURT.

Le tophus goutteux. (M. WOLF, *Journ. méd. fr.* juin 1924.)

Le tophus, nodule spécifique de la goutte, représente une agglomération de petits foyers tophiques séparés par des bandes conjonctives épaisses. Chacun de ces foyers présente en son centre une masse formée d'un colloïde, la cholestérine, et entourée de fins cristaux en aiguilles représentant les sels uratiques. Autour de ces cristaux on voit de nombreuses cellules géantes représentant la prolifération d'éléments réticulo-endothéliaux. La coque externe est formée de fibro-blastes jeunes se continuant bientôt avec des fibrilles conjonctives de plus en plus denses et finissant par se fusionner avec l'enveloppe scléreuse générale du tophus. Il n'y a ni réaction inflammatoire ni nécrose. Jacques DECOURT.

Hyperinsulinisme et dysinsulinisme. (SEALE HARRIS, *Journ. of. Amer. med. Association*, vol. 83, n° 10, 6 septembre 1924.)

Le diabète traduit l'insuffisance de la sécrétion interne des îlots de Langerhans, l'hypoinsulinisme. Pourquoi n'existerait il pas des cas inverses d'*hyperinsulinisme*, capables de se manifester en clinique par des accidents analogues à ceux que déterminent les injections de doses excessives d'insuline ? S. H. a fait des recherches dans ce sens et rapporte cinq observations qui semblent devoir faire admettre l'existence d'un syndrome d'hyperinsulinisme.

Il s'agit de sujets qui, une heure environ avant leurs repas, ressentaient une violente sensation de faim, accompagnée d'une grande faiblesse, avec de l'anxiété, du refroidissement des extrémités, des tremblements, parfois même des vertiges, une tendance à la lipothymie, tous phénomènes qu'une simple ingestion d'aliments, en particulier d'eau sucrée ou de fruits, suffisait à calmer aussitôt. Chez tous ces malades, le dosage du sucre sanguin pratiqué au moment de leurs crises révéla une hypoglycémie notable, aux environs de 0.65 cgr par litre de sang, 0.47 même dans un cas, taux extrêmement faible puisque chez le lapin une glycémie inférieure à 0.40 est incompatible avec la vie. De nouveaux dosages pratiqués après l'ingestion d'aliments et cessation des accidents montrèrent une élévation rapide de la glycémie vers un taux sensiblement normal. Par ailleurs l'analyse du suc gastrique ne montrait aucune anomalie. Il suffit de prescrire à ces malades des petits repas fréquents riches en hydrate de carbone pour faire disparaître leurs malaises ; les malaises reparaissaient dès que le chiffre du sucre sanguin retombait au-dessous de 0.70.

L'hypoglycémie n'était pas chez eux le simple résultat d'un défaut de nourriture, car chez des malades atteints de cancers de l'œsophage ou de l'estomac et arrivés à un état d'inanition très prononcée, S. H. n'a jamais trouvé un chiffre de sucre sanguin inférieur à 0.70. L'inanition ne semble donc pas capable de provoquer à elle seule une hypoglycémie suffisante pour entraîner des accidents, grâce sans doute à une régénération endogène de sucre aux dépens des protéines de l'organisme. Et les malades observés par S. H. souffraient bien d'une destruction excessive de leur sucre sanguin du fait d'un hyperinsulinisme.

Il semble donc que l'on puisse individualiser un syndrome d'hyperinsulinisme, résultant d'une hyperactivité des îlots de Langerhans, et provoquant, avec une glycémie inférieure à 0.70 des accidents analogues à ceux qu'entraînent les injections de doses excessives d'insuline chez les diabétiques. Peut-être ce syndrome serait-il capable de précéder le diabète, syndrome inverse. Chez un des malades de S. H. en effet l'épreuve du repas sucré était suivie de glycosurie transitoire. Il s'agissait là sans doute d'un diabétique en puissance, d'un sujet en état de *dysinsulinisme* prémonitoire d'hypoinsulinisme (diabète).

Peut être une alimentation trop riche en sucre est-elle capable de mener à l'hyperinsunilisme en excitant les îlots de Langerhans, puis au diabète en les fatiguant.

On peut se demander encore si les fringales des sujets atteints d'ulcères gastriques ou duodénaux ne relèvent pas pour une bonne part de troubles pancréatiques associés, avec hyperactivité des îlots de Langerhans. Peut-être même la sensation de faim normale n'est-elle que la manifestation d'un besoin de sucre.

En tous cas, les conceptions de S. H. sur l'hyperinsulinisme ouvrent la voie à d'intéressantes recherches.

Jacques DECOURT.

Réaction à l'adrénaline dans les diverses formes du diabète sucré. (E. KYLIN, *Zentralbl. f. inn. Mediz.* 13 septembre 1924.)

L'injection d'adrénaline détermine chez le sujet sain une élévation de la glycémie et de la tension artérielle. Cette réaction est modifiée chez les diabétiques, mais de façon très différente selon le type de diabète. Dans le diabète juvénile, sans hypertension, la réaction est de même sens mais plus accentuée que chez le sujet sain. Au contraire chez les diabétiques âgés et hypertendus, on constate un abaissement de la pressioh artérielle, et l'élévation de la glycémie est à peine accentuée.

Jacques DECOURT.

Métabolisme du calcium dans le rhumatisme chronique déformant. (R. MARK. *Journ. of. metabolic research*, Tome IV, n°s 1 et 2.)

Mark constate une augmentation notable de la calcémie chez les malades atteints de rhumatisme chronique déformant. Le régime pauvre en calcium semble incapable de la diminuer notablement, du moins dans les cas déjà avancés.

Jacques DECOURT.

L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie. (E.-J. BIGWOOD. *Ann de Méd.*, janv. et fév., 1924.)

B. étudie les perturbations humorales dans leurs rapports avec les troubles moteurs de l'épilepsie maladie. Pour lui, ce qui déclanche la crise comitiale c'est une rupture du mécanisme de régulation de la réaction du sang, c'est-à-dire de la balance des ions H et OH, de l'équilibre acide base, qui domine l'équilibre physico-chimique des humeurs. Cette réaction du sang se montre, à l'état physiologique, d'une remarquable constance, assurée par un triple mécanisme régulateur : les propriétés de tampon du sang lui-même, la ventilation pulmonaire et la sécrétion rénale. La méthode de Cullen, qui fournit le pH réel du sang montre que le pH oscille chez le sujet normal à l'état de repos entre 7,33 et 8,39.

Dans l'épilepsie essentielle à forme convulsive il y a, dans tous les cas, une rupture de cet équilibre caractérisée par l'apparition d'une hyperalcalinité du plasma avant le déclanchement de la crise. Après la crise, on peut voir cette alcalose persister ; ou disparaître, ou faire place à une phase d'acidose. On ne retrouve ces phases d'alcalose ni dans les crises épileptiformes de l'hystérie, ni dans l'épilepsie tardive d'origine syphilitique, ni dans l'épilepsie jacksonnienne, bref dans toute épilepsie symptomatique explicable par un facteur purement mécanique. On ne la retrouve pas non plus dans l'épilepsie essentielle réduite à des équivalents, sans crises convulsives. Pour l'épilepsie traumatique, deux cas sont à distinguer : le traumatisé vrai, par plaie pénétrante ayant lésé la table interne du crâne ne présente pas d'alcalose au moment de ses crises ; mais le simple commotionné se comporte comme un épileptique essentiel.

Toute intervention thérapeutique ayant pour effet de produire une acidose exerce une action empêchante sur l'apparition des crises. Ainsi agissent le jeûne, le régime riche en graisses, l'ingestion d'acide chlorhydrique, les traitements par le tartrate borico sodique ou potassique, par le gardénal, le choc sérique, Il y a là une base pour une thérapeutique rationnelle de l'épilepsie essentielle.

Mais il reste à déterminer quel est l'agent causal de ce déséquilibre physico-chimique des humeurs. C'est là qu'interviennent peut-être les actions toxiques invoquées par d'autres auteurs : libération d'une toxine par viciation du métabolisme azoté. Peut-être existe-il un centre nerveux régulateur de l'équilibre acide base du sang, et dont la lésion serait à l'origine de la rupture de cet équilibre.

Jacques DECOURT.

Le métabolisme basal dans le syndrome adiposo-génital non hypophysaire. (MARCEL LABBÉ, STÉVENIN et VAN BOGAERT. *Ann. de méd.*, mai 1924.)

Il faut admettre l'existence d'un syndrome adiposo-génital non hypophysaire, lié à une insuffisance des glandes génitales. Il s'accompagne d'une disposition spéciale de l'adipose aux seins, à la région sus-pubienne, aux hanches, aux fesses avec un aspect féminin du corps et des insuffisances morphologiques et fonctionnelles des organes génitaux. Ce syndrome s'accompagne d'une réduction des échanges respiratoires. L'opothérapie testiculaire s'y montre généralement inefficace.

Le métabolisme basal dans les syndromes post-encéphalitiques. (L. VAN BOGAERT. *Ann. de méd*, mai 1924.)

L'infection encéphalitique ne modifie pas à elle seule le métabolisme basal. Celui-ci n'est pas modifié non plus dans les cas d'encéphalite accompagnée de troubles de la nutrition, de la diurèse ou du régime génital. Il faut sans doute admettre que dans ces cas il n'y a pas de déficit glandulaire proprement dit, mais plutôt un déséquilibre de régulation neuro-humorale d'origine centrale.

Jacques DECOURT.

Le rhumatisme articulaire tuberculeux. (H. POLLITZER. *Wiener medtz. Wochensch*, 29 août 1924.)

P. tente une classification des différents types de rhumatisme tuberculeux. Eliminant les cas d'arthrites à évolution caséeuse, il envisage des formes aiguës et des formes chroniques. Parmi les premières, se placent la granulie articulaire, et les poussées de rhumatisme polyarticulaire représentant des épisodes bacillémiques chez des tuberculeux avérés. Mais il y a place pour un type spécial caractérisé par l'association d'une polyarthrite fébrile avec des adénopathies multiples, et sans endocardite. Cette forme, observée surtout chez les sujets jeunes, est assez caractéristique, car un tel syndrome ne peut guère s'observer en dehors de la bacillose, si ce n'est dans l'infection mélitococcique. L. en rapporte deux observations. Dans l'une l'évolution de quelques adénopathies vers la caséification signa la bacillose. Dans l'autre, un ganglion biopsié se montra bourré de cellules géantes.

Les formes chroniques comprennent : d'une part des formes classiques de rhumatisme chronique, évoluant chez des tuberculeux, mais dont on ne peut prouver rigoureusement l'origine tuberculeuse ; et d'autre part certains rhumatismes chroniques progressifs des enfants et des adultes jeunes. Ce dernier type frappe surtout le sexe féminin, évolue par poussées successives ordinairement fébriles chez des sujets indemnes de tuberculose pulmonaire en évolution. Sa caractéristique est de s'accompagner de splénomégalie et d'adénopathie. Il peut s'associer à des troubles thyroïdiens ou sympathiques. Il crée un état d'anergie qui expose le malade à la granulie ou à la phtisie aiguë. L'étude histologique des ganglions ne montre que des lésions inflammatoires banales. Pourtant P. a pu dans un cas déceler une cellule géante, et dans un autre tuberculiser le cobaye.

Jacques DECOURT.

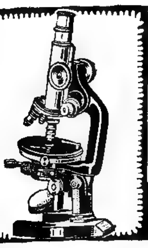
Des œdèmes provoqués par le bicarbonate de soude chez les diabétiques. (J. CHALIER et L. PINCY. *Journal de médecine de Lyon*, n° 11, 5 août 1924.)

L'ingestion de doses moyennes ou fortes de bicarbonate de soude chez les diabétiques provoque parfois l'apparition d'œdèmes. C. et P. publient deux faits de ce genre, qui néanmoins restent très rares. Outre l'acétonémie qui constitue une cause favorisante de premier plan ; ils font jouer un rôle aux lésions rénales. L'œdème tantôt s'extériorise, tantôt n'est reconnu que par des pesées successives. Tandis que Widal le considère comme secondaire à la rétention chlorurée, et que M. Labbé le croit sous la dépendance directe du bicarbonate de soude et notamment de l'action hydratante du sodium, C. et F. admettent une rétention mixte, à la fois chlorurée et sodique, le sodium retenu étant à la fois celui du chlorure et celui du bicarbonate ; c'est l'action synergique de ces deux sels qui crée le barrage rénal générateur d'hydropisies.

La crainte problématique des œdèmes à la suite du traitement bicarbonaté ne doit pas exclure la prescription du médicament quand elle paraît indiquée, notamment au cas d'acétonémie. Le régime déchloruré peut, dans quelque mesure s'opposer à l'infiltration ou la restreindre.

L'œdème installé, il faut savoir que la suppression du bicarbonate de soude peut déclancher un coma à rapide évolution. On cherchera sa résorption par le régime déchloruré et les diurétiques. Si ces moyens échouent et qu'on doive supprimer le bicarbonate, il faut utiliser les injections d'insuline.

Jacques DECOURT.



MICROSCOPES
ACCESSOIRES
MICROTOMES
NOUVEAUTÉS
E. KRAUSS 18 RUE DE NAPLES PARIS

GAÏACALCINE LATOUR

Polyphosphate Gaïacolé calcifiant
Modificateur des Sécrétions

PRÉSENTÉE en CACHETS . BOITES pour 15 JOURS de TRAITEMENT
Bronchite chronique Emphysème pulmonaire. Tuberculose pulmonaire et osseuse. Dilatation des Bronches. Catarrhe. Bronchite aiguë. Trachéo-Bronchite

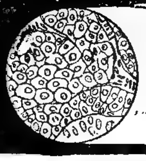
Echantillons gratuits à MM^rs^ les DOCTEURS
VENTE EN GROS : LABORATOIRES LATOUR 17, Place des Vosges PARIS
DÉTAIL TOUTES PHARMACIES

OUATAPLASME

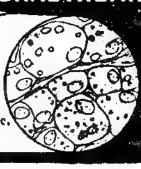
du Docteur ED. LANGLEBERT
*Adopté par les **Ministères** de la **Guerre**, de la **Marine** et des **Colonies**.*
Pansement émollient, aseptique, instantané.
Précieux à employer dans toutes les inflammations de la Peau :
ECZÉMAS, ABCÈS, FURONCLES, ANTHRAX, PHLÉBITES, etc.
VENTE EN GROS : 10, Rue Pierre Ducreux, PARIS, *et toutes Pharmacies.*

ULCÈRE
Hyper =
CHLORHYDRIE
COLITES
TABLETTE
PERROUD
7, Rue des Archers, LYON

IMPUISSANCE
SPERMATORRHÉE *Ystaline* NEURASTHÉNIE



Communications à l'Académie des Sciences *(Séance du 26 Février 1917)*
et à la Société de Biologie *(Séance du 17 Février 1917)*
Littérature et Échantillons Laboratoire d'Endocrinologie, 45, RUE BLANCHE, PARIS.
Dir : LEPRESTRE, Pharmacien de 1re classe.



Pour avoir un produit pur, pour supprimer complètement l'iodisme, pour ménager l'estomac, prescrire : Pilules Philippe à l'iodure de potassium à 0.10 ou à 0.20 ou à 0.50 — Iodure de sodium 0.20 — (pilules kératinisées)

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURES : Laboratoire du Dr PHILIPPE, 14, rue du Palais-Grillet, LYON — R. C. Lyon 10.837

Pour cause d'agrandissements
LES LABORATOIRES CORTIAL
Sont transférés ***10, rue Béranger.***

IODASEPTINE - SEPTICÉMINE

VARIÉTÉS

La documentation psychiatrique dans « l'Intelligence » de Taine

Les deux volumes de l'*Intelligence* sont riches en observation de troubles mentaux, en conceptions étayées sur la clinique. Y a-t-il lieu maintenant de faire de la documentation psychiatrique ainsi répandue dans l'ouvrage autant de cas que Taine lui-même. C'est le problème que Ch. Blondel a étudié (*Journ. de psychologie normale et pathologique*, 15 avril 1924).

Après avoir examiné successivement : 1° l'exactitude matérielle et la mise en œuvre des documents rassemblés par Taine ; 2° la valeur clinique et scientifique de cette documentation, laissant de côté les influences exercées par les théories des aliénistes sur la pensée de Taine, car Taine demandait aux aliénistes des faits et non des idées, M. Ch. Blondel arrive à conclure :

« Devant sa documentation psychiatrique, Taine a été, comme Worms-Clavelin, en présence des prophéties de Mlle Deniseau, gêné par son « positivisme », car le « mot de *fait* était puissant sur son esprit » (*L'Orme du Mail*, p. 137). Il n'ose se risquer à ne pas tenir pour des faits ce qui lui est donné comme tel, avec ce qu'il croit être de l'appareil scientifique. Son enthousiasme pour l'empirisme, son inexpérience clinique, conspirent pour le livrer sans défense aux anecdotes de la servante de Coleridge ou de la dame de chez Mac Nish et autres *faits* de même forme. D'autant que son fanatisme du fait ne connaît pas de bornes et que, méconnaissant les réserves et les prudences des plus grands expérimentateurs, tel Claude Bernard par exemple, il s'exalte dans sa préface et proclame : « Plus un fait est bizarre, plus il est instructif » (I. 16), principe qui, dans les esprits moins solides, risquent d'ouvrir la porte à toutes les duperies, à toutes les naïvetés, à toutes les sottises, et dont Bouvard et Pécuchet se montrèrent les adeptes les plus conséquents, prenant « en note dans le Dictionnaire des Sciences médicales, les exemples d'accouchement, de longévité, d'obésité et de constipation extraordinaires » (Ed. Charpentier, 1895, p. 78) ».

Et M. Blondel tire de cette étude des conclusions pratiques :

« Taine nous est un exemple de la prudence avec laquelle il faut manier, en psychologie, la documentation pathologique. La psychiatrie est encore un empirisme où rien ne supplée ni à la lente expérience acquise au cours des années, ni au sens clinique que cette expérience ne crée pas sans doute, mais qui n'existe pas sans elle.

Pour comprendre vraiment les observations de psychologie pathologique, pour les utiliser sainement, point ne suffit de dépouiller les revues spéciales ou les œuvres des aliénistes en renom, ni d'aller, une fois par semaine, pendant quelques mois, voir des « fous » à la Salpêtrière (II. 221). Besoin est, et besoin impérieux, de se pénétrer longuement des faits au contact des faits eux-mêmes. Autrement on assiste à une persistance irrégulière dans les livres de *faits* disparus, ou à peu près, de la clinique.

... Si l'effort de Taine pour rassembler et utiliser des documents psychiatriques a été moins heureux qu'il n'avait espéré, c'est sans doute, en partie, parce qu'il n'a pas opéré peut-être avec une rigueur suffisante, ainsi que nous l'avons constaté d'abord, mais c'est surtout, ainsi que nous l'avons vu ensuite, parce qu'il manquait de cette expérience clinique qui lui aurait permis de mieux peser la valeur de ses documents et de ses autorités et dont son exemple nous démontre la nécessité impérieuse. »

Le rôle de Van Helmont dans l'histoire des Sciences

Quel est le premier savant qui a posé dans l'Histoire le problème élémental sur le terrain de l'expérimentation ? On doit, dit M. Maurice Delacre (*Revue générale des sciences pures et appliquées*, 30 décembre 1924) répondre sans hésitation que c'est Van Helmont.

« Van Helmont, dit-il, ne s'est pas contenté de faire porter ses expériences sur l'un des plus grands problèmes des sciences, la nature des éléments de la matière ; il ne lui a pas suffi d'apporter là des notions que 150 ans après lui les chimistes les mieux qualifiés considéreront encore comme définitives (la nature élémentaire de l'eau et de l'air) ; il a fait mieux que cela : il a imprimé à la science expérimentale une direction à laquelle tous les grands esprits de la Chimie sont restés fidèles depuis trois siècles.

Sa méthode c'est la méthode pondérale : la méthode pondérale est le positivisme des chimistes. Van Helmont est le premier chimiste positiviste ».

Un centenaire oublié : Girodet

Comme M. Raymond Bouyer le fait remarquer avec quelque mélancolie dans *La Revue de l'Art* (janvier 1925), « le siècle nouveau s'est souvenu de la mort de Prudhon et de Géricault, de la naissance de Puvis de Chavannes », mais personne n'a rappelé que le 9 décembre 1824 Girodet Trioson mourait à Paris.

Et cependant si le peintre de *L'Empereur recevant les clefs de Vienne* nous est quelque peu indifférent, si nous n'éprouvons plus, pour la *Révolte du Caire*, le même enthousiasme que le jeune M. Guizot, il est dans l'œuvre de Girodet une toile que nous pouvons contempler avec indulgence parce qu'elle a contribué à populariser une légende de désintéressement médical ; c'est le fameux tableau d'*Hippocrate refusant les présents d'Artarxercès* que notre Ecole de médecine a gardé et dont il est d'actualité de rappeler l'histoire.

Au mois de novembre 1791, Girodet avait commencé l'esquisse : « C'était un hommage, disait-il, que j'offrais à mon ami Trioson, docteur en médecine, celui-là même qui m'écrivait que « la nature était sans cesse occupée à réparer les torts des médecins ». Ce sujet avait paru un des plus beaux de l'antiquité à Girodet, qui reconnaissait avoir dû forcer un peu la vérité historique : « J'ai mis le récit de l'histoire en action, car le roi de Perse n'envoya — comme vous le savez — aucun présent à Hippocrate. Il se contenta de lui faire écrire par un de ses satrapes en lui faisant faire les promesses les plus magnifiques ; si j'avais été arrêté par la difficulté de suivre pied à pied la vérité historique, vous voyez que j'aurais été privé de ce trait de patriotisme du prince de la médecine ».

Plus soucieux de la vérité dans les détails, Girodet fit des recherches particulières sur les costumes des Persans, s'assura de la véritable ressemblance d'Hippocrate par les médailles et monuments. A la fin de 1792 ce tableau, qui est avec l'*Endymon* le seul qui fut fait en Italie, était terminé. Il faillit être détruit en janvier 1793, lorsque la foule furieuse tenta mettre le feu à l'Académie.

Le 18 juillet 1816, la Faculté reçut des mains mêmes de Girodet le tableau que lui léguait le Dr Trioson. Restaurée en 1858, de nouveau rentoilée et restaurée en 1904, cette peinture orne aujourd'hui le cabinet du Doyen. L'esquisse se trouve au musée de Montpellier.

Rémy de Gourmont vu par son médecin

Notre éminent et sympathique collaborateur, le Dr Paul Voivenel vient de publier un nouveau volume : *Rémy de Gourmont vu par son médecin*, à propos duquel nous ne saurions mieux faire que de reproduire les quelques lignes que Henri de Régnier lui a consacrées dans le feuilleton littéraire du *Figaro* :

Le docteur Voivenel fut pour Remy de Gourmont un admirateur passionné et un ami fidèle, aussi son témoignage demeure-t-il toujours fervent et respectueux. La preuve en est que le frère de Remy de Gourmont, M. Jean de Gourmont, à tenu à nous présenter dans une amicale préface l'essai du docteur Paul Voivenel où, comme il le dit « l'intuition d'un poète s'associe à la science du physiologue ». Ne cherchons donc dans le livre du docteur Voivenel aucune indiscrétion et quittons en l'abordant toute curiosité déplacée, autrement nous serions déçus. Le docteur Voivenel ne nous révèle de la physiologie et de l'intimité physique de Remy de Gourmont que ce qu'il en faut pour nous faire comprendre la vie particulière dont vécut l'auteur de *Sixine*, de *la Nuit au Luxembourg* et de tant d'autres œuvres de philosophie originale, de haute critique et de subtile imagination. Atteint, dès la fin de sa jeunesse, d'une cruelle « blessure faciale », Gourmont dut à cette circonstance que s'accentuât son goût de la retraite, de la méditation, de la pensée, du travail. Pourtant, si laborieusement solitaire que vécut Gourmont, sa séparation d'avec la vie ne fut jamais complète et la maladie dont il souffrait ne l'empêcha pas d'en goûter certaines joies, mais leur raréfaction forcée se tourna chez lui en accroissement d'énergie intellectuelle et d'activité imaginative. En examinant l'hérédité de Gourmont, le milieu où il se développa, sa constitution et son tempérament de « sensuel cérébral », le docteur Voivenel nous aide à mieux comprendre la « constance psychologique » de l'écrivain. Des notes sur la maladie et la mort de Remy de Gourmont terminent le très intéressant petit volume du docteur Paul Voivenel où ont collaboré du même cœur le médecin [illegible]

BIBLIOGRAPHIE

260 consultations médicales pour les maladies des enfants, par le Dr Jules COMBY. Huitième édition, revue et augmentée. 1 vol. de 520 pages. Prix : 14 francs. (Masson et Cie, éditeurs.)

Tous les médecins connaissent ce petit livre : il leur permet d'agir sans hésitation en présence des maladies infantiles qu'ils rencontrent dans leur vie professionnelle, et de laisser des ordonnances claires, complètes, d'exécution facile.

Cette 8e édition contient des remaniements assez importants dus aux progrès de la thérapeutique médicale, — des ajoutés et plus de 50 consultations nouvelles. — Parmi celles-ci il convient de signaler la part donnée par l'auteur aux maladies exotiques qui, en raison de la rapidité et de la multiplicité des relations internationales donnent lieu à des observations de plus en plus fréquentes. Ainsi complété, l'ouvrage du docteur Comby permet aux médecins de trouver une réponse à toutes les questions que la pratique leur pose. A signaler dans cette édition parmi les nouveaux chapitres : Angine herpétique, Angine rétro-nasale, Ankylostotomiase. Bouton d'Orient. Bronchectasie. Insuffisance surrénale. Conjonctivite granuleuse. Coup de chaleur. Dilatation congénitale du côlon. Tumeurs pileuse. Paludisme. Fragilité osseuse, Furonculose. Goitre exophtalmique. Spirochétose ictéro-hémorragique. Infantilisme. Typhus exanthématique. Œdème aigu des paupières. Mégacôlon. Malaria. Leishmaniose, etc., etc.

Nouveau Traité de médecine. FASCICULE XIV. — *Appareil digestif. (Intestin)*. 1 vol. gr. in-8 de 580 pages avec 168 figures et 7 planches en couleurs, relié : 45 francs. (Masson.)

TRÉMOLIERE et L. CAUSSADE. Pathologie de l'Intestin. — P. NOBÉCOURT. Les affections gastro-intestinales des nourrissons. — Ch. JOYEUX. Vers intestinaux. — Ed. PERRONCITO. Ankylostomiase. — René GAULTIER. Sémiologie des fèces. — R. BENSAUDE. Pathologie du rectum et du côlon terminal.

FASCICULE XXII. — *Muscles, Os et articulations*. 1 vol. gr. in-8 de 560 pages avec 209 figures et 2 planches en couleurs, relié : 45 fr. (Masson.)

J. THIERS. Affections des muscles. — André LÉRI. Affections des os. — O. CROUZON. Dystrophies osseuses congénitales. — L. SPILLMANN. Rachitisme. — L. SPILLMANN et J. BENECH. Ostéomalacie — A. SOUQUES. Achondroplasie. — E. LESNÉ et J. LANGLE. Pseudo-rhumatismes infectieux et toxiques. — M.-G. MARINESCO. Rhumatisme chronique.

L'Odyssée, par Victor BÉRARD. *Déjà parus* : Tome I : Texte et traduction, chants I-VII. 1 vol. 25 fr. Introduction. L'*Eposhomérique. Le poème représenté*. 1 vol. 25 fr.

Tome II : Texte et traduction, chants VIII-XV. 1 vol. 25 fr. Introduction. *Le poème représenté. Le poème édité*. 1 vol. 25 fr.

A paraitre prochainement : Tome III. Texte et traduction, chants. 1 vol. 25 fr. Introduction. 1 vol. 25 fr. Collection Guillaume Budé, publiée par la Société d'Edition « Les Belles-Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris.

« M. Bérard, écrit Benjamin Crémieux à propos de cette édition, vient tout bonnement de ressusciter l'*Odyssée*, de lui donner, pour nous Français, une vie nouvelle. Les hellenistes amateurs qui aimaient de temps à autre rouvrir leur Homère ne lui doivent pas moins de gratitude que les profanes. Aux profanes, il ouvre un monde délaissé, mais il renouvelle la vision des lettres. »

Anthologie Bouddhique, par René GUYON. Deux volumes in-16. Prix : 13 francs (Les Editions G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Puisés aux sources mêmes, dans les plus authentiques recueils des écritures bouddhiques, les textes présentés par M. René Guyon ont été classés par lui dans un ordre logique, sous des rubriques essentielles : la vie du Bouddha, sa doctrine, son église, les traditions écrites, etc. Les esprits les moins préparés à goûter ces pages seront surpris d'y découvrir un charme tout particulier et des notions qui, pour leur sembler neuves, n'en sont pas moins facilement assimilables. Rien ne rappelle ici les gloses ridicules et décevantes des théosophes, puisque nous sommes avec l'auteur de cette Anthologie sur le terrain solide d'une érudition très accessible sans doute, mais réelle et profonde. Nous avons bien la fleur de la pensée bouddhique, les dons, assemblés pour nous d'une pensée à la fois hermétique et doucement fraternelle.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE

La Céramique dentaire. Fabrication des dents en porcelaine. Travaux prohtétiques en porcelaine, par E. LINET, in. 8° 139 fig., 5 pl. : coul. 22 fr. (Maloine).

Les lipoïdes en thérapeutique, par CASSÉUS, in-8°. 5 fr. (Maloine).

Etudes de psychiatrie sociologique, par H DAMAYE. in-8°. : 8 fr. (Maloine).

Les Petits Précis, petit in-8 dos entoilé : 8 fr. 50. (Maloine). *Parus* : **Le poumon tuberculeux**, par P. CANTONNET ; **La Chirurgie d'urgence,** par LEVEUF ; **La syphilis, par** LOISELET ; **L'ophtalmologie du Praticien**, par A. CANTONNET ; **L'Urologie,** par GAUTHIER ; **Cures climatiques et hydrominérales,** par MOUGEOT ; **Les Vaccins, les sérums,** par BEAUVY.

Traitement des varices particulièrement par les injections phlébosclérosantes, par R. BAZELIS. in-8. : 15 fr. (Maloine).

Nouvelle anatomie artistique. Tome IV. Le nu dans l'Art. I Egypte, Chaldée. Assyrie. par le Dr Paul RICHER. in-8, abondamment illustré : 40 fr. (Plon).

Lamarck par Edmond PERRIER, in-16 : 5 fr. (Payot).

La vie et la mort, par Georges BOHN, in.-15 : 2 fr. (Stock).

Sigismond Freudeberg. n° de janvier 1925 de *Pages d'Art* (Genève)

Garçon, par Yvan CHMÉLOV. Roman traduit du russe, par Henri MONGAULT. in-12 de la « Collection des Textes intégraux de la Littérature russe » 7 fr. 50. (Bossard).

Le Dilemne rouge, par Paul VOVARD, pièce en 4 actes jouée pour la première fois à Bordeaux, à l'Alhambra le 15 janvier 1925 à l'occasion de la grande semaine de Propagande organisée par la Fédération Girondine des œuvres antituberculeuses. in-8, 40 p. Bordeaux.

Molière. 1 vol. de la Collection « L'*Encyclopédie par l'image* », 2 fr. 50. Hachette.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 7. Le Numéro : 50 Centimes 14 FÉVRIER 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 17 *février*. — M. FARRAUD (Jean). Le traitement spécifique dans les néphrites chroniques. — M. MARTY (P.). Les injections intratrachéales de lipiodol au cours des affections pleuro-pulmonaires de l'enfant. — M. COSTE Le cancer vertébral.

(Thèses vétérinaires.) — M. MOUQUET. Animaux de ménagerie. — M. PETIT. Valeur de la présence des corps étrangers dans le diagnostic de la rage.

11 *février*. — M. LELONG. L'enfant issu de parents tuberculeux. — M. AMRAM. Captage des poussières de l'air (étude de leurs destructions). — M. LEMIERE (P.). Traitement de la fièvre typhoïde. — M. DANA (R.). Action comparée de l'insuline et du régime chez les diabétiques.

12 *février*. — M. GIROUD (A.). Le chondriome (recherches, etc.). — M. MARCHAL. La leucopédèse gastrique. — M. GARNIER (P.). Les diverticules des troisième et quatrième portions du duodénum. — M. NICOLLE (Alain). L'élimination du rayonnement secondaire en radiologie.

(Thèses vétérinaires). — M. VIAT. Vaccinothérapie des pyodermites du chien. — M. NEAU. Coprologie et helminthiase intestinale chez le cheval.

Le XXXVIIIe Congres de la Société française d'ophtalmologie aura lieu à Bruxelles le lundi 11 mai et jours suivants.

On y discutera un rapport du professeur LAGRANGE (de Bordeaux) sur le *Traitement du glaucome infantile*.

La Société française d'ophtalmologie est l'invitée de la Société belge d'ophtalmologie qui a organisé des promenades à Bruges, à Malines et des réceptions à Bruxelles.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit au docteur M. Danis, secrétaire de la Société belge d'ophtalmologie, 7, rue Montoyer, Bruxelles, soit au docteur René Onfray, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

Réunion biologique neuro-psychiatrique. — La VIIe Réunion d'études biologiques de neuro-psychiatrie aura lieu le 26 février 1925, à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Adresser les titres des communications au docteur Targowla, chef de clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

Comité des anciens élèves des professeurs Jourdan et Vayssiere (de Marseille). — Un Comité s'est formé pour offrir un objet d'art à ces deux maîtres qui prennent leur retraite après une carrière universitaire de près d'un demi-siècle. Les anciens élèves ou les amis, qui n'auraient pas été atteints par la circulaire individuelle, sont priés d'envoyer au plus tôt leur souscription au trésorier du Comité. M. le docteur R. Santelli, préparateur à la Faculté des sciences, compte chèques postaux Marseille n° 141.69.

Bourses d'études à l'étranger. — La Fédération internationale des femmes diplômées des universités, composée des associations nationales de vingt pays, dont la France, offre une bourse de mille dollars, environ 18.000 fr. à une femme ayant fait des études supérieures (lettres, sciences, droit, médecine, etc.) et désirant les poursuivre à l'étranger pendant un an.

Adresser les demandes avant le 15 février à Mlle Bonnet, secrétaire de l'Association des françaises diplômées des universités, 4, rue de Chevreuse, Paris, en indiquant les titres obtenus, les travaux en cours et le pays où ils doivent être continués.

Guerre. — Sont désignés pour être détachés en 1925 dans les hôpitaux militaires thermaux :

Hôpital militaire de Barèges (10 juin-30 septembre) : M. le médecin-major de 1re classe Rebierre, médecin chef.

M. le médecin-major de 2e classe Laban.

Hôpital militaire de Bourbonne (1er mai-30 septembre) : M. le médecin-principal de 2e classe Dehoey, médecin chef.

M. le médecin-major de 1re classe Dellys.

Hôpital militaire du Mont-Dore (15 mai-30 septembre) : M. le médecin-major de 2e classe Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy (1er mai-26 octobre) : M. le médecin-major de 1re classe Verdeau.

MM. les médecins-majors de 2e classe Cazalas, Tamalet et Dillenseger.

Admission aux emplois d'agrégés dans les facultés de médecine. — Art. 1er. — L'article 4 de l'arrêté du 14 mars 1924 est complété ainsi qu'il suit :

« Seront considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre des points avant le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque ».

Art. 2. — L'article 9 dudit arrêté est complété ainsi qu'il suit :

« § 3. — Les professeurs agrégés (médecine et chirurgie) du Val-de-Grâce pour la 3e division (médecine) et la section A de la 4e division (chirurgie) ».

Art. 3. — L'article 10 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les sessions ont lieu, pour la deuxième épreuve, tous les trois ans, à Paris ».

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Gimbal, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le docteur Usse, dont la nomination a été rapportée.

Le poste de directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), est vacant par suite du départ de M. le docteur Gimbal, nommé médecin-chef de service à l'asile de Braqueville (Haute-Garonne).

Concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 7 mai 1925, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 heures à 17 heures, du mardi 7 avril 1925 au mercredi 22 avril inclusivement.

Institut d'hydrologie et de climatologie médicales de la faculté de médecine de Lyon (Année scolaire 1924-1925). — *Cours de perfectionnement*. — L'Institut d'hydrologie et de climatologie médicales organise un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie médicales destiné aux étudiants en médecine ou en pharmacie désireux de compléter leurs études sur ce point de thérapeutique et aux

docteurs en médecine se spécialisant dans les cures climatiques ou hydrominélales.

Cet enseignement aura lieu du 2 au 21 mars 1925 et sera complété par des voyages d'études aux stations climatiques et hydrominérales du Sud-Est, de l'Est et du Centre.

L'inscription est *gratuite* et comporte seulement l'engagement de l'*assiduité* aux différentes leçons et démonstrations pratiques.

Journées médicales de Toulouse (11, 12, 13, 14 **juillet** 1925). — Des conférences scientifiques et professionnelles seront faites par plusieurs personnalités étrangères et françaises. Parmi les conférenciers nous pouvons d'ores et déjà citer :

MM. Bordet, professeur à l'Université libre, directeur de l'Institut Pasteur (Bruxelles). — Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine, Rome. — Recasens, doyen de la Faculté de médecine, Madrid. — Dartigues, président de l'Umfia, Paris. — J.-L. Faure, professeur à la Faculté de médecine, Paris. — Jacob, médecin inspecteur général, chef supérieur du service de santé des Armées du Rhin. — Levaditi, de l'Institut Pasteur, Paris. — Renon, membre du Conseil d'administration de l'Union des syndicats médicaux de France (Niort). — Roger, doyen de la Faculté de médecine, Paris.

Hôpital Saint-Antoine. — Cours de gastro-entérologie du 16 mars au 4 avril par MM. les docteurs Bensaude, Le Noir, F. Ramond.

Du 16 au 22 mars : Dr Bensaude, assisté des docteurs André Cain, Terrial, Paul Mezer et Marchand :

Œsophagoscopie (projections) — Diagnostic et traitement de l'appendicite chronique. — Gastroscopie (projections). — Diagnostic et traitement des dysenteries chroniques. — Des traitements électrothérapiques des affections ano-rectales. — Rectoscopie (projections).

Du 23 au 29 mars : Dr Le Noir, assisté des docteurs Agasse-Lafont, Deschiens, R. Gaultier, Gilson, Savignac, Taillandier.

Le diagnostic des affections gastriques, méthodes d'examen, classification des états dyspeptiques. — Les grands syndromes dyspeptiques. — Gastro-tonométrie et gastro-volumétrie cliniques, atonie, spasmes gastriques, chimisme gastrique, tubage duodénal. — Tubage intestinal. — Coprologie clinique. — Parasitisme intestinal (projections).

Du 30 mars au 4 avril : Dr F. Ramond, assisté de MM. les docteurs Chatelin, Parturier, Ravina, Hirsberg, Zizine.

Les gastrites chroniques, leur origine, leur évolution, leur pronostic. — Les divers ulcères gastriques. — Ulcères duodénaux. — Traitement médical et chirurgical des ulcères gastriques duodénaux. — Le cancer de l'estomac, son origine, son évolution, son traitement chirurgical. — Notions générales de diététique et de thérapeutique gastrique, régimes, alcalins, pansements gastriques.

Pendant la durée des cours exercices pratiques : chimiques, coprologiques radiologiques, endoscopiques.

Droit d'inscription aux exercices pratiques : 150 francs. S'inscrire Salle Aran, service du Dr Le Noir à Saint-Antoine.

Les conférences auront lieu à 9 h. 1/2, Les travaux pratiques de 10 h. 1/2 à midi.

Un voyage d'études à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé dans le courant du mois de mai. Le nombre des participants est limité.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le Pr Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (gynécologie), en dix leçons, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 30 mars 1925, à 14 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Les élèves répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 francs.

Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Nécrologie. — Dr Pravaz, de Châteauneuf (Cher).

BIBLIOGRAPHIE

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le numéro 3 fr. Abonnement annuel 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris. Sommaire du numéro du 15 janvier : Ch. Cestre : L'Ouest Amérain dans l'histoire et dans la littérature. — F. Baldensperger : Alfred de Vigny et les littératures étrangères (II). — P. Lejay : Plaute (XII). — F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (I). — G. Connes : Le mystère Skakespearien (I). — G. Ascoli : Voltaire (VII). — J. M. Caré : Michelet (leçon d'ouverture).

Maîtres anciens et modernes.— Les éditions Nilsson inaugurent une collection d'art, série de monographies de maîtres anciens et modernes, qui s'adressent à la fois au grand public et aux amateurs. La direction de cette importante collection a été confiée à M. Gustave Geffroy.

Viennent de paraître : Léonard de Vinci , par Camille Mauclair. — Frans Hals, par J.-H. Rosny, jeune. — Rubens, par Louis Ancuetin. — Corot, par Gustave Geffroy. — Pietro Longhi, par Octave Uzanne. — Albert Dürer, par Maximilien Gauthier. — Ribera, par Edouard Conte. — David Téniers, par Léon Bocquet. — Chardin, par Tristan Kligsor. — Memling, par Marcelle Vioux. — Bonvenuto Cellini, par Th. Harlor. — Philippe de Champaigne, par Madame Stanislas Meunier.

Sont annoncés : Oudry, par Nicolette Hennique. — Glotto, par Alice Meunier. — Albert Besnard, par Georges Leconte. — Turner, par J. Rosny aîné. — Raphaël, par Henri Focillon. — François Boucher, par Maurice Fenaille. — Gustave Courbet, par Charles Léger. — Nicolas Poussin, par Louis Gillet. — Rembrandt, par Judith Cladel. — Gavarni, par Henry Céard. — Odilon Redon, par Marius-Ary Leblond. — Fra Angelico, par Henri Béraud. — Mansart, par Paul Léon. — Reynolds, par Yvanhoë Rambosson. — Watteau, par Thiébault-Sisson.

Il n'y a guère à insister sur la valeur de ces écrivains qui ont fait leurs preuves, dans la critique, dans l'érudition, dans le roman.

Peu à peu, les écoles de tous les pays et de tous les temps se présenteront complètes. Une véritable Histoire de l'Art, accessible à tous, savante et plaisante, s'établira, par ces chapitres vivants dont chacun sera l'évocation d'une époque, d'un personnage, à travers une œuvre.

Chaque volume, in-12, illustré de 24 reprodutctions horstexte. *Prix broché* : 10 *francs* ; *relié toile* : 15 *francs*.

En vente chez tous les libraires et aux éditions Nilsson, 8, rue Halévy, Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

Le transfert dans la psychanalyse

Son mécanisme et son rôle (1)

Par H. CODET et R. LAFORGUE.

Le transfert est un phénomène qui ne s'observe pas exclusivement en psychanalyse. Il représente une réaction psychique banale qui intervient avec plus ou moins d'intensité dans l'orientation de chacune de nos actions. On pourrait le définir de la façon suivante : une réaction-type déterminée par une première impression tend à se reproduire dans toutes les situations qui rappellent, par une analogie quelconque, les circonstances de sa production. Cette transposition sur les données affectives nouvelles constitue le transfert. C'est ainsi que les sentiments qui se développent dans un enfant vis-à-vis de son père se manifesteront à l'égard de toute personne ou entité qui, à ses yeux, occupera une place analogue à celle du père : le prêtre (que l'on appelle « mon Père »), l'autorité publique (la Patrie), Dieu (le Père universel), etc.

Cela se vérifiera, par exemple, dans des cas où un enfant a fini par haïr inconsciemment son père : il extériorisera ce sentiment de révolte vis-à-vis du prêtre, de la Patrie, de Dieu. Qu'il le veuille ou non, chaque fois qu'il aura affaire à une autorité quelconque, il sentira se réveiller en lui le sentiment éprouvé au contact de l'autorité paternelle.

C'est ce qui explique pourquoi certains sujets, dans des situations identiques, répètent toujours les mêmes erreurs, malgré leur volonté bien déterminée d'agir autrement. De façon générale, notre façon de vivre est la répétition continuelle, à l'état adulte, des modalités par lesquelles nous avons appris à vivre, c'est-à-dire aimer et détester, lors de notre développement dans le milieu familial.

Pour bien comprendre ces mécanismes, il nous faut être familiarisé avec les conditions dans lesquelles se développe notre instinct, durant cette période de formation où s'organise le clavier de nos réactions affectives. Ce clavier peut fonctionner de manière normale ou pathologique, selon le degré de perfection atteint dans sa mise au point.

Au cours de notre travail sur le rôle de la sexualité dans la constitution des névroses, nous avons cherché à préciser les différentes phases de ce développement instinctif. Tout le monde, disons-nous, peut constater qu'à l'époque de la puberté s'organise une sorte de maturation morale qui permet à l'enfant de se détacher lentement des parents et de s'émanciper de cette ambiance familiale qui lui a dispensé une sorte d'allaitement psychique jusqu'au moment de l'indépendance complète. Il paraît donc que l'instinct d'un sujet avant d'arriver à son dernier stade passe par plusieurs états successifs : le premier intra-utérin, le second prépubère et intrafamilial, le troisième génital et extrafamilial.

Le passage du premier au second état est marqué par la naissance, celui du second au troisième par la puberté qui serait aussi en quelque sorte une naissance morale, expulsant le sujet du paradis de l'enfance. Nous voyons que c'est bien à l'époque de la puberté, c'est-à-dire de l'organisation définitive de la sexualité qu'interviennent les énergies qui normalement détachent les enfants des parents. Or ce dernier pas ne s'accomplit pas toujours normalement. Nous voyons, à la faveur de certaines circonstances, un arrêt se produire dans l'évolution des instincts. Pendant la phase prépubère, le sujet restera accroché à un point quelconque de son développement psychique et n'atteindra jamais la maturité complète de l'esprit. Dans l'immense majorité des cas, cet arrêt est caractérisé par un conflit sexuel entre l'instinct nutritif, qui prédomine dans la phase prépubère familiale (phase de croissance), et l'instinct sexuel génital (puberté), qui normalement devrait conduire le sujet vers l'indépendance. Très souvent cet arrêt est lié à une apparition précoce de la sexualité qui se manifeste à une époque où le sujet ne peut pas encore risquer le détachement du sein familial et où, à tout prix, pour éviter une catastrophe, les énergies sexuelles, doivent être combattues et refoulées. L'instinct nutritif (égoïste) aura dans ce cas le dessus sur l'instinct sexuel créateur (altruiste).

Ainsi se constitue un automatisme ayant pour but le refoulement des énergies génitales. Cet automatisme, une fois acquis, continue à fonctionner à l'insu du sujet alors même que normalement la génitalité devrait prendre le dessus et opérer la dernière phase de la naissance définitive. Ainsi la génitalité refrénée n'arrive jamais à jouer son rôle véritable et le sujet s'arrête dans le développement de ses instincts au moment et à la période de sa vie où l'automatisme a coupé court à toute évolution.

Ainsi se constitue l'infantilisme psychique des névrosés qui, en comparaison avec le sujet normal, sont toujours plus ou moins régressifs. De cette façon était-il possible d'étudier les différents stades de l'organisation de notre instinct, dont la forme la plus parfaite s'acquiert grâce à l'élan génital qui finit par irradier sur toute l'affectivité psychique du sujet normal.

C'est ainsi qu'une grande partie de nos névrosés se présentent à nous avec une activité instinctive arriérée. Ceci explique pourquoi, malgré tous leurs efforts, ils n'arrivent pas à trouver le contact avec l'actualité et vivent dans le passé. A chaque élan de leur sexualité ils répondent par la crainte, l'angoisse et cherchent, plus ou moins brutalement, à se débarrasser de l'instinct génital par lequel ils ne veulent pas se laisser assujettir. Ainsi, par exemple, la masturbation prend son importance comme moyen de défense contre la génitalité normale.

Un névrosé ne disposera donc que d'une gamme plus ou moins limitée de réactions affectives. Il n'aura pas un registre suffisant pour son jeu et certains accords lui seront impossibles à réaliser. Il sera capable de faire le transfert des réactions acquises, particulièrement des réactions développées pendant la phase de nutrition (croissance, égocentrisme, utilité), mais un certain nombre de réactions lui échapperont et le sujet ne pourra leur substituer que ce qu'il a à sa disposition.

Ces réactions joueront d'une façon incorrecte à n'importe quel contact susceptible de les réveiller et se reproduiront aussi bien à l'égard des professeurs, des amis, de n'importe quelle personne, suivant l'intensité de son influence sur le sujet. Ainsi le transfert n'est-il pas un phénomène mis en jeu uniquement par la psychanalyse. Tous les médecins, en particulier les gynécologues le connaissent ; de même, les professeurs (qu'il s'agisse de science ou de danse), les prêtres, les avocats, les soldats ; à vrai dire chacun le suscite et le rencontre, plus ou moins bien prononcé, selon le degré d'influence morale qu'il est appelé à exercer sur son prochain. Dans la vie quotidienne on ne dit pas : reproduire le transfert, mais réveiller l'intérêt du sujet. C'est ainsi que les paroles cé-

(1) Travail du service du Professeur Claude.

lèbres de Déjerine : « L'avenir appartient à ceux qui savent se faire aimer » prennent un sens très précis. C'est cet intérêt que le professeur doit développer et guider chez ses élèves, c'est cette foi que le prêtre réveille dans les âmes vierges, la foi qui rend les miracles possibles.

C'est surtout en utilisant le transfert que le psychanalyste conduit ses malades vers la guérison. Seulement, si le professeur, le directeur de conscience, le prêtre, le médecin, dans la vie courante, n'ont pas besoin de se rendre compte et de connaître la valeur exacte du transfert, dans la psychanalyse la situation se présente autrement.

C'est d'abord en étudiant *la capacité de transfert* que le psychanalyste peut diagnostiquer l'état de son malade. Puis, au cours du traitement, s'établit lentement et sûrement, sous le contrôle de l'analyse elle-même, un transfert des réactions affectives normales. Aussi, cette question du transfert dans la psychanalyse se présente-t-elle sous un aspect tout à fait particulier. Pour l'analyste, le domaine du transfert est un champ opératoire où il faut exactement savoir ce que l'on fait, bien connaître la structure mentale du sujet pour avoir le maximum de chances thérapeutiques. Une opération psychanalytique sans connaissance approfondie du psychisme normal et pathologique est presque aussi dangereuse qu'une intervention chirurgicale sans les notions indispensables.

On conçoit donc que le transfert inspire au médecin non expérimenté exactement les mêmes sentiments de malaise qu'il éprouverait à l'idée de faire une césarienne sans posséder la pratique chirurgicale. Ce point est important à connaître. Il explique pourquoi la psychanalyse doit être réservée à des spécialistes donnant les garanties morales et techniques nécessaires.

Pour pouvoir bien se représenter l'évolution du transfert psychanalytique il faut être familiarisé avec un fait difficile à observer en clinique ordinaire. Il s'agit du phénomène de la régression. La régression n'a pas été observée seulement par les psychanalystes. (Avec beaucoup de justesse, le docteur Sollier en a constaté l'existence et l'utilité pour sa mécanothérapie). Psychanalytiquement, le mécanisme psychologique de la régression s'explique très bien. Un sujet, en prenant contact avec le psychanalyste réagira d'abord, comme à n'importe qui, selon son automatisme psychologique tel qu'il s'est constitué jusqu'à ce moment-là. Pour en revenir à notre exemple classique du père, le sujet qui aura pris l'habitude d'être révolté (buté) automatiquement contre l'autorité paternelle, se révoltera contre le médecin, pour peu que ce dernier essaye de lui imposer son autorité paternelle.

Le sujet ayant fini par n'admettre que sa propre façon de voir ne se pliera pas au point de vue du médecin, tout au contraire il cherchera à en faire abstraction. De tels sujets ont coutume, s'ils finissent par vouloir consulter un médecin (ce qui déjà peut être une affaire difficile), de courir d'un confrère à un autre pour les dénigrer successivement. Le psychanalyste rendra conscient au malade cet automatisme, ordinairement très bien caractérisé ; dès lors, l'intéressé, au lieu de continuer à réagir suivant une habitude aveugle, s'efforcera d'en faire abstraction, au moins vis-à-vis du psychanalyste ; ainsi se supprimera le jeu d'une tendance inconsciente et se modifiera la formule générale des réactions de l'individu.

Pour la première fois, après longtemps peut-être, le sujet ne « refoulera » pas son médecin. Mais il conservera à son égard tous les automatismes acquis, en dehors de celui qu'a supprimé la première intervention.

En les analysant les unes après les autres, le nombre des réactions inconscientes du sujet diminue. Généralement le sujet perd ses réactions en ordre chronologique inverse de celui de leur acquisition. Il perdra ses dernières acquisitions affectives en premier lieu et ses premières en dernier lieu. Ainsi sa façon inconsciente d'agir vis-à-vis du psychanalyste se modifie. Ce dernier réveille dans son malade des modes d'activité instinctive toujours antérieurs à celui qui a été analysé en dernier lieu et le sujet procède dans l'ordre renversé de la formation de toute sa vie affective. Et chaque phase se déroulant vis-à-vis du médecin rappelle, par analogie, la situation-type qui l'a créée et dont elle est le transfert.

De la sorte, dans les phases créées par l'influence d'une mère, le sujet traite le psychanalyste comme une mère : dans les phases créées par un frère ou une sœur, le médecin est traité par le malade, qui se trouve avoir des sentiments fraternels, comme un frère ou une sœur.

Par cette technique, on peut provoquer la régression des manifestations instinctives du sujet à l'égard du médecin, régression caractérisée par le réveil de tous les souvenirs ayant donné lieu à une réaction affective. Ce souvenir, parfois très ancien, pouvant même dater de l'âge d'un an, avait, le plus souvent disparu de la mémoire consciente. Nous pouvons citer, comme exemple démonstratif, le cas d'une jeune fille récupérant des souvenirs perdus, relatifs à une ville étrangère où elle avait habité dans sa première enfance.

Le phénomène de la régression se déroule en ordre chronologique avec la précision d'une expérience scientifique. Ainsi, en arrivant à analyser les situations antérieure, le psychanalyste peut chez le sujet reproduire les situations qui ont, par leur influence, déterminé un choc psychique avec déviation consécutive de l'instinct du sujet. En évitant chez le malade, pendant la reproduction de cette situation, la réaction pathologique devenue automatique, le psychanalyste cherche à supprimer un automatisme générateur de troubles, automatisme ayant échappé à l'action de la volonté du sujet et retrouvé seulement grâce à la régression artificiellement provoquée dans l'instinct du malade. Cette régression permet de préciser l'impression initiale qui avait donné lieu à une réaction-type pathologique, dont le sujet était forcé de faire le transfert sur toute situation analogue, sans pouvoir disposer de la réaction affective normale. En provoquant de la sorte cette régression, on peut étudier toutes les phases de l'évolution instinctive, c'est-à-dire la constitution des réactions affectives complexes, et les décomposer en leurs éléments. La suppression d'un automatisme inhibiteur rend la voie libre pour l'évolution instinctive normale. Arrêtée par le complexe infantile du sujet, pendant la période d'allaitement familial, elle doit maintenant se faire d'une façon normale, vis-à-vis du médecin, au contact duquel se développeront toutes les notes du clavier affectif qui n'ont pas pu vibrer avant.

Ainsi aura lieu un épanouissement général du sujet : il accusera un sentiment de libération et évoluera vers cette phase d'indépendance qu'est la phase extrafamiliale.

Au contact du médecin se produira ce qui aurait dû se produire plutôt, au contact des parents. Cette évolution était, jusqu'alors impossible par la faute du conflit affectif et de l'automatisme psychologique en résultant qui comprimait les énergies expansives du sujet. Ainsi entravées, elles tendaient à se réaliser, en dehors de la conscience et du contrôle de la volonté, sous une forme névrotique, comme équivalence aux satisfactions défendues.

Comme conséquence, on le voit, le meilleur service que

le médecin puisse rendre aux névrosés n'est donc pas de leur servir perpétuellement de père ou de mère, en leur permettant de rester, comme des enfants, toujours « accrochés aux trousses » de quelqu'un; bien au contraire, il a pour devoir de les aider à sortir de la phase intra-familiale, de les accoucher moralement. Cet accouchement est souvent laborieux mais indispensable à la maturation complète. On obtiendra ce résultat en deux temps : d'abord, en trouvant, par l'analyse, la cause d'une réaction affective viciée, et en l'appréciant, grâce à la qualité du transfert ; ensuite, après la suppression de l'obstacle, en laissant se produire un véritable élan en avant, mouvement qui permet d'obtenir, par l'établissement d'un transfert normal, une vie affective saine.

L'épreuve de Meltzer-Lyon

Par MM. Félix **RAMOND** et Alexandre **BORCESCO**

L'étude directe de la sécrétion biliaire par le tubage duodénal avec la sonde d'Einhorn, ou épreuve de MELTZER-LYON, accueillie tout d'abord avec une certaine réserve par la plupart des cliniciens, voit son importance grandir de jour en jour ; et, grâce au grand nombre de travaux déjà parus, il est possible, dès maintenant, de porter un jugement sur sa valeur exacte. L'épreuve consiste à prélever directement dans le duodénum, par le tubage duodénal connu de tous, la bile des canaux biliaires, de la vésicule hépatique et de la glande elle-même, affluant successivement dans le duodénum.

C'est en lisant les travaux du grand physiologiste lyonnais, DOYON, que MELTZER eut l'idée d'expérimenter chez le chien l'action du sulfate de magnésie ; celui-ci, mis en contact de la muqueuse duodénale, provoque à la foisle relâchement du sphincter d'Oddi, qui termine le canal cholédoque, et la contraction de la vésicule biliaire ; d'où afflux dans le duodénum d'une grande quantité de bile. A son tour, LYON appliqua cette expérience de DOYON-MELTZER à la clinique humaine, en profitant des enseignements d'Einhorn sur le tubage duodénal. L'extrémité de la sonde d'Einhorn étant parvenue dans le duodénum, LYON injecte 30 cc. d'une solution tiède de sulfate de magnésie à 25 % ; cinq à dix minutes après, il aspire avec une seringue de verre la bile, qui est couleur jaune d'or ; quinze à trente minutes plus tard, une nouvelle aspiration ramène une bile différente, plus foncée et plus visqueuse ; la troisième aspiration se fait dès que la bile foncée fait place à une nouvelle bile de nouveau plus claire, plus fluide, de couleur jaune-citron. La première bile, couleur jaune d'or, est la bile cholédocienne venue directement du foie, et immobilisée dans le canal cholédoque par le sphincter d'Oddi ; c'est la bile A. La seconde, plus foncée ou bile B, provient de la vésicule ; et enfin la bile jaune-citron, ou bile C, ayant beaucoup d'analogie avec la bile A, est sécrétée directement par le foie, et n'a pas eu le temps de séjourner dans le cholédoque. Lorsque les trois biles, A, B et C, sont successivement obtenues, l'épreuve de LYON est positive ; elle est négative, si l'on ne peut retirer que les biles A et C.

Tout récemment CHIRAY a heureusement modifié cette technique ; il injecte le sulfate de magnésie, après soustraction de la bile A, et il obtient immédiatement la bile B. STEPP a proposé l'injection de 30 cc. de peptone de Witte à 5 % ; mais le sulfate de magnésie nous paraît préférable. De nouveau, LYON, revenant sur sa méthode, la propose non seulement comme méthode de diagnostic, mais encore comme procédé nouveau thérapeutique de drainage des voies biliaires ; l'application en a été faite par SMITHIES KARSNHER et BARLETT OLESON, et plus récemment par CHIRAY et MILOCHEWITCH (1).

Il est bien rare que toute épreuve nouvelle soit admise sans contestation ; celle de MELTZER-LYON a subi la critique de beaucoup d'expérimentateurs et de cliniciens, les uns ne lui concédant qu'une valeur médiocre ou discutable, les autres au contraire souscrivant à toutes les conclusions de LYON. Nous allons passer en revue les arguments divers, qui ont été mis en avant.

EINHORN, ayant obtenu une bile foncée chez des cholecystectomisés, conclut que la bile B n'est pas due au vidage de la vésicule, mais bien à l'action sur le foie du sulfate de magnésie. CROHN, REISS, RADIN apportent des faits cliniques et expérimentaux peu favorables à l'opinion de MELTZER-LYON ; sur le chien, l'injection directe dans le duodénum du sulfate de magnésie ne provoque pas la contraction de la vésicule ; et sur l'homme, au cours de la laparotomie, la bile extraite par ponction de la vésicule ne ressemble pas à la bile B de LYON (2). Mêmes conlusions expérimentales de WINKELSTEIN (3) ; pour cet auteur, l'inspiration, en augmentant la pression abdominale, serait le grand facteur mécanique de l'évacuation biliaire de la vésicule, le sulfate de magnésie ayant une action à peu près nulle. J. S. DIAMOND dénie également tout rôle au sulfate de magnésie (4). Pour CARNOT et LIBERT, le sulfate de magnésie provoque une sécrétion mixte bilio-pancréatique. BASZLER, LUCKETT et LUTZ puis DUNN et CONNELL croient que la bile B n'est qu'une bile ordinaire oxydée, ou bien une bile foncée par une destruction brusque d'hématies par l'ion magnésium.

D'autres observateurs, par contre, confirment pleinement les conclusions de Vincent LYON. C'est le cas de SMITHIES, KARSNHER, BARLETT OLESON, qui trouvent l'épreuve positive dans 87 % des faits observés. BROWN, au cours d'une intervention, trouve la bile vésiculaire tout à fait analogue à la bile B ; et chez un autre malade à grosse vésicule distendue, sans obstruction du cystique, l'injection de magnésie par le tube duodénal, provoqua un vidage immédiat de la vésicule. GOSSET et LŒWY, LABBÉ, de MOOR et NEPVEUX, et surtout CHIRAY et MILOCHEWITCH dans une série de travaux intéressants admettent complètement les résultats obtenus par LYON. Cependant CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD croient que la réaction de Meltzer-Lyon, manquant souvent chez le sujet normal, n'a pas une valeur clinique aussi grande que le soutiennent les précédents auteurs.

Nos recherches, faites sur une quarantaine de cas, tant normaux que pathologiques, nous permettent de nous ranger parmi les défenseurs de l'épreuve.

La technique que nous avons suivie est la technique primitive de LYON, légèrement modifiée par CHIRAY : le sulfate de magnésie a été injecté après l'issue de la bile A. Dans ces conditions, la bile B apparait normalement au bout de 15 minutes environ ; avec un écart maximum de 35 minutes dans un cas, et un écart minimum de 7 minutes dans un autre ; la durée d'écoulement de cette même bile varie entre 20 et 25 minutes dans la moitié des faits, entre 25 et 40 minutes dans un autre quart, entre 13 et 20 minutes dans le dernier quart. L'écoulement peut être continu ou intermittent, et de quantité

(1) CHIRAY et MILOCHEWITCH. — Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire (1 vol. Paris, 1924, Masson éditeur).

(2) CROHN, REISS, RADIN. — *Jour. of. Am. med. associat.* (4 juin 1921) :

(3) WINKELSTEIN. — *Jour. of. Am. med. associat.* (16 juin 1923).

(4) DIAMOND THEAMES. — *The Amer. Jour. of med. sciences.* (décembre 1923, p. 394).

oscillante entre 28 cm³ et 60 m³. D'après nos observations, ces variations semblent correspondre avec l'état de tonicité plus ou moins grande de la vésicule et de perméabilité du canal cystique.

Les résultats obtenus avec cette technique nous ont amenés à ces deux conclusions : 1) la bile B est bien d'origine vésiculaire ; 2) l'épreuve est un procédé souvent excellent, et toujours utile dans le diagnostic des affections des voies biliaires, et de la vésicule notamment.

I

La bile B est bien d'origine vésiculaire pour les raisons suivantes :

a) Les caractères physiques de cette bile prouvent qu'elle correspond à une bile de stase, c'est-à-dire de concentration élevée, qui seule peut se réaliser dans le réservoir vésiculaire, La *couleur* est toujours plus foncée que celle des biles A et B ; et si parfois elle n'est que jaune foncé, les couleurs habituelles jaune d'or de la bile A et jaune-citron de la bile B sont moins accusées que normalement. L'épreuve de Meltzer est dite *faiblement positive*, *positive* ou *fortement positive*, si la teinte de la bile B est jaune peu foncé, jaune foncé ou jaune brun plus ou moins accentué. D'une façon générale, il nous a semblé que les épreuves faiblement et fortement positive dénotent le plus souvent un état pathologique, la coloration jaune clair indiquant un séjour de courte durée dans la vésicule, et la coloration jaune brun ou noirâtre un séjour prolongé. La *viscosité* est également différente ; la bile B est plus visqueuse que les deux autres. La *densité* de la bile B, à l'état normal, varie de 1008 à 1015, supérieure à celle des biles A et C, qui oscille de 1006 à 1012. Une densité relativement faible de la bile A, pour un même sujet, entraîne une diminution de la densité pour les deux autres biles.

b) Les *caractères chimiques* plaident, eux aussi, en faveur de l'autonomie et de la spécificité de la bile B. Les *pigments biliaires* ont été dosés par la méthode de Pouchet et surtout par celle d'Hymans van der Berg, beaucoup plus sensible. Dans la bile B, ils sont au titre de 1/2.000 à 1/3.000 ; dans la bile A au titre de 1/5.000 à 1/15.000, et dans la bile C, au titre de 1/15.000 à 1/20.000 ; et les variations nous ont paru se faire dans le même sens, c'est-à-dire qu'au maximum par exemple de pigments biliaires pour la bile B correspond un maximum pour les biles A et C, et inversement. Cependant nous verrons que dans certains cas pathologiques, le parallélisme n'est pas toujours absolu.

La teneur en *cholestérine* a été mesurée par la méthode de Grigaut-Zizine, sur la bile non filtrée. La bile B en renferme une plus forte proportion (de 0.15 °/₀₀ à 3.55 °/₀₀) que les biles A et C (de traces à 1 gr. 40 °/₀₀). A l'état normal les trois biles nous ont paru avoir le même degré d'*alcalinité*.

c) Les *caractères microscopiques* ne nous fourniront pas d'arguments pour différencier la bile B des biles A et C ; car ils sont normalement identiques. Il n'en est pas de même à l'état pathologique, comme nous le verrons dans un travail ultérieur.

d) La *quantité* de bile B extraite au cours de l'épreuve nous a fourni parfois une démonstration très nette de sa spécificité d'origine. C'est ainsi que chez un malade nous ne pûmes retirer que 5 cc. et l'opération nous montra une vésicule petite et ratatinée ; chez un autre, l'extraction ramenait facilement 90 cc., et la palpation prouvait l'existence d'une vésicule fortement distendue.

e) La *bile B manque dans tous les cas où la vésicule est fonctionnellement ou anatomiquement supprimée*, par exemple dans les lithiases biliaires à vésicule bourrée de calculs, dans la cholécystite suppurée, dans l'obstruction du canal cystique, dans la péricholécystite avec atrophie de la vésicule, et enfin après cholécystectomie, tous faits que nous avons observés à l'hôpital, mais que le caractère de cet article ne nous permet pas d'exposer en détail.

Il arrive cependant, exceptionnellement il est vrai, que certains cholécystectomisés fournissent de la bile B. Mais celle-ci est en très petite quantité, et n'apparaît que plusieurs mois après l'opération. Elle provient, à n'en pas douter, de ces néo-vésicules qui se reforment lentement après l'opération, aux dépens du vestige du canal cystique laissé en place (1).

II

L'épreuve de Meltzer-Lyon est le plus souvent un bon procédé de diagnostic pour les différentes affections de la vésicule biliaire.

Déjà, au cours du précédent paragraphe, nous avons fait souvent allusion à l'aide diagnostique de l'épreuve. Trois cas peuvent se présenter, suivant qu'il y a ou non de la bile B.

a) *Absence de la bile B.* Nous connaissons déjà les cas de la lithiase bourrant la vésicule de calculs à facettes, de la cholécystite suppurée, de l'hydropisie de la vésicule par obstruction du canal cystique, de la sclérose atrophique de la vésicule. Ajoutons le cancer du cholécyste, la ptose de la vésicule, avec coudure du bassinet cystique.

Les biles A et C peuvent être normales, preuve de l'aseptie des voies biliaires extra-hépatiques, autres que la vésicule fonctionnellement supprimée ; mais si elles sont troubles, il y a infection, c'est-à-dire angiocholite.

b) *Absence des biles A B C.* C'est le cas de tous les ictères par rétention : certains ictères catarrhaux ; occlusions et compressions du cholédoque ; cancer du cholédoque, de l'ampoule de Vater, de la tête au pancréas.

c) La *bile B existe, mais plus ou moins modifiée*. La *couleur* peut être plus claire ou plus foncée que normalement, autrement dit la réaction est faiblement ou fortement positive. Le premier cas est dû à une absence de stagnation habituelle de la bile dans la vésicule, par évacuation précoce. Il nous a paru que le fait s'observait surtout chez les hyperchlorhydriques ou les hyperacides gastriques : l'arrivée d'un afflux anormal d'acides dans le duodénum provoque forcément une arrivée plus grande de la bile, destinée à neutraliser cet excès d'acides. Même constatation au cours de deux cirrhoses veineuses éthyliques, et chez une névropathe. Une vésicule, légèrement irritée par des calculs, peut également se vider d'une façon précoce.

L'excès de coloration de la bile vésiculaire peut être due à la stagnation prolongée dans la vésicule, par suite d'atonie de la vésicule, beaucoup plus fréquente qu'on ne croit, ou bien de ptose vésiculaire, avec coudure cystique consécutive. Dans un cas de sténose pylorique légère, compliquée de spasme prolongé du pylore et de rétention gastrique, la bile était fortement teintée ; il est probable que l'arrivée retardée et très fractionnée du chyme dans le duodénum, en raison du spasme pylorique, ne sollicitait que très tardivement la sortie de la bile

(1) Cf. Petit-Dutaillis. — Thèse doctoral Paris 1922 : Les suites éloignées ds la cholécystectomie.

vésiculaire. Au cours de l'anachlorhydrie, avec chute marquée de l'acidité totale, la bile B nous a paru souvent plus foncée que normalement. Mais c'est surtout au cours des cholécystites subaiguës ou chroniques infectées que la bile présente son maximum de coloration.

La bile est *limpide*, plus ou moins transparente, à l'état normal ; et plus ou moins trouble dans la cholécystite. Sa *viscosité* suit la même courbe générale.

La bile B renferme parfois des *coagulums* sanguins, si la muqueuse vésiculaire est profondément altérée et vascularisée, et surtout si elle est traumatisée par les calculs, et ces formations récentes que l'on appelle *calculins*, de diamètre variable, tantôt visibles à l'œil nu, tantôt visibles à la loupe et même au microscope.

La bile vésiculaire peut encore trahir un processus pathologique par les variations de sa *densité*, par le *moment de son apparition*, soit avant, soit après les 15 minutes réglementaires ; par la *durée de son écoulement*, au-dessus ou au-dessous des 20 minutes habituelles ; par le rythme de l'écoulement, brusque et continu si la vésicule irritée est hypertonique, lent et intermittent, si la vésicule est hypotonique. Il nous a semblé que chez certains malades, à respiration diaphragmatique nulle ou insuffisante, la vésicule se contractait moins énergiquement.

Les *caractères chimiques* anormaux de la bile B ont également une grande valeur clinique. La concentration faible en pigments biliaires, au-dessous de 1/2.000, a été observée chez un alcoolique sans lésions apparentes du foie, chez deux cirrhotiques alcooliques, et au cours d'une cholécystite ; la concentration forte s'est manifestée chez une patiente dont la vésicule était manifestement atonique.

La teneur en *cholestérine* est normalement assez élevée, avons-nous vu ; il n'en est plus de même si la vésicule ne remplit plus complètement son rôle de réservoir, comme l'a déjà démontré M. Labbé, qui a rapporté plusieurs faits, où la teneur en cholestérine de la bile B était seulement égale ou même inférieure à celle des biles A et C. Dans les quelques cas observés par nous, et se rapportant à cette même catégorie, nous avons bien trouvé une forte diminution de la cholestérine, dont le taux cependant restait au-dessus de celui des deux autres biles.

M. Labbé a également observé une diminution sensible de l'alcalinité, dans la plupart des cholécystites. Dans deux cas, nous avons constaté que l'alcalinité passait de 1.4, chiffre normal, à 0.1 et même 0.01.

Les *caractères microscopiques et bactériens* de la bile B B feront l'objet d'une étude ultérieure.

Nous pouvons donc conclure de cette description, qui résume nos recherches personnelles que la bile B est bien d'origine vésiculaire ; et que l'épreuve de Lyon ajoute aux signes cliniques, radiologiques et humoraux déjà connus des angiocholites et des cholécystites, un faisceau nouveau de preuves importantes, que les recherches futures préciseront encore davantage.

Fisiologia obstetrica normal y patologica, par le Dr Henri Vignes 1 vol. couronné en 1924 par l'Académie des Sciences et par l'Académie de médecine, traduction espagnole par Francisco Cañellas. (Aguilar, éditeur à Madrid.)

Nous avons signalé ici même, l'an dernier, la publication par la librairie Masson du livre de notre collaborateur H. Vignes consacré à la *Physiologie obstétricale* et aux applications de la physiologie à la clinique.

Les approbations recueillies par cette œuvre, non seulement dans la presse médicale française, mais dans la presse étrangère, ont contribué à sa grande diffusion. Ce succès se prolonge aujourd'hui par la belle traduction du Dr Cañellas que nous sommes heureux de recommander à nos lecteurs de langue espagnole.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Quelques souvenirs anecdotiques sur Charles Robin,

Le premier Professeur d'Histologie de la Faculté de Médecine de Paris. (1)

Par G. **VARIOT**

La personnalité originale de Charles Robin est déjà quelque peu légendaire ; tous ses contemporains ont disparu et ses élèves, seuls, peuvent apporter des renseignements précis qui permettront de conserver les grands traits de la physionomie et du caractère de cet éminent biologiste.

C'est en 1878 que j'ai commencé de vivre dans son entourage. A cette époque, on se décida à organiser les travaux pratiques d'histologie et il fallut renforcer le personnel du laboratoire.

Je venais d'être nommé interne des hôpitaux, et Robin me choisit, avec mon ami Ernest Gaucher, pour diriger les démonstrations nouvelles d'histologie aux étudiants. Elles eurent lieu, d'abord dans les anciens bâtiments du collège Rollin, rue Lhomond, avant qu'on édifiât les constructions monumentales de la Faculté.

Ch. Robin cumulait alors ses fonctions de professeur avec un mandat de sénateur ; il représentait au parlement le département de l'Ain, son pays d'origine.

Il était célibataire et vivait très simplement dans un petit appartement du boulevard Saint-Germain dont les fenêtres donnaient sur le jardin du musée de Cluny. On ne pénétrait que difficilement chez lui. Cependant on arrivait quelquefois à le joindre vers midi, dans sa salle à manger, pendant qu'il déjeunait d'une côtelette, ou dans son cabinet qui n'avait d'autre meuble qu'une immense table couverte de papiers et quelques cartonniers ; il y travaillait seul toute la matinée.

Robin avait toujours cultivé ses relations dans le monde politique et, quelque fût son mérite scientifique, il est peu probable qu'il eût obtenu la création de sa chaire d'histologie à la Faculté, dans les dernières années de l'Empire, sans l'intervention de son ami Sainte-Beuve qui était bien en cour et qui intéressa le prince Napoléon à cette candidature.

Quoi qu'il en soit, il fut nommé directement professeur titulaire par le ministre de l'instruction publique sans être soumis à l'élection : il était d'ailleurs agrégé de la Faculté pour les sciences naturelles.

Ch. Robin avait toujours été un grand travailleur et, en 1843, il était arrivé, le treizième, au concours de l'Internat. Gosselin dans son service de clinique chirurgicale de la Charité, en 1879, nous le citait comme un étudiant qui ne reculait devant aucune besogne, même ingrate ; il rappelait qu'il l'avait eu comme élève dans son pavillon lorsqu'il était prosecteur et que, pour se concilier sa bienveillance, il venait chaque matin nettoyer les tables de dissection et balayer son cabinet,

Dans ce temps il n'y avait pas encore un personnel nombreux de garçons d'amphithéâtre et l'on ne parlait pas de la journée de huit heures.

Plus tard, Robin fonda personnellement un laboratoire libre, où, le premier, il enseigna l'histologie à Paris, à des médecins et à des étudiants qui s'intéressaient à cette science nouvelle.

Marey, son contemporain, m'a conté que, lui aussi, avant d'être nommé professeur au collège de France, avait organisé un laboratoire privé de physiologie.

Lorsque je connus Robin, il avait passé la soixantaine.

---

(1) Communication à la Société Française d'histoire de la Médecine, 3 janvier 1925.

De taille assez élevée, il était chauve : il avait le teint haut en couleur, les yeux bleus (il portait un œil de verre). Sa moustache et sa barbiche blanches lui donnaient un air militaire : il en avait aussi les allures brusques, le ton tranchant et autoritaire, mais il était foncièrement bienveillant pour ses élèves qui lui étaient fort attachés.

Par contre, il était très redouté par les étudiants à cause de sa sévérité aux examens. Son cours à la Faculté, très suivi, peut-être à cause de cela, n'était pas attrayant. Robin, comme Claude Bernard avait l'élocution difficile : mais il n'avait pas l'admirable talent d'écrivain de l'illustre physiologiste, et la lecture de ses livres, très documentés, et très érudits, n'était rien moins qu'agréable.

Il n'était pas rare qu'une série entière d'étudiants, qui avait la malchance de passer avec notre maître, fut refusée.

Néanmoins il était populaire parmi la jeunesse des écoles, car il affichait ses opinions de libre penseur et de matérialiste.

Disciple convaincu d'Auguste Comte, il considérait les idées religieuses comme rétrogrades et nuisibles aux progrès de la science et il ne se privait pas, dans ses cours, d'exprimer son mépris pour les métaphysiciens.

Il était d'ailleurs aussi dogmatique dans ses opinions positivistes que peuvent l'être les spiritualistes les plus fermes dans leurs croyances.

Robin avait été, avec About et quelques autres libres penseurs, un des invités au fameux dîner de Sainte Beuve, le vendredi saint, où l'on servit du saucisson et des faisans.

Ce fut un grand scandale à la fin de l'Empire : il y eut même un incident au Sénat à ce sujet, et l'on prétendit que le prince Napoléon, le cousin de l'Empereur, avait été aussi l'un des convives.

Je puis attester que Robin tenait beaucoup à s'élever contre les prescriptions ecclésiastiques du vendredi saint, et il nous le fit bien voir encore en 1879, lorsqu'il nous emmena en mission, avec lui, au laboratoire marin de Concarneau. Il était accompagné par Georges Pouchet, professeur d'anatomie comparée au Muséum et par son agrégé Cadiat. Les préparateurs, dont j'étais, formaient l'escorte

Nous avions pris pension dans une auberge sur le port et le jour du vendredi-saint, Robin exigea qu'on nous servit de la viande. L'hôtelière, une brave Bretonne, ne voulant pas effrayer ses clients par un pareil scandale à table d'hôte, refusa catégoriquement d'obtempérer à cet ordre. Mais il ne voulut pas en démordre, il envoya Cadiat acheter un jambon chez un charcutier, il fit dresser le couvert dans sa chambre à coucher, et l'on recommença à Concarneau le festin de chez Sainte-Beuve. J'en fais mon *mea culpa* et je n'endosse pas la responsabilité de cette impiété obligatoire.

Robin ne manquait pas une occasion de propager ses idées irréligieuses et matérialistes : il ne pouvait concevoir qu'on admît une âme indépendante du corps : maintes fois, dans ses cours pubilcs, et dans les conversations, je lui ai entendu répéter que la pensée était immanente au cerveau et que jamais on n'avait vu d'âme, là où il n'y avait pas de substance cérébrale.

A ce propos il eut une querelle avec Mme Littré, la veuve de l'illustre linguiste, avec lequel il avait collaboré pour reviser le dictionnaire de médecine de Nysten, qui était devenu le dictionnaire de Littré et Robin.

La définition du mot âme était la suivante dans la dernière édition : « l'ensemble des facultés (psychiques) est le résultat des fonctions encéphaliques, d'après le *dogme scientifique* actuel qui n'admet ni propriété, ni force sans matière, ni matière sans propriété ni force... »

Remarquons le mot dogme dans cette définition bien vague élaborée par un libre penseur.

Madame Littré, très religieuse, ne partageait pas les idées matérialistes de son mari et, après sa mort, réclama des retouches dans les définitions de certains mots, qui heurtaient ses idées spiritualistes. Robin s'y refusa obstinément : il préféra rompre sa collaboration avec Littré et publier seul une nouvelle édition du dictionnaire de Nysten à la librairie Doin. C'était un énorme travail qu'il ne put terminer avant sa mort et qui fut continué par de Lanessan.

Je fus chargé d'éclaircir et de mettre en ordre les notes peu intelligibles que notre maître avait écrites pour la préface.

Son sectarisme antireligieux lui attira les rigueurs du gouvernement du 16 mai : on le raya de la liste des jurés de la Seine pour laquelle le sort l'avait désigné, sous prétexte que ses idées matérialistes devaient lui fausser le jugement. C'était aller un peu fort et cette mesquinerie politique excita un très vif mouvement de sympathie en faveur de Robin parmi la jeunesse du quartier latin. Les étudiants vinrent en foule l'acclamer à son cours dans le grand amphithéâtre de la Faculté. Ce fut un triomphe et la manifestation contre le cléricalisme gouvermental, continua même sur la place de l'Ecole-de-Médecine et aux alentours : la police qui, à cette époque, ne pénétrait pas encore dans les locaux de la Faculté, comme elle l'a fait en 1907 et 1910, et lors des tumultes qui eurent lieu aux coucours d'agrégation, chargea vigoureusement les étudiants pour les disperser. Je reçus, avec mes camarades, de bons coups de poing dans le dos, heureux de ne pas être traîné au poste.

Notre maître n'était pas moins dogmatique dans ses opinions scientifiques que dans ses idées philosophiques. Jamais il ne voulut accepter les découvertes de Pasteur qui étaient d'ailleurs très combattues à l'Académie de médecine par Peter, Colin et d'autres.

Les microbes, disait-il, sont des schyzomycètes, c'est-à-dire des algues, des plantes, etc., ils ne poussent que sur le fumier comme les champignons : ils peuvent seulement être imprégnés des substances virulentes dans lesquelles ils pullulent et dont ils deviennent le vecteur.

Ce discrédit jeté sur la bactériologie, à sa naissance, m'empêcha, je dois le dire, de travailler dans cette direction, et c'est là une des raisons qui m'ont laissé ignorer la technique de cette science. D'ailleurs Robin, malgré les expériences de Pasteur, croyait encore à la génération spontanée : il admettait que certains éléments anatomiques apparaissaient par genèse dans les blastèmes organisés.

Robin, dans ses rapports avec ses collègues était plutôt hautain et il exerçait volontiers sa verve caustique à leur dépens. En voici un exemple.

En 1884, j'étais alors Chef de Clinique à l'hôpital des Enfants-Malades et M. Grancher était candidat à la chaire de Clinique infantile devenue vacante par la mort de mon maître Parrot. Après le cours, j'eus l'imprudence de demander à notre maître s'il voterait pour M. Grancher : je faisais valoir son grand talent de parole et les services qu'il pourrait rendre comme professeur, je n'obtins comme réponse que cette boutade : « Grancher est un ornithocéphale : il est comme les oiseaux, comme les merles qui sifflent les airs mieux que ceux qui les leur ont appris. »

Robin n'avait d'ailleurs aucune considération pour les jeunes maîtres, Cornil et Ranvier, en particulier, qui cherchaient à faire progresser la technique de l'histologie. Il n'attachait pas d'importance aux nouveaux procédés de coloration et de fixation des tissus et préférait s'en tenir aux méthodes simplistes qui lui avaient permis de faire ses premiers travaux.

D'ailleurs pendant les dernières années de sa vie, il s'occupa surtout de recherches d'anatomie comparée. Pendant notre séjour à Concarneau il étudia les noctiluques, ces infusoires qui rendent la mer, phosphorescente, et l'appareil électrique des raies et des torpilles.

Il contrôla le travail que nous poursuivions, avec mon ami Desfosses, sur la glande à pigment de la seiche.

Robin était très patriote et plaçait très haut la Science française : il avait une grande admiration pour Bichat, le



NÉCROLOGIE

Jean CAMUS
1872-1924

Des circonstances imprévues m'ont empêché de saluer la mémoire de mon pauvre collègue Camus et de lui apporter l'hommage que mon amitié ne pouvait manquer de lui rendre.

L'épisode douloureux qui mit brutalement fin à sa vie est encore assez proche de nous pour que ne paraissent pas trop tardives les lignes que dans ce journal je veux lui consacrer.

La mort de Camus a profondément ému le monde médical, qui l'entourait d'une affection réelle et d'une estime générale.

Elle a fait pleurer ceux qui mirent à contribution son dévouement et sa bonté. Elle a gagné même une foule d'inconnus qui savaient que devant son cercueil s'agenouillaient une femme et onze enfants.

***

Jean Camus naquit à Nemours le 27 août 1872. Il prit ses ébats sur les pavés de la vieille ville et sous les ombrages de la forêt. Il fit de bonnes études ; puis sa médecine. Interne en 1899, il fut l'élève de Bouchard, de Déjerine, de Teissier, de Launois et de Le Noir ; il étudia la physiologie avec Gley et Langlois, il collabora avec Claude, Balthazard, avec Pagniez et avec Roussy. Il fut l'enfant chéri de notre grand Charles Richet qui lui avait voué une affection vraiment paternelle.

Après des recherches sur l'action globulicide des urines, sur l'alexine et la sensibilisatrice, il étudia l'action hémolytique de certains sérums et l'agglutination des hématies.

Sa thèse sur l'hémoglobinurie d'origine musculaire est un travail aussi original que bien conduit et fut couronné par l'Institut.

Il montra, avec Pagniez, le rôle des acides gras dans la caséification des foyers tuberculeux ; avec Porak les effets de la destruction lente des glandes surrénales ; il s'occupa de la digestion des graisses avec Nicloux, des accidents sériques avec Castaigne, de la toxicité du 606 avec son frère Louis Camus.

Les services qu'il rendit pendant la guerre à l'armée d'abord, au centre de rééducation du Grand Palais ensuite, lui valurent une citation élogieuse. Il y sut allier les qualités du clinicien et du physiologiste et apporta une précision utile au diagnostic des impotences fonctionnelles, à l'appréciation des invalidités et à l'appareillage des mutilés.

Dès la démobilisation, Camus reprit son hôpital et ses expériences : il fit avec Roussy de remarquables travaux sur l'ablation de l'hypophyse et un rapport complet sur la polyurie expérimentale. Puis il s'appliqua à l'étude de certaines réactions nerveuses, de certains troubles psychiques, à la fixation des poisons sur les centres et au tétanos.

A côté de ces travaux, il nous reste de lui un précis de pathologie générale avec Claude qui est un modèle d'élégance et de pondération.

***

Camus était en effet un esprit éminemment pondéré, il voyait surtout les faits et se méfiait des excès de l'imagination et des hypothèses trop hardies. Son œuvre vivra parce qu'elle est marquée au coin de l'esprit critique le plus aiguisé, de l'observation la plus attentive et qu'elle est toute de probité scientifique et de précision.

Elle suffit à honorer un homme, mais Camus était un modeste qui ne conçut jamais ni vanité ni fierté, ni ambition excessive, ni jalousie. Il était médecin de la Charité, membre de l'Académie de médecine et dès longtemps désigné pour le professorat. C'est au moment où il allait recevoir la récompense suprême que la mort est venue le prendre !

Je rencontrais souvent Camus parce qu'il était mon assez proche voisin, je le reconnaissais aisément de loin, à sa démarche mesurée ; il allait droit devant lui d'un pas un peu pesant, allongé et rythmé. Il causait volontiers.

Sa poignée de main était franche, son accueil bienveillant, sa conversation sans détour, sa pensée nette et son regard clair. Les dures épreuves de l'existence n'avaient point altéré son entrain et sa gaieté ; il menait de pair une clientèle abondante et fidèle dont il savait avoir besoin et les occupations qu'il aimait de l'Hôpital et de la Faculté.

Il avait confiance en l'avenir, convaincu que Celui qui lui avait donné ses enfants ne cessait de veiller sur eux ; il avait gardé intacte la foi de son enfance ; il l'avait raisonnée ; il y trouvait la loi de sa vie, le moteur de ses actes et aussi l'apaisement dans les heures difficiles. Mais quelque rigide qu'il fût dans ses principes, il était pour les autres de la plus grande tolérance. Il avait la foi de l'apôtre, il joignait la bienveillance du philosophe et la charité du chrétien.

Ceux-là même qui ne partageaient pas ses idées se gardaient de toute critique et l'estimaient profondément.

On juge d'un homme aux regrets qu'il laisse et au tribut d'admiration que ses pairs, ses élèves et ses amis lui apportent. La mort a grandi encore Camus. Il reste parmi nous comme un type très pur de notre race française où s'allient harmonieusement la fermeté du caractère, la clarté de l'intelligence et le charme de la bonté.

Qu'il me soit permis de redire à celle qui fut la digne compagne de sa vie, à ses enfants à qui il laisse un si bel exemple, plus beau que tous les héritages, à ses frères, qui furent ses amis de toutes les heures, ma tristessse et ma sympathie.

Maurice LOEPER

créateur de l'Anatomie générale, ce précurseur de l'histologie. Il ne s'inclinait pas, comme on l'a trop fait depuis, devant les savants allemands, dont il ne parlait qu'avec mépris, de même que de ceux « qui les copiaient sans les comprendre ».

Notre maître mourut pendant les vacances de 1885 dans des circonstances qui méritent d'être relatées. Il était aller se reposer dans un village du département de l'Ain, chez une de ses sœurs. C'est là qu'il fut frappé d'hémorrhagie cérébrale : il tomba dans un état comateux et succomba en quelques jours.

La sœur de Robin qui était une personne religieuse, sans se préoccuper des opinions professées par son frère durant sa vie, lui fit faire des obsèques solennelles à l'église. On convoqua le clergé des environs, les cloches sonnèrent à toute volée et personne n'aurait supposé qu'il s'agissait de l'inhumation d'un chef de la libre pensée.

M. Renaut, le professeur d'histologie de la Faculté de Lyon, qui était lui-même un catholique convaincu, vint prononcer sur la tombe de Robin l'éloge funèbre qu'il méritait bien.

Triste ironie du sort qui imposa à ce savant athée, toutes les pompes des cérémonies religieuses après sa mort, et qui le fit louer par un des meilleurs élèves de Ranvier, pour lequel il n'avait qu'une médiocre sympathie.

Ces quelques souvenirs anecdotiques sur l'originalité du caractère de Robin ne diminuent en rien sa personnalité scientifique.

Il restera comme une grande figure de biologiste. Il a été l'instaurateur en France de l'histologie, pour laquelle il est parvenu à faire créer la première chaire officielle.

Il a fait paraître d'innombrables mémoires, dans le *Journal d'Anatomie* et ailleurs, sur l'histologie des tissus et des organes, sur l'embryologie et la zoologie ; il était membre de l'Institut dans la section de zoologie, et l'un des fondateurs de la Société de biologie, etc.

Il a publié un traité de Chimie biologique, en collaboration avec Verdeil, des livres qui firent époque, spécialement son Traité des humeurs, des articles du Dictionnaire de Dechambre extrêmement documentés.

On peut dire de lui qu'il était omniscient : son érudition était prodigieuse et il pouvait disserter *de omni re scibili*. De tous mes maîtres, c'est lui, avec Maurice Raynaud, qui m'a laissé l'impression la plus profonde. C'était un tempérament scientifique hors pair. D'ailleurs n'était-il pas originaire de la région qui a produit Bichat et Claude Bernard ?

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 février 1925.

Hervé résume une brochure de ***Duriau*** sur le bombardement de la maternité de Dunkerque en 1917 par les Allemands, qui coûta la vie à cinq femmes et à un bébé qui venait de naître.

La note de ***Guelliot*** sur la pince de Museux, toujours utilisée pour les amygdalectomies totales, est une bonne contribution à l'histoire des instruments de chirurgie et une occasion d'évoquer les heures pittoresques de la vie d'un chirurgien rémois au XVIIIe siècle. Museux, barbier, dentiste, puis chirurgien exerçait près de la place Royale ; il passa de l'une à l'autre de ces fonctions, sans que ses contemporains eussent le temps de s'en apercevoir, puisqu'une nuit lui suffit à transformer la boutique de Figaro en une maison correcte plus apte à l'exercice de la profession médicale. Son fils fut chirurgien comme lui.

Touzet reconstitue les observations des maladies de Saint-François de Sales. Né avant terme, Saint-François est d'une santé délicate pendant son enfance. Etudiant à Padoue, il assiste aux disputes des étudiants, qui se querellent au cimetière pour la possession des cadavres nécessaires à la dissection. Le saint veut leur léguer son corps pour arrêter ces disputes ; au moins ainsi il n'aura pas le regret d'être resté « le servus inutilis ». Il souffre alors d'une sorte de fièvre, qui le mène si bas qu'il est extrémisé. Il guérit d'ailleurs après l'extrême-onction. Onze ans plus tard la même maladie le tourmente de nouveau. La fièvre est violente et continue. Des obsessions l'assaillent comme celle-ci : le Christ ne serait-il pas présent au sacrement de la communion ? Sur sa demande, on lui donne un concert spirituel, qui l'émeut jusqu'aux larmes. Entre temps, son médecin lui administre de l'or potable. Cette fois encore, il finit par guérir.

Chez les Recollets de Lyon, après un sermon, Saint-François est saisi par un froid mortel ; sa vue baisse : il sent plus vivement que jamais l'approche de la mort. Il a alors 56 ans. La thérapeutique employée est celle des cas désespérés : après la saignée, ce sont des révulsions violentes comme l'application d'un emplâtre de cantharides sur le cuir chevelu. Mais tous ces remèdes sont impuissants à le guérir. Au moment de sa mort, une voix miraculeuse se fait entendre à Mme de Chantal, qui était à Grenoble, disant : « Il n'est plus ». A l'autopsie le cœur fut trouvé sain, un poumon était comme brûlé, un caillot remplissait le ventricule gauche du cerveau et 300 petites pierres la vésicule biliaire. Son sang fut recueilli précieusement et fit des miracles. Au moment des obsèques, Lyon et Annecy se disputèrent son corps, qui retourna finalement dans la capitale de la Savoie, au monastère de la Visitation. ***Fosseyeux*** rappelle l'activité de Saint-François, malgré ces maladies qui ne l'immobilisèrent jamais que le temps exact de leur durée. ***Laignel-Lavastine*** insiste sur les qualités de psychologue du saint, dont la correspondance est un véritable guide pour tous ceux qui se trouvent en contact avec des scrupuleux et des obsédés.

La séance se termine par la lecture de deux communications : la première de ***S. Guiart*** sur l'enseignement médico-chirurgical à Paris, en 1764, jugé par un étudiant allemand ; la deuxième de ***D'Orcent,*** de Cluj sur les trouvailles médico-historiques, provenant de la Dacie romaine.

Dr Jean VINCHON.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 janvier 1925

La révision de la loi de 1895 sur la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques. — M. ***Cazeneuve*** rappelle que la loi de contrôle du 25 avril 1895 sur la préparation la vente et la distribution gratuite des sérums et autres produits analogues est née de la préoccupation d'assurer au sérum curatif antidiphtérique, qui venait d'être découvert, l'efficacité et l'innocuité : mais les produits sérothérapiques, opothérapiques et vaccinothérapiques que la loi pouvait viser en principe en dehors du sérum antidiphtérique, se sont multipliées sous diverses formes et en telles quantités, que les difficultés d'application rendent l'avis de l'Académie de médecine prévu par la loi, de plus en plus aride. Des décrets, portant règlement d'administration publique, devraient, suivant qu'on envisage tel ou tel de ces groupes de produits, préciser les conditions d'application aussi bien dans l'intérêt supérieur de la santé publique que dans l'intérêt des progrès thérapeutiques.

M. Cazeneuve propose à l'Académie d'émettre le vœu que la loi soit soumise à revision pour introduire un paragraphe prévoyant ces décrets qui seraient rendus, le Conseil d'Etat entendu, ainsi que la Commission spéciale des sérums.

Le contrôle des laboratoires privés. — L'Académie des sciences et des lettres de Montpellier ayant demandé à l'Académie de médecine son avis sur l'utilité et l'opportunité du contrôle des laboratoires privés, l'Académie a désigné une Commission pour traiter de cette question. M. ***Regaud***, rapporteur, expose le résultat des travaux de cette Commission. Il semble que le plus expédient serait qu'une Commission composée de membres des Facultés de médecine et de pharmacie élaborât le programme des trois certificats suivants : histo-pathologie, chimie pathologique, bactériologie. Un de ces certificats serait exigé des personnes qui se proposent d'ouvrir un laboratoire privé.

La rectangulature de la surface du corps humain. — M. *Roussy*.

Election. — IIe section (chirurgie et accouchements).

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Mauclaire, en deuxième ligne, *ex-æquo* et par ordre alphabétique, MM. Auvray, Pierre Duval, Potherat et Rouvillois.

Au premier tour, M. Mauclaire obtient 59 suffrages ; M. Duval 15 : M. Auvray, 4.

Séance du 3 février.

Echec de l'éparséno dans une lèpre à Wassermann positif. — MM. *G. Delamare* et *Achitoui* constatent, après avoir suivi leur malade pendant 14 mois, que l'évolution d'une lèpre n'a pas subi le moindre temps d'arrêt sous l'influence d'une éparsénothérapie intensive. Ils notent la bénignité relative et la polymorphie extrême de l'intoxication par l'éparséno chez les lépreux et remarquent que, par certains de ses symptômes, cette intoxication rappelle plutôt les accidents de l'arsenicisme chronique inorganique que ceux de l'arsenicisme engendré par les arsénobenzènes ou l'atoxyl.

Explorateur tensiomètre. — M. *Fabre* présente un explorateur tensiométrique s'appliquant à tous les sphygmomanomètres et oscillomètres actuellement en usage.

Cet instrument est simplement constitué par une capacité annexée au manchon et aisément dépressible à la main, par exemple la poire à filet d'un thermocautère. Elle permet après légère insufflation, une exploration instantanée et dans tous les sens de la totalité du champ des tensions. La recherche des discontinuités caractéristiques de la maxima et de la minima devient à la fois très rapide et très précise. De plus, toute erreur de manœuvre préjudiciable à l'oscillomètre est désormais impossible grâce à un ajutage spécial en caoutchouc, immédiatement applicable au boîtier oscillométrique. Pour les méthodes auscultatoires et palpatoires, l'explorateur se fixe sur e manchon à la place de la poire de gonflement, sans autre modification.

Curiethérapie des cancers profonds. — MM. *Lucien Mallet* et *Coliez* indiquent une technique curiethérapique destinée à traiter les cancers profonds. Leurs recherches, entreprises à l'aide de l'*ionomicromètre*, leur ont permis de déterminer exactement les doses d'énergie radiante reçue dans la profondeur des tissus et d'établir un modèle d'appareil qui, sans employer des doses considérables, leur permet d'appliquer des doses cancéricides à des tumeurs qui ne pouvaient être atteintes facilement jusqu'ici. On pourra dès lors détruire des tumeurs qui résistaient à la radiothérapie profonde et dont la nature histologique se montrait sensible aux rayons X du radium, mais qui trop profondément situées étaient hors d'atteinte de son rayonnement, tels les cancers œsophagiens, gastriques, intestinaux.

Elections. — MM. Vialleton (de Montpellier) et Barthe (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 janvier 1925

Hernie diaphragmatique congénitale. — MM. *Sézary, Baumgartner, Lomon et Jonesco* présentent un homme qui souffrait depuis deux mois de douleurs d'abord aiguës et paroxystiques, puis continues et sourdes dans l'hypochondre et la région dorso-lombaire droits ; sans vomissements, sans arrêt des matières. La radioscopie revéla au-dessus de l'hémi-diaphragme droit et symétrique de l'image du cœur une ombre anormale, dont la partie centrale avait un aspect aréolaire analogue à celui que donne l'intestin contenant des gaz. On fit le diagnostic de hernie diaphragmatique que confirma l'examen après ingestion et lavement de baryte en révélant la présence exclusive de l'angle colique droit. La hernie fut localisée à la partie antérieure du diaphragme. L'opération confirma les données radiologiques. Elle montra l'origine congénitale de la hernie (absence des faisceaux sternaux et chondraux droits du diaphragme, incisure du lobe gauche du foie). Guérison.

Douze cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique soignés par les transfusions de sang répétées. — MM. *P. Emile-Weil, Isch-Wall, Pollet et Lamy* rapportent l'histoire de douze cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, traités depuis trois ans par des transfusions de sang répétées tous les huit jours d'abord, puis tous les quinze jours, puis tous les mois, faites à la dose moyenne de 300 cc.

Les résultats obtenus sont plus importants et durables que ceux donnés jusqu'ici par aucune médication connue.

Deux malades sont guéris et offrent un sang normal à 5 millions d'hématies et 100 d'hémoglobine depuis deux et trois ans, après avoir reçu cinq et trois transfusions.

Six ont eu des rémissions importantes de l'état général et de l'anémie, durant un temps variant de quelques mois à une année ; certains malades ont fait des rechutes d'hémolyse à la suite de troubles digestifs, rechutes qui ont pu être enrayées par les transfusions. Celles-ci n'ont cependant fait, en général, que reculer l'exitus, elles finissent, elles aussi, par devenir inefficaces, à moins que la mort ne survienne par une complication intercurrente.

Dans quatre cas enfin, où l'anémie pernicieuse n'était probablement cryptogénétique qu'en apparence, liée en réalité à une évolution néoplasique, les transfusions, comme dans les anémies graves cancéreuses, n'ont produit qu'un bénéfice transitoire et léger ou même un bénéfice nul, l'hémolyse continuant malgré l'acte transfusoire.

Cette méthode de traitement, complètement inoffensive (quoique certains malades aient reçu jusqu'à 20 et 26 transfusions), mérite d'être prise en considération, car elle modifie autant la thérapeutique des anémies graves cryptogénétiques que le traitement digitalique a pu faire pour les affections cardiaques.

Au point de vue biologique, elle a permis l'acquisition d'un certain nombre de points nouveaux dans l'étude nosographique du syndrome de Biermer.

M. *Dufour* a vu un cas d'anémie pernicieuse guérir par l'acide arsénieux.

M. *P. Emile-Weil* n'a jamais observé, surtout après rechute d'hémolyse, de guérison d'anémie pernicieuse par d'autre thérapeutique que la transfusion répétée.

Sclérodermie et syphilis. — MM. *André Léri, Barthélémy et* Mlle *Linossier* présentent une malade atteinte de sclérodermie typique, ayant débuté par un syndrome de Raynaud.

Chez cette malade, on constate l'abolition d'un réflexe achilléen et d'un réflexe oléocranien, la diminution d'un réflexe rotulien. Elle a en outre une lymphocytose céphalo-rachidienne importante : 8 éléments par cmc.

L'examen radiographique du système osseux montre une série de petites ostéites sous forme d'hyperostoses très irrégulières, d'ostéophytes, de périostites feuilletées, de placards de décalcification tels qu'on les observe dans la syphilis.

Bien qu'il n'y ait aucun antécédent reconnu et que la réaction de Wassermann soit négative, il semble infiniment probable, tant par l'examen du système nerveux que du système osseux, que la syphilis est en jeu ici comme dans une série de cas qui ont été signalés antérieurement.

Le traitement bismuthique, bien que commencé depuis peu de temps, semble avoir déjà donné des résultats favorables.

Sarcome du cerveau avec B. W. positif dans le liquide céphalo-rachidien. — M. *Marcel Pinard* rapporte l'histoire d'un malade atteint de sarcome du cerveau dont le B. W. fut positif à deux reprises dans le liquide céphalo-rachidien. On ne trouvait chez lui aucun signe ni anamnestique de syphilis, par contre il existait chez sa femme des signes cliniques de présomption et une sérologie positive. Ces faits portent à penser que les sérologies positives dans les tumeurs (observations de MM. C. Vincent, Mathieu, P. Weil etc.) doivent surtout être expliquées par une syphilis héréditaire ou acquise méconnue, ce qui ne fait d'ailleurs que confirmer l'excellence du terrain syphilitique pour le développement des tumeurs de toute nature, bénigne ou maligne.

M. *C. Vincent* fait remarquer que, dans l'observation qu'il a antérieurement présentée, il s'agissait de B. W. positif dans le liquide ventriculaire alors que la réaction était négative dans

le sang et le liquide céphalo-rachidien libre. Consécutivement à la ponction ventriculaire le liquide ventriculaire devint temporairement négatif pour se montrer ultérieurement positif à nouveau. Son observation signifie donc seulement que, dans certaines cavités closes, il semble qu'il soit possible, pour des raisons à déterminer, et peut-être en dehors de la syphilis, de rencontrer un B. W. positif.

M. **Maurice Renaud** voit dans ces observations un nouveau motif de ne pas donner une signification trop grande à la réaction de Wassermann.

M. **Dufour** a observé, chez des sujets syphilitiques à sérologie sanguine et rachidienne négatives, une réaction positive dans des liquides pathologiques (épanchement pleural tuberculeux) étrangers à la syphilis. Il fait par ailleurs des réserves sur l'interprétation de M. Maurice Renaud.

Epanchement articulaire sanguin chez un hémophile.— *M. Maurice Renaud* a eu l'occasion d'observer chez un hémophile un épanchement synovial du genou que la ponction lui montra être constitué par du sang pur. Après évacuation, la cavité était complètement asséchée et entièrement libre sans dépôt fibrineux. Plus de 24 heures après le prélèvement, aucune coagulation ne s'était encore manifestée dans le sang retiré.

Cancer secondaire du cœur. — *MM. Ch. Achard et J. Mouzon* présentent les pièces d'autopsie d'une femme de 64 ans, entrée à l'hôpital dans un état de cachexie extrême, très anémique (1.550.000 globules rouges et 30 % d'hémoglobine) avec des ganglions et des nodules sous-cutanés dont la biopsie fit reconnaître la nature cancéreuse.

On ne put déterminer à l'autopsie la tumeur primitive ; mais il y avait des nodules disséminés dans le foie, les reins, la plèvre gauche et surtout le cœur. Ces noyaux cardiaques siégeaient principalement sous l'épicarde et dans l'épaisseur du myocarde.

Relativement rare, le cancer secondaire du cœur peut se développer par contiguïté, par lymphangite cancéreuse rétrograde, par embolie avec greffe sur l'endocarde, mais surtout par embolie coronaire engendrant des nodules intra-myocardiques.

Fort souvent il y a, d'après le relevé de Pic et Bret, des noyaux pulmonaires et c'est du poumon que viennent les embolies coronaires. Cependant, dans ce cas, le parenchyme pulmonaire ne contenait pas de noyaux cancéreux.

Le cancer secondaire du cœur est le plus ordinairement méconnu pendant la vie, comme chez cette malade.

Le signe de l'expansion du hile dans l'ectasie de l'artère pulmonaire. — M. *Pezzi* (de Pise) fait un exposé de ses recherches cliniques et radiologiques sur l'ectasie de l'artère pulmonaire. Radiologiquement il a pu observer des battements avec expansion dans la région hilaire et il insiste sur l'importance de ce nouveau signe de l'anévrysme pulmonaire : l'expansion du hile.

M. **Laubry** attache, comme l'auteur, une grande signification à la danse du hile comme signe de l'ectasie pulmonaire. Mais il fait observer que ce signe n'est pas constant. Pour qu'il se réalise il faut à la fois un souffle violent de régurgitation diastolique et de la sclérose périartérielle.

M. **Rist** tire argument de la communication de M. Pezzi pour étayer cette notion trop méconnue que les ombres radiologiques hilaires ne sont pas toujours ganglionnaires mais peuvent être aussi vasculaires.

M. **Guinon** a vu chez l'enfant des adénopathies authentiques peuvent être animées de battements.

Un cas de purpura hémorragique survenu au cours d'une uréthrite aiguë blennorragique. — MM. ***S. I. de Jong*** et ***René Martin*** rapportent l'observation d'un purpura hémorrhagique survenu au cours d'une uréthrite blennorragique aiguë ne s'accompagnant par ailleurs d'aucun signe de septicémie gonococcique. Le syndrome hémorragique fut particulièrement grave puisqu'une piqûre faite au lobule de l'oreille saigna pendant six jours. L'état général par contre fut peu touché et la guérison survint après vingt jours. L'étude du sang vint confirmer le diagnostic de purpura. Plusieurs examens bactériologiques furent pratiqués. Dans le liquide d'une phlyctène hémorragique, on trouva un coccus gram négatif rappelant morphologiquement en tous points le gonocoque, mais ce microbe ne put être cultivé, ce qui permit d'éliminer le catarrhalis. En l'absence de toute autre étiologie, les auteurs croient qu'on est en droit de supposer qu'il existe un lien entre ce syndrome hémorragique et la gonococcie de leur malade.

Mutations. — Par suite du décès de M. J. Camus, il est procédé aux mutations complémentaires suivantes : M. Léri va à la Charité, M. Darré à Cochin et M. Brulé à Ste-Périne. Ces mutations sont définitives.

Séance du 30 janvier 1925

Les néphrites des cancéreux. Remarques sur la pathologie du rein. — *M. Maurice Renaud* rappelle d'abord les conclusions de l'étude qu'il a publiée sur le rein des cancéreux dans les *Bulletins* de l'Association française pour l'étude du cancer, savoir :

1º Que le développement des néoplasies, quels que soient la nature et le siège de celles-ci, n'entraîne directement aucune modification du parenchyme rénal et aucun trouble de ses fonctions. Il n'y a pas de néphrite cancéreuse spécifique.

2º Que les néphrites si fréquentes des cancéreux relèvent soit de processus toxi infectieux dont l'ulcération et l'infection des tumeurs sont directement responsables et rentrent dans le cadre des néphrites aiguës ou subaiguës banales, soit d'une *oblitération des uretères* qui est habituelle dans les cancers du petit bassin, entraîne la distension et souvent la suppuration du rein et dont les conséquences ont une importance considérable sur l'évolution de la maladie l'urémie qu'elle entraîne devenant chez tous ces malades le facteur le plus important de cachexie.

Les néphrites des cancéreux, en raison de leur fréquence, de leur évolution régulièrement progressive, se déroulent le plus souvent dans des conditions particulièrement favorables pour l'observation. Leur étude permet de faire sur bien des points des remarques d'autant plus intéressantes qu'elles ne cadrent pas toutes avec les données généralement admises.

Malgré d'énormes destructions du parenchyme rénal, on n'observe jamais les syndromes bruyants de la grande urémie classique. Peu d'œdèmes, pas d'hématuries, pas de symptômes dramatiques nerveux ou pulmonaires. La destruction et la défaillance du rein se traduisent par un syndrome urinaire qu'il faut chercher, des signes d'une lente intoxication et d'une déchéance progressive qui n'ont pas d'expression clinique spéciale.

La rétention azotée est exceptionnelle. A la période d'état de l'affection, le taux de l'urée du sang reste aux environs de 20, 30 centigr. Il ne s'élève au dessus d'un gramme qu'à la période terminale. Ce fait montre que s'il n'y a pas de grande azotémie sans néphrite, la déficience des fonctions rénales ne suffit pas à créer la grande azotémie.

La tension artérielle des cancéreux ne semble pas s'élever du fait du développement d'une néphrite. La pression maxima ne dépasse guère 13 à 14, sans qu'il faille chercher une explication de ce fait dans une défaillance du myocarde. On ne trouve aux autopsies le cœur ni l'hypertrophié, ni dilaté. Cela prouve seulement que toute déficience rénale n'a pas pour corollaire obligé des troubles cardio-vasculaires.

De telles constatations conduisent à douter de l'origine purement rénale des syndromes si complexes qu'on décrit dans le mal de Bright.

Pour l'exploration clinique et l'appréciation de la valeur foncsionnelle des reins, la détermination de la constante d'Ambard et l'épreuve de la sulfo-phtaléine se sont montrées de très sensibles et très sûrs moyens d'exploration. Il a paru cependant que la constante renseignait surtout sur la valeur des portions du parenchyme restées indemnes et que l'élimination de la phénolphtaléine donnait la mesure du travail total des deux reins. Les données des deux épreuves sont loin d'être toujours concordantes.

Si parmi les particularités observées au cours des néphrites des cancéreux, certaines sont dues aux conditions spéciales dans lesquelles ces néphrites évoluent, il en est d'autres dont ne peuvent rendre compte les théories couramment acceptées. Il est donc nécessaire de faire subir à celles-ci les retouches convenables.

La fracture spontanée du premier cartilage costal ossifié. — M. *Ameuille* rapporte un cas où la fracture spontanée si fréquente de ce cartilage donna naissance à des phénomènes cliniquement appréciables. D'ordinaire, le cartilage s'ossifie à partir de la vingtième année, est toujours osssifié à partir de la cinquantaine. Les fractures spontanées sont d'autant plus fréquentes à mesure que le sujet avance en âge. Après 70 ans on en observe une fois sur trois cas. Elles ne fournissent jamais de troubles subjectifs en dehors du cas rapporté qui reste unique. En revanche elles sont très visibles radiologiquement.

Les lésions de l'épithélium de revêtement au cours des gastrites chroniques. — MM. *Félix Ramond et Hirschberg.* — Ces lésions sont dégénératives et métaplastiques, ces dernières sont les plus importantes, elles sont constituées par le retour par étapes des cellules gastriques au stade de cellules primitives intestinales. Dans une première étape la cellule gastrique perd ses caractères propres mais n'est pas encore intestinale, son protoplasme se colore vivement et son noyau possède tous les attributs d'une grande vitalité ; dans une seconde étape, l'épithélium acquiert tous les caractères de l'épithélium intestinal, la cellule devient adulte et n'offre pas, comme dans l'étape précédente, tous les attributs d'un organisme en pleine évolution. La première étape offre toutes les transitions vers la cellule cancéreuse à laquelle elle peut aboutir, tandis que la seconde étape, avec ses cellules fixées mais dépourvues de moyens de protection vis-à-vis du suc gastrique, peut évoluer vers l'ulcération par digestion de ses cellules insuffisamment protégées.

La métaplasie s'effectue dans les deux zones d'inflammation interstitielle déjà décrites par les auteurs : zone superficielle autour des tubes excréteurs et des cryptes, zone profonde audessus de la muscularis mais avec une intensité beaucoup plus grande dans la zone superficielle, comme celle-ci est avant tout formée par des plasmocytes et la seconde par des lymphocytes ; il en résulte que ce sont surtout les plasmocytes qui favorisent la métaplasie en jouant un rôle comparable au tréphone leucocytaire de Carrel. L'inflammation purement fibreuse ne paraît pas créer la métaplasie, mais bien la dégénérescence.

Le zona varicelleux. — MM. E.-C. *Aviragnet, Huber* et *Dayras* apportent des observations de coexistence du zona et de la varicelle ou de succession de ces deux affections. L'étude au triple point de vue clinique, épidémiologique et biologique de ces cas met en évidence la nature varicellique de certains zonas évoluant à l'état isolé ou se montrant associés à la varicelle.

M. *Comby* pense que, comme beaucoup d'autres causes, la varicelle peut provoquer le zona, mais que la varicelle a bien son individualité et qu'on ne peut les confondre : le zona ne peut engendrer la varicelle, la varicelle n'immunise pas contre le zona.

M. *Netter*. — Depuis le 22 avril 1924, date à laquelle j'avais pu analyser 86 observations françaises de zona suivi de varicelle ou inversement, il m'est parvenu 29 nouveaux cas, ce qui porte à 115 les observations françaises utilisables, 100 fois le zona a ouvert la marche, 15 fois la varicelle.

L'intervention a varié entre 13 et 21 jours ou surtout entre 13 et 15 jours, durée habituelle de l'incubation de la varicelle. Dans la plupart des cas, l'intervention d'une autre source de contagion peut être rigoureusement éliminée. Je citerai notamment un cas de femme récemment accouchée soignée par la mère atteinte de zona ophtalmique (Rosenblat, de Bagnolet), de deux enfants gardant la chambre depuis 19 jours, date de l'apparition de la rougeole chez l'aîné pris de varicelle et dont s'occupait exclusivement une bonne atteinte de zona crural (Dr Bettoni, de Milan), d'enfants pris simultanément de varicelle 17 jours après leur retour de la campagne et gardés par la grand'mère atteinte de zona intercostal (Dr Edgar Longuet, d'Alfortville). de varicelle prise au contact d'un zona dans un lazaret (Dr Houdré, de Kerpape), ou dans un pavillon hospitalier (Dr Mauger, de Versailles).

Nous avons, avec M. Urbain, fourni des preuves sérologiques en montrant dans le sang des sujets atteints de zona la présence d'anticorps que la réaction de fixation met en évidence en présence de l'antigène fourni par les croûtes de varicelle.

Cette démonstration a été fournie dans 10 cas de zona coïncidant avec la varicelle chez le même sujet y compris les deux malades de MM. Aviragnet et Hallé, et dans 7 cas de zona qui avaient provoqué l'apparition de varicelle ou avaient paru au cours d'une épidémie de varicelle.

Les malades de MM. Jean Hallé, Aviragnet et Huber nous ont d'ailleurs permis de constater la présence d'anticorps varicelleux dans le liquide céphalo-rachidien.

La nature varicelleuse de ces divers zonas est donc établie par la sérologie comme par la clinique, bien que le germe de la varicelle n'ait pas encore été isolé et que l'expérimentation sur l'animal ne nous apporte pas son concours.

La réaction de fixation nous permet d'ailleurs de généraliser cette notion à la grande majorité des zonas de toute nature. Elle s'est en effet montrée positive chez 76 des 78 sujets atteints de zona dont le sang a été examiné dans ces recherches.

Landouzy avait soutenu la spécificité et la nature infectieuse de la fièvre zostérienne.

L'agent spécifique est toujours ou au moins le plus souvent le virus varicelleux.

Nous reviendrons plus longuement sur cette singulière mutation du virus varicelleux, sur les conditions dans lesquelles elle paraît se produire et sur les caractères acquis au cours de cette mutation.

M. *Sicard*, après avoir rappelé que la lymphocytose rachidienne, qui est constante dans le zona, est toujours absente dans la varicelle, demande si le sérum des zonateux est préventif de l'infection varicellique.

M. *Netter* ne considère pas cette dernière épreuve comme pratiquement réalisable.

Un cas de mort subite consécutive à la ponction pleurale. — M. *Michel Léon-Kindberg*. — Observation d'un malade soigné par le pneumothorax artificiel : la ponction fut faite en plèvre libre, avec pression négative. L'autopsie ne montra aucune lésion locale, aucune atteinte des viscères ou du système nerveux. Seule la théorie du réflexe peut expliquer les accidents : hémiplégie, épilepsie, qui furent observés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du samedi 24 janvier 1924.

Lavages des vésicules séminales. — M. *G. Luys* a pratiqué 80 fois cette opération pour l'infection des vésicules séminales, affection fréquente et non susceptible de guérison spontanée. L'injection faite par le canal déférent doit séjourner longtemps dans leur cavité pour obtenir la guérison radicale. On préviendra ainsi les récidives d'épididymite, et après désinfection, ce lavage permettra d'assurer une fécondation saine.

Dysmorphoses facio-cranio-vertébrales. — M. *Pierre Robin* présente des enfants qui, antérieurement respirateurs par la bouche, reprennent une santé et une croissance normale, grâce à un appareil qui rétablit complètement et définitivement la respiration par le nez.

Le glycérole suramidonné. — M. *Gallois* a, par son emploi, obtenu les meilleurs résultats dans le traitement de la furonculose.

Entraînement respiratoire et prophylaxie. — M. *Pescher.* L'entraînement respiratoire réglé, dosé, objectivé et progressif, est devenu aux points de vue prophylactique et curatif une médication des plus fécondes. En présence de tout malade, le médecin doit : 1° mesurer la capacité respiratoire pour se rendre compte de sa défaillance ; 2° réaliser le double entraînement respiratoire de qualité et de quantité afin de combler le déchet.

Traitement des uréthrites chroniques par les auto-vaccins. — MM. *Zadok et Grimberg.* — L'autovaccinothérapie associée à un traitement local approprié constitue un appoint précieux dans la lutte contre la blennorrhagie chronique et ses complications. Les auteurs apportent une importante statistique avec une notable proportion de guérisons contrôlées par les cultures de sperme.

A. LAVENANT.

ACTUALITÉS

A propos des malformations vertébrales

Le docteur L. Dubreuil-Chambardel (1) a fait l'an dernier, à la Société d'Anthropologie qu'il préside, une série de conférences très remarquées sur « *les variations du rachis et leurs conséquences pathologiques et morphologiques* ». Ces conférences, qui sont le fruit des recherches de l'auteur à l'Institut Anatomique de Tours, ont été publiées dans un journal de médecine du Portugal les *Arquivo de anatomia e antropologia* : elles forment un ouvrage illustré de nombreuses figures.

M. Dubreuil-Chambardel traite, dans un premier chapitre d'ensemble, des variations numériques du rachis, puis il passe en revue les principales anomalies des vertèbres, ayant soin de noter, chemin faisant, les conséquences pathologiques des malformations qu'il décrit. Chaque fois que se présente une déduction intéressant la clinique et la chirurgie, Dubreuil-Chambardel la signale. En cela, il reste fidèle à la doctrine anatomique tourangelle qui, avec Bretonneau, Velpeau, Renaut et surtout avec Le Double, n'a jamais cessé d'unir l'anatomie et la médecine générale.

M. Dubreuil-Chambardel étudie dans des chapitres différents : l'occipitalisation de l'atlas, la septième côte cervicale, la sacralisation de la cinquième vertèbre lombaire, les hommes sans cou, les hommes à queue, les scolioses congénitales, la spina-bifida.

Parmi les chapitres qui nous paraissent renfermer les vues les plus originales, citons : la septième côte cervicale, la sacralisation de la cinquième lombaire, la spina-bifida.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur ces diverses anomalies ont eu le tort de se contenter uniquement de l'examen radiographique, ils ont trop négligé l'étude anatomique sur le cadavre.

(1) Les variations du rachis et leurs conséquences pathologiques et morphologiques, par Louis Dubreuil-Chambardel 1924.

Que d'inexactitudes, par exemple, ont été écrites sur la sacralisation de la cinquième lombaire, faute d'en connaître les véritables rapports anatomiques ! On a prétendu que la compression permanente ou transitoire de la cinquième racine lombaire dans le trou de conjugaison était la cause des douleurs sciatiques et lombaires qui accompagnent la sacralisation. Or c'est là pure hypothèse démentie par les recherches sur le cadavre : la racine lombaire occupe une faible portion du trou de conjugaison lombo-sacré et n'a aucun rapport direct avec l'apophyse transverse de la dernière paire lombaire. Les recherches de Dubreuil-Chambardel paraissent démontrer que les douleurs qui accompagnent la sacralisation sont dues au changement de constitution anatomique d'un canal ostéo-cartilagineux en un canal osseux, puis au défaut de mobilité du dernier métamère lombaire qui force la cinquième racine à s'allonger dans les mouvements du sacrum et à glisser sur une paroi devenue dure.

De même, à propos de la septième côte cervicale, l'auteur s'élève avec raison, selon nous, contre la distinction que l'on a voulu introduire récemment entre la simple hypertrophie des apophyses transverses et l'existence d'une septième côte cervicale. En réalité, il ne s'agit pas de deux malformations différentes, mais d'une seule malformation se présentant à des degrés différents.

Le chapitre sur la spina-bifida nous a particulièrement intéressé. L'auteur expose très clairement cette question de la spina-bifida que des confusions de mots et l'emploi de termes barbares compliquent inutilement. Trop souvent, on donne le nom de spina-bifida à des apparences radiographiques montrant une ouverture de la partie osseuse de l'arc postérieur des vertèbres, ou à des dispositions anatomiques reconnues sur les squelettes dépouillés de leurs parties molles. Ce sont de *fausses spina-bifida* car il n'y a pas, dans ces cas, d'ouverture de l'arc neural en arrière. L'arc neural est en effet complet, mais cet arc au lieu de former un anneau exclusivement osseux, forme un anneau ostéo-fibreux. Cette fausse spina-bifida se rencontre surtout au niveau du sacrum, c'est-à-dire là où le rôle protecteur du rachis devient secondaire.

La vraie spina est caractérisée par la non fermeture en arrière

de l'arc neural, elle est dûe à un trouble de développement de la moelle. C'est dans cette spina-bifida liée à des troubles médullaires que l'on peut voir s'associer certaines lésions atrophiques, l'incontinence d'urine, des pieds bots, des pieds creux, des pieds plats, etc.

Ces quelques exemples montrent l'intérêt de ce travail. Il a suffi à DUBREUIL-CHAMBARDEL de faire œuvre d'anatomiste pour redresser des erreurs de cliniciens avertis, mais trop peu versés dans l'étude du cadavre.

Depuis que s'est généralisé l'usage des rayons X en clinique, on a trop tendance à faire de l'anatomie radiologique.

Sur les apparences trompeuses d'images obtenues à l'écran, on vient appuyer des considérations anatomiques et établir des classifications. Ce sont des procédés d'examens rapides, mais combien insuffisants lorsqu'il s'agit de fixer des points d'anatomie ! **F.**

BIBLIOGRAPHIE

La revue de l'Art. Le numéro : 12 fr. 50. Abonn. annuel : France : 100 fr. Etranger : 150 fr. Bureaux de la ***Revue*** : 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

Sommaire du numéro de février 1925 : I. *Histoire générale de l'Art*: Djem Sultan et les fresques de Pinturicchio, par Arménag Sakisian. — Les Musées d'Etat et l'activité artistique dans la Russie nouvelle (II) par G. Loukomski. — Artistes contemporains : Léon Bakst (1866-1925), par Simon Lissim. — La Salle du XIIIe siècle au Musée des Monuments français à l'Ecole des Beaux-Arts, par Georges Huard.

II. *Chroniques* : XVIIe siècle : Le Portrait du luthiste Mouton, par F. de Troy, au musée du Louvre, par André Tessier. — XVIIIe siècle : Autour de Claude Gillot : II. Deux inédits de Gillot : son dernier dessin et une lettre autographe, par Emile Dacier. — Art moderne : la mode, second Empire » par Jules Bertaut. — Art« contemporain : L'exposition du Livre au Musée Galliera, par H. Clouzot. — Les Livres.

III. *Bulletin. Actualités* : Ronsard et son temps. A propos du cinquantenaire de l'Opéra. — Un décorateur inconnu. A propos du théâtre d'Orange. — Echos et nouvelles. — Informations. — Les expositions. — Les ventes. — La vie artistique à l'étranger. — Les Livres. — Revue de la Presse.

Gravures hors-texte : Projet de décor pour un ballet oriental, photogravure en couleurs, d'après une aquarelle de Léon Bakst. — Un garde de la Reine (costume pour le ballet de « la Belle au Bois dormant »), photogravure d'après une aquarelle de Léon Bakst.
56 illustrations dans le texte.

Larousse mensuel illustré. Le numéro : 3 fr. Abonn. annuel : 32 fr. Librairie Larousse 13-17, rue Montparnasse. Paris.

Sommaire du numéro de février 1925 : Académie française (élection de Camille Jullian. — Alphabet (orgine de l'). — Ame bretonne (L'). — Bertin. — Cent vues de Paris (Les). — Condé (La mère du Grand). — Effets de commerce. — Etoile nouvelle (Une). — Force motrice animale à travers les âges. —Hussein -ibor-Ali. — Jalaguier. — Jullian (Camille). — Lodge. — Louvre (Musée du). — Miracle des Loups. — Nounette ou la Déesse aux cent bouches. — Obésité et cure d'amaigrissement. — Pêcheurs d'Islande. — Perroquet vert. — Politique intérieure et extérieure. — Rabut. — Société du Second Empire. — Spitzberg. — Vitrolles (Le baron de).

Le Coran. (Traduction nouvelle avec notes d'un choix de Sourates précédées d'une Introduction au Coran), par Edouard MONTET. Un volume in-16. Prix : 12 fr. (Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.)

Ce nouvel ouvrage de M. Montet s'adresse au public lettré qui s'intéresse de plus en plus à tout ce qui touche l'Islam. C'est un essai d'application de la méthode scientifique et critique à l'étude du Coran. Cette méthode a fait ses preuves, lorsqu'elle a renouvelé l'examen textuel et l'exérèse bibliques. Grâce à elle, l'Ancien Testament, pour ne parler que de la partie biblique écrite dans une langue sémitique, a présenté, pour ses lecteurs, qu'ils lussent l'original en hébreu ou dans une traduction, un intérêt extraordinaire ; le vieux livre sacré des Juifs a repris vie, en quelque sorte, lorsqu'il a été étudié à la lumière de la critique.

C'est la même méthode que M. Montet a cherché à appliquer à l'étude du Coran et, en ce faisant, il a été certainement un des promiers à tenter un examen textuel, qui donnera un intérêt nouveau à la lecture du Coran.

Les Carraches, par Roger PEYRE. 1 volume in-8° de la collection « Les Grands Artistes », 24 planches hors texte. Broché : 6 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris, 6e.

Sans tenter une vaine réhabilitation de l'« académisme » si excessivement décrié de nos jours, l'auteur rappelle, non sans opportunité, la crise dont fut tourmentée l'art italien en proie aux folles outrances des imitateurs de Michel-Ange. Ce sera l'éternel honneur des grands animateurs de l'école bolonaise d'avoir conjuré le malaise en ramenant leurs frères à la raison et en les arrachant à la tyrannie de la routine par la pratique d'un judicieux éclectisme.

Au cours de son attachante étude, M. R. Peyre n'a pas séparé l'œuvre de la vie. Celle-ci, grâce à de pittoresques anecdotes, se reflète aux pages consacrées à la formation, à la production, à la technique et à l'influence des *Carraches*. Parmi tant de curieux épisodes le moins romanesque n'est pas celui de la fondation de la nouvelle école dont le succès provoqua des jalousies féroces. Restituant ainsi l'ambiance artistique et sociale de l'Italie à la fin du XVIe siècle le biographe suit pas à pas le formidable labeur réalisé par Louis, Auguste et Annibal dont, d'autre part, la manière apparaît fidèlement dans vingt-quatre reproductions d'ouvrages choisis parmi les plus caractéristiques.

Une fois encore s'affirme l'attrait de ce double commentaire perpétuel — graphique et critique — qui explique la durable faveur dont cette collection jouit auprès du grand public.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les Arythmies en clinique, par le Dr A. CLERC. 1 vol. 40 p., 205 fig. : 34 fr. (Masson).

Formulaire thérapeutique par G. LYON et P. LOISEAU, 13e éd. 1 vol., 884 p., cart. toile souple : 25 fr. (Masson).

Manuel technique de microbiologie et sérologie, par A. CALMETTE, L. NÈGRE et A. BOQUET, 1 vol., 568 p., 14 fig :, 3 pl. en coul. hors texte : 30 fr. (Masson).

Les Vaisseaux lymphatiques du cœur chez l'homme et chez quelques mammifères, par Otto C. AAGAARD, 1 vol. 500 p. 108 fig : 40 fr. (Levin, Copenhague).

Les méningites syphilitiques. Etude clinique et thérapeutique, par E. SCHULMANN et TERRIS, in-8°, 64 p. 2 fr. (Edition du *Progrès médical*).

Le Wagon des fumeurs, par J. W. BIENSTOCK et CURNOUSKY couverture ill. de J. Hémard. in-16 : 7 fr. 50 (Crès).

La Revue Hebdomadaire (le n° 2 fr.) publie les conférences de M. André BELLESSORT sur Voltaire. Dans le n° du 31 janvier a paru : Voltaire et la Régence. — Dans le n° du 7 février Voltaire en Angleterre.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce: Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 8. **Le Numéro : 50 Centimes** 21 FÉVRIER 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... **30** fr.
Belgique et Italie .... **40** fr.
Union postale.................. **50** fr.
Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Médecins sanitaires maritimes. — Ont été nommés médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Dizeur, Engelhardt, Jaubert, Joussim, Mathieu, Rivière, Simonpiétri et Tribet.

Les médecins désirant subir les épreuves conférant le titre de médecin sanitaire maritime auront la faculté de suivre les cours, travaux pratiques et conférences de l'Institut de médecine coloniale, 40, avenue Léon-Gambetta, à Marseille. Ils pourront s'adresser au secrétaire de l'Institut, de 10 heures à midi, ou au secrétariat de l'Ecole de médecine pour obtenir les renseignements désirables, ainsi que les programmes et horaires de l'Institut.

Guerre. — M. le médecin principal de 1re classe Visbecq, chef de la section technique, est nommé directeur du Service de santé de la 16e région.

Commission du cancer. — M. Papin, directeur du centre régional anticancéreux d'Angers, est nommé membre de la Commission.

Agrégés de médecine. — Les dispositions de l'article 1er du décret du 13 mars 1924 sont complétées ainsi qu'il suit :

« Les agrégés des facultés de médecine institués avant le 13 mars 1924, qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales, peuvent bénéficier des dispositions du paragraphe 2 du décret du 13 mars 1924 et être nommés sans limite de temps, après un stage régulier de deux ans, sur la proposition de la faculté et après avis de la commission des sciences médicales et de la pharmacie du comité consultatif de l'enseignement supérieur. »

Ligue Nationale belge contre la tuberculose. — Par arrêté royal du 24 décembre 1924, un subside de quatre cent cinquante mille (450.000) francs est allouée à la Ligue nationale contre la tuberculose, à Bruxelles, pour l'aider dans la lutte qu'elle poursuit contre la tuberculose.

Un Congrès de médecine en Algérie. — Il est probable que la Faculté de Médecine d'Alger réclamera au Bureau du Congrès français de médecine, l'honneur de voir la session de 1930 se tenir à Alger, où se donneront de grandes fêtes à l'occasion de la commémoration du centenaire du débarquement des Français en Algérie.

(*Bruxelles Médical*).

Comité consultatif de l'enseignement supérieur. — Ont été élus à la Commission de médecine et de pharmacie :

Médecine. — MM. Charmeil, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Chirurgie. — M. Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Obstétrique. — M. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

Anatomie. — M. Policard, professeur à la Faculté de médecin de Lyon.

Physiologie. — M. Abelous, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse.

Physique et chimie. — MM. Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg ; Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pharmacie. — M. Jadin, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Agrégés. — MM. Champy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Perrin, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy ; Tassilly, agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris.

Chefs de travaux. — MM. Beylot, chef de travaux à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Cousin, chef de travaux à la Faculté de pharmacie de Paris.

Préparateurs. — MM. Arronshen, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Lormand, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris. (*J. O.*, 3 février 1925.)

Asile d'aliénés. — M. le docteur Reboul-Lachaux (Jean), médecin des asiles, est nommé médecin chef de service du quartier d'aliénés de l'hospice de Pontorson (Manche), en remplacement de M. le docteur Martimor, nommé médecin directeur de l'asile de Saint-Lizier (Ariège).

M. le docteur Abely (Paul), médecin des asiles, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Prémontré (Aisne), en remplacement de M. le docteur Santenoise (Daniel), appelé à d'autres fonctions.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices (Année 1925). — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le jeudi 14 mai 1925, à 9 heures du matin, dans la salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'Administration centrale (Bureau du Service de Santé), de quatorze heures à dix-sept heures, du mercredi 15 au mercredi 29 avril inclusivement.

Maladie des yeux. — Le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs Joltrois et Fombeure, fera, le jeudi 26 février 1925, les samedis, mardis et jeudis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades. Projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en juin et en novembre 1925. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer (17, square de Messine Paris VIIIe). — Conférences sous la présidence du professeur Charles Richet, de l'Institut : I. L'étiologie et le diagnostic précoce du cancer, par M. le Dr Joseph Thomas. — II. La vaccination anti-tuberculeuse, par M. le professeur Rappin, directeur de l'Institut Pasteur de Nantes. Le vendredi 27 février 1925, à 17 heures au siège de la Société, 17, square de Messine.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique de dermatologie et de syphiligraphie. Hôpital St Louis* (Professeur : M. Jeanselme). — *Cours de perfectionnement* : Dermatologie et maladies vénériennes, sous la direction de M. le prof. Jeanselme avec la collaboration : de M. le prof. Sebileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis, Lian, Darre, Tixier, de Jong, Sézary, Touraine, médecins des hôpi-

taux ; M. Gougerot, prof. agrégé, médecin des hôpitaux ; MM. Hautant, Lemaitre, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux ; Saboubaud, chef du Laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis, P. Chevalier, ancien chef de clinique, Burnier, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique à la Faculté ; Giraudeau chef des travaux physiques ; Marcel Sée, Bizard, Noire, Civatte, Ferrand, chefs de Laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Barbe, médecin des Asiles. Le cours complet de dermatologie commencera le 22 avril 1925. Le cours complet de vénéréologie commencera le 27 mai 1925. Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 fr. Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la Clinique (Salle Henri IV), 40 rue Bichat (10e), Paris.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie. examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie etc.) de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc.

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Les cours auront lieu tous les après-midi de 1 h. 30 à 4 heures et les matinées seront réservées aux polycliniques, visites des salles, consultations externes, ouvertes dans tous les services aux élèves.

Un certificat sera attribué aux assistants à la fin des cours.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 3).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burnier, chef de clinique à la Faculté, hôpital Saint-Louis (pavillon Bazin).

La tuberculose et l'Académie de médecine. — L'Académie de médecine a un procès. Elle est assignée par l'inventeur d'un remède contre la tuberculose et l'avarie, qui demande qu'on lui délivre le legs Audiffred — 24.000 francs de rente — que l'Académie doit décerner à celui qui découvrira un remède contre ces maladies.

L'inventeur n'est pas un médecin. Il s'appelle Victor Dupuis, est ancien élève de polytechnique, a été receveur des finances à Louviers, et est maintenant percepteur à Epinal. Les chiffres lui laissèrent évidemment des loisirs, puisque, à ses moments perdus, il fait de la médecine, ou du moins étudie les maladies, et cherche à les guérir. Rien de plus noble en soi. Lorsqu'il était, en 1891, à l'école d'application de Fontainebleau, un de ses camarades s'est brûlé la cervelle parce qu'il avait contracté l'avarie. C'est depuis lors, que M. Victor Dupuis nous dit avoir résolu de la guérir.

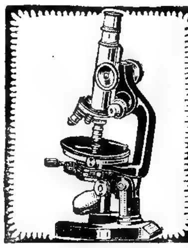
« L'avarie et la tuberculose, dit-il dans une petite brochure, résultent d'une part d'une infection du sang par les bacilles, et, d'autre part, d'une imprégnation des tissus par leurs toxines. Il est donc nécessaire et suffisant de stériliser le sang, puis de rendre les toxines accumulées dans l'organisme assimilables soit éliminables ». Voici donc le remède qu'il a trouvé : « Pour l'une et l'autre maladie, l'antiseptique du sang idéal est à coup sûr la teinture d'iode à dose élevée et qui peut être absorbée journellement pendant des mois, et sans aucun inconvénient, à raison de 20 à 30 gouttes pour les adultes et de 8 à 15 pour les enfants... Il est bon de prendre cette teinture d'iode dans un peu d'eau alcoolisée à 10° et additionnée d'un peu de lait afin que l'effet du médicament soit beaucoup plus efficace ». Et M. Dupuis pense, sans l'affirmer, que sa méthode peut ainsi guérir le cancer. Mais, cependant, il demande que l'avarié continue sa cure de 606.

M. Dupuis a donc communiqué sa découverte à l'Académie de médecine. Or, celle-ci a refusé d'en parler, n'a pas dans son bulletin mentionné la communication de M. Dupuis, la jugeant sans intérêt. M. Dupuis a protesté, et il a voulu plaider. Il a assigné l'Académie en délivrance du legs Audiffred. Que pouvaient bien faire les juges de la première Chambre ? Un arrêt du Parlement au temps de Louis XIV avait banni l'antimoine de la médication, ce qui n'empêcha pas le Roi de se faire administrer de l'émétique. Les juges pouvaient-ils déclarer que la teinture d'iode guérissait la tuberculose, et changer leur robe noir en robe de soie rose de la Faculté de médecine ? Il était vraiment impossible que M. Dupuis se fit autant d'illusions. Aussi le tribunal; après plaidoiries de Me Maria Vérone pour M. Dupuis, et Me Bourgin pour l'Académie, a-t-il débouté M. Dupuis de sa demande. — (*Le Figaro*).

Concours pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le jeudi 4 juin 1925, à 9 heures, dans la salle des concours de l'Administration, rue des Saints-Pères n° 49.

Cette séance sera consacrée à la composition écrite.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'Administration, de 14 à 17 heures, du lundi 4 mai 1925 au samedi 16 mai inclusivement. (*Voir la suite page* 188.)





TRAVAUX ORIGINAUX

Les anomalies caractérielles de l'enfance et de l'adolescence

Par G. PAUL-BONCOUR

Sur les anomalies du caractère infantile n'existent que peu de documents pratiques (1) et ceux que je connais émanent surtout de médecins psychiatres. Or ces travaux visent en général des anomalies bien accusées, donc faciles à discerner ; mais ce ne sont pas ces formes qui intéressent le plus un éducateur : celui-ci, grâce à son expérience, ne peut se tromper sur la nature d'un état accentué : devant un écolier, dont les variations d'humeur, l'excitation, la turbulence permanente tranchent fortement sur l'attitude moyenne, il n'hésite pas à conseiller à la famille de réclamer un avis médical, et le médecin se borne à confirmer le diagnostic.

Bien plus intéressantes sont les anomalies moins marquées, car on les apprécie moins aisément et leur dépistage réclame de la prudence.

Comment juge-t-on à l'école les manifestations d'intensité moyenne ou légère ? Tantôt elles sont méconnues ; tantôt elles suscitent des doutes ; tantôt enfin les maîtres et les médecins n'hésitent pas à prononcer le mot d'instabilité, surtout si les faits consistent en indiscipline et en turbulence. Cette décision est souvent justifiée, mais il peut arriver que des élèves soient classés parmi les instables sans l'être véritablement. Tous les instables sont bien des indisciplinés, mais tous les indisciplinés ne sont pas des instables, donc des anormaux. Et c'est une erreur assez répandue de qualifier de ce nom des indisciplinés un peu accentués : il importe de réagir contre cette tendance et avant d'admettre la réalité d'une défectuosité caractérielle, il est prudent de rechercher les signes permettant de ranger telle attitude dans le cadre des anomalies du caractère.

***

Comment donc discerner à l'école une anomalie du caractère ? Devant une manifestation caractérielle paraissant irrégulière. sur quel critère peut-on s'appuyer pour conclure ou non à l'existence d'une forme anormale ?

Dans les nombreux dossiers d'anormaux que je possède figurent des certificats ou des renseignements provenant de maîtres et concernant des écoliers qui me sont envoyés soit pour être examinés, soit pour être soignés. Voici les qualificatifs les plus communément employés :

« Indiscipliné, turbulent, dissipé, fait du bruit, bavarde sans cesse, ne peut rester en place, entêté, moqueur, taquin, insensible aux punitions ou à la douceur, malhonnête, insolent, querelleur, méchant, coléreux, moralité douteuse, fait l'école buissonnière, etc., etc. »

Plus rarement sont signalées l'apathie, la nonchalance. Pourquoi ? parce que ces formes de conduite sont moins fréquentes que les précédentes et aussi parce que l'élève tranquille, même si sa tranquillité n'est que de la passivité, ne trouble pas la classe ; on le tolère ou bien on le considère comme un cancre ou un paresseux.

Tous les qualificatifs précités n'impliquent pas par eux-mêmes l'existence d'une anomalie, aussi faut-il admettre que cette étiquette ne doit être apposée qu'à bon escient.

Fâcheusement nous ne possédons pas de tests qui nous permettraient d'éviter les erreurs et les exagérations, qui nous fourniraient un moyen uniforme et certain de tracer la limite entre des manifestations identiques en apparence, dont les unes dépendent d'un caractère régulier, possédant la possibilité de se dominer et de se plier aux circonstances, mais ayant contracté de mauvaises habitudes et dont les autres sont liées à des tares du caractère diminuant l'adaptation spontanée de l'individu à son milieu normal.

Une autre difficulté pour distinguer les formes irrégulières résulte de ce fait qu'un caractère normal n'est qu'une moyenne entre deux tendances pouvant aboutir l'une à l'hypertrophie l'autre à l'atrophie. Les formes extrêmes sont bien des anomalies, mais entre elles et l'état moyen (état de bonne adaptation) s'échelonnent des stades intermédiaires sur la nature desquels des hésitations sont possibles. Je prends un exemple : voici un écolier agité, excité, remuant, et manifestement instable : il est certain qu'entre sa conduite et celle d'un élève normal, doué d'une activité de bon aloi, gai, actif, peuvent prendre place d'autres états, qui d'abord normaux, dévient insensiblement vers l'irrégularité : nous rencontrons des enfants bruyants, remuants, souffrant visiblement d'une immobilité prolongée ; puis des exubérants puis des nerveux, des impatients, des brouillons, des susceptibles et par degré nous arrivons aux instables, aux excités.

Où marquer le point de la séparation entre l'anomalie et la normalité ? C'est parfois délicat, d'autant qu'un maître fatigué, énervé aura tendance à étendre le champ de l'irrégularité s'il est agacé par la turbulence d'un écolier mal élevé ou souffrant d'un enseignement monotone ou maladroit.

Il est donc malaisé de répondre catégoriquement à la question posée à l'instant : aussi puisque, pour dépister la nature d'une manifestation paraissant irrégulière, il faut user de procédés empiriques, j'examine les signes qui permettent de se faire une opinion. En voici quatre principaux :

1° *La multiplicité des réactions*, je pourrais dire leur *récidivité*. Une manifestation isolée ou peu fréquente est chose excusable, mais si elle se produit plusieurs fois par jour, plusieurs fois par heure, il est évident que cette répétition a quelque chose d'insolite.

On cite aussi la permanence des états comme un signe fréquent : il n'est pas constant et comme je l'indiquerai tout à l'heure, il existe des anomalies qui ne se reproduisent que périodiquement et entre ces périodes la conduite est acceptable. Ce qui permet de faire le diagnostic, c'est l'accumulation des manifestations à un moment donné, donc c'est encore la multiplicité.

2° *L'intensité des réactions.* A part les cas où la manifestation caractérielle se reproduit toujours identique à elle-même, le plus fréquemment les réactions subissent un crescendo au fur et à mesure que la journée et la classe s'avancent. Cette intensité se retrouve encore dans la disproportion entre l'acte et sa cause ; une colère par exemple naît pour un motif futile ; sa violence n'est pas justifiée, l'élève s'attaquant à plus fort que lui, même à son maître : c'est une courte folie, comme l'a dit le poète, et c'est là une anomalie.

L'intensité se retrouve enfin dans la disparition du pouvoir d'inhibition : l'élève ne peut se dominer même

(1) Cet article reproduit certaines parties d'un rapport au Congrès des Educateurs d'arriérés (Paris, 1924.)

si c'est son intérêt. Pour obtenir une récompense ou pour éviter un ennui, un normal indiscipliné sait se contenir durant le temps voulu : l'anormal en est incapable bien qu'il en ait le ferme désir.

3° *La précocité* : à part quelques exceptions, tels les troubles survenant tardivement à la suite d'une maladie cérébrale, les tares du caractère sont constitutionnelles ou acquises en bas-âge. Aussi, en interrogeant les parents, apprend-t-on que l'enfant était agité, qu'il pleurait sans cesse, qu'il avait des convulsions ou des menaces de convulsions, qu'il était inerte, qu'il avait de la difficulté pour téter, qu'il était méchant, entêté, etc. Bref la conduite scolaire n'est que la continuation transformée de la conduite intrafamiliale.

4° *La nature dégénérative ou pathologique des manifestations* ; en fouillant les antécédents familiaux ou en faisant une enquête minutieuse sur les maladies de la première enfance aucun doute ne peut subsister ; l'état du caractère est bien la manifestation d'une altération du système nerveux et tous les symptômes neurologiques constatés, quoique peut-être atténués. sont bien des reliquats de lésions congénitales.

Telles sont les principales caractéristiques de l'anomalie caractérielle ; une seule d'entre elles, à la condition d'être nettement accusée, suffit à renseigner, *a fortiori* leur association est-elle significative.

***

Arrivé à ce point de mes développements, une nouvelle question doit être envisagée : il est intéressant de dépister une anomalie du caractère, mais il ne l'est pas moins d'en rechercher la nature et de la ranger dans une catégorie logique : les auteurs se contentent souvent d'établir deux classes : celle des actifs et celle des passifs, ou encore des agités et des déprimés, ou encore des instables et des apathiques. C'est vraiment très vague, car le fait de figurer dans un de ces groupes ne renseigne nullement sur l'avenir de l'individu. Du reste les vocables employés indiquent bien l'imprécision régnante ; qu'on lise les travaux sur ce sujet et l'on constate que suivant les auteurs les actifs sont dénommés hypersthéniques, éparpillés, instables, déséquilibrés, agités, choréiques mentaux, impulsifs, etc. Même débordement imaginatif pour désigner les passifs, tour à tour appelés apathiques, lents, neurasthéniques, asthéniques, torpides, endormis etc. Du reste le nom donné à une modalité caractérielle n'a pas de valeur s'il n'est accompagné de commentaires indiquant l'ensemble des phénomènes qu'il désigne. Un caractère ne se définit pas par un seul trait, puisqu'il résulte de la synthèse de plusieurs états, qualités et défauts se groupant autour d'une dominante, et formant ce qu'on peut appeler une *constellation caractérielle*. Les vocables désignés à l'instant ne visent qu'un phénomène prépondérant et de plus un défaut ; ils négligent les traits secondaires et n'indiquent pas les qualités faisant partie de l'ensemble et dont la connaissance est indispensable pour instituer une réforme de la conduite.

Pour cette raison il convient d'employer une méthode d'enquête ne laissant aucun point dans l'ombre (1).

Lorsqu'on a établi la formule caractérielle de chaque individualité, il est aisé de répartir l'anormal dans un certain nombre de catégories dont bénéficie la pratique et médicale et éducative.

(1) Je ne puis exposer ici le procédé employé, on trouvera sur ce point des indications dans l'opuscule suivant : « L'Orientation professionnelle », Drs Paul-Boncour et Laufer.

Quels sont les types médico-pédagogiques ? En quoi diffèrent-ils les uns des autres ?

Dans le groupe des agités, conformément à l'opinion de Bourneville, deux types s'imposent tout d'abord : l'indiscipliné instable et l'indiscipliné difficile ; à leur suite, je citerai d'autres variétés.

1° *L'instable* est atteint d'un déséquilibre général. L'instabilité psychique, se manifestant par de l'inattention ou une dispersion continuelle de cette faculté, est la note dominante : à peine l'instable a-t-il commencé à écrire qu'il veut lire ou compter, et réciproquement : il semble se soumettre et immédiatement sa pensée est ailleurs, mais n'y reste pas. La mobilité physique n'est pas moindre : ce type ne peut rester en place, il se lève de table à chaque instant sans motif ou pour une cause futile. Il taquine ses camarades, prend leurs affaires, etc.

Le déséquilibre émotif apparaît également : incapable de se dominer l'instable ne résiste pas aux désirs, aux impulsions, aux émotions que surmonte un enfant équilibré : de là des colères, des fugues, des changements de métier lorsqu'il est apprenti.

Mais malgré ce désordre psycho-moteur, l'instable n'est pas méchant. Il promet d'obéir et il est sincère en l'affirmant, mais il ne peut tenir sa promesse. Il est fatigant, insupportable, mais n'a pas de mauvais sentiments ; à moins que l'instabilité ne soit associée à des anomalies morales, ce qui constitue alors une forme mixte dans laquelle la perversité est la note dominante, l'instable pur est affectueux pour les siens, il est serviable, il aime ses frères et sœurs, il est bon camarade.

Certes sa sociabilité est maladroite, mais ce n'est ni un insociable ni un anti-social. Cette constatation est d'une importance considérable pour l'adaptation sociale et sa solidité.

2° Parfois l'instabilité n'est pas permanente, elle revient par accès. *Dans l'instabilité avec exacerbations temporaires* l'enfant reste plusieurs jours ou plusieurs semaines, dans un calme relatif puis subitement survient un paroxysme de durée variable. La connaissance de cette variété n'a pas qu'un intérêt théorique, car la plupart du temps les exacerbations sont liées à des fautes d'hygiène ou à des états morbides (abus de boissons, constipation, veilles prolongées, etc.). Il suffit alors d'une intervention médicale pour enrayer ou supprimer ces manifestations : ce qui démontre que pour cette variété comme pour toutes les anomalies le traitement médical doit toujours être uni aux soins éducatifs (1).

3°) *L'indiscipliné rebelle, le difficile* constitue un type bien différent du précédent ; même s'il est instable (car les cas mixtes ne sont pas rares) la note dominante est l'*insociabilité*.

Il est insolent, raisonneur, obstiné ; il ne cherche pas à plaire, il est égoïste, vaniteux, méfiant, menteur et même mythomane. Il ne témoigne aucune affection à ses parents qu'il injurie. Il n'a pas d'amis, il est craint et détesté. A cette insociabilité peut être adjointe de l'anti-sociabilité, mais ce n'est pas une règle absolue.

Pour achever l'exposé des différences entre le difficile et l'instable, j'ajoute que leur avenir n'est pas le même ;

(1) Je signale un détail de pratique éducative. Certains instables légers sont plus instables et plus intolérables avec certains maîtres qu'avec d'autres. Il existe en effet des éducateurs qui, par suite de leur physionomie, de leur mimique et de leur façon d'enseigner, en imposent aux instables. Et j'ai déjà vu des conduites devenir acceptables en mettant un enfant dans une autre classe. Pour ne pas porter un jugement hâtif sur un enfant supposé instable, un directeur d'école peut essayer un changement de classe, avant de demander le renvoi de l'élève dans un établissement de perfectionnement ou de réforme.

l'instabilité tend en général à s'atténuer avec l'âge ; le caractère difficile tend à l'accentuation, la puberté et l'adolescence étant des caps dangereux à doubler.

Le Dr Heuyer, qui a étudié les anomalies du caractère infantile, considère que ce type dans ses formes graves est assimilable au paranoïaque, base de psychopathies.

Cette esquisse démontre la nécessité de ne pas confondre ces variétés. La présence isolée ou associée d'un caractère rebelle, difficile, paradoxal, justifie certaines décisions éducatives. Si le difficile n'est pas arriéré, il est inutile d'en encombrer une classe de perfectionnement, Même avec de l'insuffisance psychique, un difficile trouble la classe, son éviction s'impose. Pour ces sujets l'école de réforme ou mieux de préservation (telle l'Ecole Théophile-Roussel fondée par le département de la Seine en 1902) est indiquée. A l'école Théophile-Roussel les arriérés dont le retard ne dépasse pas deux ans ou trois ans peuvent être admis à la condition que ce soient des indisciplinés ; leur éducation est faite conformément aux principes voulus, notamment au *principe de l'individualisation*, comme nous l'avons indiqué en 1903 avec le Dr Jean Philippe, dans une étude sur l'éducation des mentalement anormaux.

Il est superflu de faire observer que l'avenir d'un caractère difficile est sombre et incertain, et une statistique que j'ai publiée récemment (1) le démontre péremptoirement. Tant qne ces difficiles sont à l'école, la situation est douteuse ; dès qu'ils sont lancés dans la vie leur inadaptation s'accroît. L'éducation peut modifier ou canaliser un caractère, il n'est pas en son pouvoir de le transformer radicalement.

4°) A la suite de ces formes les plus fréquentes mérite d'être placée une variété signalée en 1909 par Régis et ses collaborateurs dans leur recensement des anormaux des écoles de la ville de Bordeaux : c'est *l'excité intermittent, c'est-à-dire l'écolier ayant des alternatives d'excitation et de dépression.*

Ce type diffère donc de celui que j'ai signalé : l'instable avec paroxysmes d'excitation, mais dont les crises transitoires sont suivies non pas de dépression mais d'un retour à l'état normal. Cette dernière variété est curable : j'ai dit pourquoi, tandis que la forme intermittente peut être l'amorce de troubles mentaux : de nombreux praticiens affirment en effet la nature cyclothymique de ces formes intermittentes et leurs relations avec les folies périodiques de l'adulte. Il est bon de ne pas ignorer ces états afin de les dépister et de les diriger vers les organismes qui leur conviennent ; en tout cas ils ne peuvent être admis dans les établissements de perfectionnement.

L'instabilité n'étant qu'un syndrome et résultant de causes multiples que l'éducateur doit connaître, je signale une forme qui ne présente aucune gravité : c'est l'*infantilisme du caractère*, c'est-à-dire la persistance à un âge trop avancé d'une mobilité, d'une émotivité, d'une activité qui n'auraient rien d'extraordinaire chez un enfant plus jeune. L'enfant en bas âge est naturellement instable mais si cet état naturel ne disparaît pas, on peut se demander si cette prolongation n'est pas une tare. Cette instabilité prolongée n'en est pas une lorsqu'elle existe chez des sujets dont la croissance générale est retardée : ou pour m'exprimer scientifiquement leur âge biologique est moins avancé que leur âge chronologique, ils ont un retard global physique et psychique,

De même qu'on ne peut appeler insuffisant psychique un retardataire qui possède une capacité de développement normal et qui atteindra le niveau désirable plus tardivement que les autres, il serait abusif d'appeler instable, en attribuant à ce mot un sens péjoratif, un enfant qui est plus jeune que son âge. C'est encore un principe souvent ignoré ou oublié, que tout retard psychique ou caractériel doit s'évaluer d'après l'état de développement corporel

Un trouble caractériel assez fréquent est l'*émotivité*. Parfois le degré de cette anomalie étant minime, la tare est négligeable, mais souvent elle mérite d'être soignée. On la voit se traduire par de la timidité, de l'anxiété et l'enfant, n'osant pas avouer son infériorité, étant taciturne, et renfermé, est considéré comme un mauvais élève et un paresseux, d'autant qu'il ne peut réciter ses leçons. A plus forte raison est-il mésestimé, s'il fait l'école buissonnière, non pas pour courir au travers des rues, mais pour fuir un milieu où il souffre. Comme l'indique Heuyer, il importe de reconnaître cette tare émotive précocement pour ne pas l'aggraver par des mesures violentes et brutales, et pour la soigner aussi bien mentalement que médicalement.

Dans le groupe des anormaux communément dénommés passifs ou apathiques, je propose de distinguer trois types :

1° L'*asthénique constitutionnel* : c'est le nom que d'accord avec Bourneville j'ai donné en 1905 aux écoliers dont la tare prépondérante et dominante *est une inertie générale* : psychique, motrice, et émotive, cette dernière débilité entraînant l'apathie. Ces anormaux ont un besoin incessant de repos et sont incapables de tout effort corporel ou mental, ils ont un ralentissement de toutes les fonctions organiques. Leur asthénie se double en général d'une arriération assez marquée. Aussi est-elle presque incurable : on peut espérer une amélioration dans les cas les moins accentués et encore si la débilité mentale n'est pas trop inférieure. Une fois adultes, ils ne peuvent accomplir que des travaux extrêmement simples.

2° L'*asthénique intoxiqué* : entre ce type et le précédent n'existe peut-être pas de différence génétique, mais la distinction médico-pédagogique est justifiée par ce fait que la défectuosité constitutionnelle, étant légère ou latente, resterait inaperçue ou négligeable, si des intoxications externes ou internes ne venaient la révéler ou la majorer. A première vue cette variété peut ne pas être distinguée de la précédente, car trop souvent l'état biopathologique des anormaux est mal analysé ! On ne saurait se figurer le nombre d'observations relatives aux apathiques qui ne donnent aucun renseignement sur leur état de santé ou sur les défauts de leurs fonctions ! Et cependant en faisant des recherches sont découvertes des tares morbides qui, judicieusement soignées, disparaissent ou s'atténuent et l'élève se présente sous un aspect insoupçonné.

3° *Les déprimés avec tristesse* (mélancoliques ou neurasthéniques de certains auteurs). Ces sujets ont une allure déprimée, mais leur activité mentale n'est pas annihilée : ils sont découragés, soumis, tristes, et leur dégoût de la vie peut aboutir au suicide. Si ce ne sont pas des insuffisants psychiques, il est maladroit de les mélanger avec des anormaux, car souffrant de ce contact, ils peuvent avoir des réactions regrettables. Leur isolement dans une maison de santé est la mesure désirable.

***

(1) L'adaptation sociale des anormaux. — *Revue anthropologique* 1923 et « La situation sociale des anormaux » ; Communication à la Société d'Eugénique, 17 décembre 1924.

Dans les éléments constitutifs d'un caractère, figurent en bonne place les tendances altruistes, bases de la moralité. Lorsque les tendances sympathiques s'écartent de la moyenne nécessaire à l'adaptation sociale et s'atrophient, le sujet, porteur de cette anomalie, est dit *pervers instinctif. C'est donc un antisocial.*

Mais évitons de suite deux confusions.

Un acte immoral, qui peut être engendré par cette tendance perverse, peut aussi apparaître sans son intervention : nous savons tous, en effet, que des êtres parfaitement constitués, possédant toutes les possibilités morales, versent dans le délit, surtout s'ils sont jeunes, sous l'influence de mauvais conseils, de fréquentations douteuses, d'une surveillance maladroite : ce ne sont que des *pervertis*, victimes d'influence mésologiques. J'énonce donc cette première règle pratique : devant une réaction antisociale infantile, il convient, avant toute décision, d'établir si le délinquant est pervers ou perverti. Ce sont là deux états dissemblables et bien nécessaires à connaître. En faveur d'un perverti les efforts éducatifs sont couronnés de succès, puisqu'il est possible de faire appel à des sentiments altruistes momentanément obscurcis. Au contraire chez le pervers, les tendances altruistes étant atrophiées, les résultats sont précaires ou nuls,

Une autre confusion peut se produire : en raison de l'association fréquente des diverses anomalies caractérielles et morales, certains médecins-légistes ont tendance à attribuer systématiquement l'épithète de pervers aux instables et aux débiles ayant commis un délit. Le sujet étant anormal de l'intelligence, ils concluent que la moralité est également défectueuse : dans beaucoup de cas ce jugement est faux. Un instable et un arriéré peuvent posséder un sens moral excellent ; et s'ils commettent des fautes c'est parce qu'ils ont été entraînés, et ils le sont d'autant plus aisément que leur mentalité et leur caractère sont plus touchés. Un enfant normal se pervertit plus facilement qu'un adulte, c'est une vérité uniformément admise (1). Un anormal a l'intériorité d'un enfant à son maximum puisqu'on relève chez lui une faiblesse de compréhension ou une propension à vagabonder ou les deux tares associées.

J'énonce alors ce deuxième principe que devant un anormal mental ayant commis un acte immoral il importe de rechercher la présence ou l'absence des tendances élémentaires altruistes. Les décisions sur son placement ou sur les procédés éducatifs varieront suivant ces éventualités.

Une dernière question : tous les pervers instinctifs sont ils inadaptables au même degré ? Beaucoup de psychiatres répondent par l'affirmative : perversité = inadaptabilité ; telle est leur formule. Je fais des réserves sur cette conception, me basant sur l'expérience, et une expérience contrôlée par le temps.

Pour les tendances altruistes comme pour les autres tendances instinctives entre l'état moyen et les formes extrêmes (anormales) existent des stades intermédiaires. L'état moyen de la moralité est celui qui consiste à ne pas faire aux autres ce qu'on ne voudrait pas qu'on vous fît : c'est bien là une moralité minima. Entre cet état moyen et l'état de perversité extrême, qui s'accompagne de malignité, de cruauté, de férocité, du besoin de faire le mal pour le mal, il y a des gradations.

Le *pervers actif* étant le type le plus pervers, nous trouvons l'*indifférent moral*, la forme la plus atténuée, et le *pervers utilitaire* qui se tient entre ces deux variétés.

L'*indifférent moral* est une pâle molle qui subit toutes les influences, les bonnes comme les mauvaises : il est donc capable de rester dans le bon chemin ou d'y être ramené grâce à des mesures de sévérité ou de douceur suivant les cas ; et son honnêteté peut persister surtout s'il bénéficie d'une assistance sociale intelligente, L'indifférent peut donc donner un rendement acceptable. Je n'en dirai pas autant du *pervers d'occasion ou utilitaire.* Celui-ci va au mal spontanément, chaque fois qu'il y trouve son intérêt. Il n'a aucune répulsion pour le délit, toutefois il n'est pas incité comme le pervers actif à faire le mal sans raison. Sa méchanceté est donc moindre : il commet les actes qui lui rapportent et c'est tout ce qu'il recherche. Les efforts éducatifs en faveur de ce type ne donnent qu'un rendement médiocre et d'autant plus qu'en vertu d'une sensibilité humanitaire fréquente, les procédés d'intimidation sont insuffisants ; c'est la sévérité qui s'impose ; la peur des sanctions est la seule méthode efficace pour créer une conscience morale inférieure. Si ces moyens d'intimidation échouent, il faut traiter le pervers d'occasion comme le pervers définitif et l'élimination radicale est le seul procédé qui sauvegarde la société. Telles sont les conclusions par lesquelles j'ai terminé le cours d'anthropologie criminelle que je professe à l'Ecole d'anthropologie.

Ces indications donnent une ligne de conduite précise. Les arriérés et les instables légèrement pervertis, et même les indifférents moraux n'ayant pas commis des délits caractérisés peuvent être admis dans les établissements prévus par la loi du 15 avril 1909. Mais les pervertis déjà avancés dans la voie de la délinquance, les difficiles et les pervers doivent être traités à part dans les organismes où ils suivront des cures ou de préservation, ou d'amendement ou de réforme suivant l'étape de leur viciation et de leurs tendances antisociales.

***

Reste à envisager l'avenir professionnel des instables : d'une enquête faite sur des anormaux que j'ai pu suivre pendant plusieurs années après leur sortie des établissements où ils avaient reçu leur éducation professionnelle, il résulte que les troubles caractériels sont la cause principale des non-réussites.

Alors qu'un arriéré simple (c'est-à-dire sans troubles du caractère) s'adapte suffisamment, les arriérés instables et les instables donnent un fort déchet ; avec les rebelles le déchet est considérable !

On ne peut s'étonner de cette situation, puisque ce qui caractérise les instables c'est l'*imprévisibilité de leur conduite.* Une circonstance négligeable pour un équilibré, même insuffisant psychique, a sur eux une influence exagérée. Et fâcheusement ils ne peuvent spontanément remonter le courant qui les entraîne ; aussi terminerai-je en faisant observer que tous les efforts éducatifs tentés en faveur des anormaux seront stériles, si à l'assistance médicale et à une assistance éducative complète (c'est-à-dire instruction et formation professionnelle) n'est jointe une *assistance sociale prolongée.* Un organisme doit prendre l'anormal caractériel à la sortie de l'école, le suivre dans la vie, le conseiller, le surveiller et l'aider lorsqu'il succombe. Si cette surveillance et cette aide ne sont pas assurées, il y aura de nombreuses inadaptations. Le rendement scolaire sera peut-être acceptable, mais le rendement social, le seul qui ait de la valeur, sera insuffisant ou nul.

(1) Pour comprendre la genèse des viciations infantiles, voir : « Les bases psycho-morales de la sociabilité ». PAUL-BONCOUR, rapport à la réunion de l'Institut d'Anthropologie de Prague, septembre 1924.

Les réflexes tendineux dans les états asthmatiques

Par H. JUMON (de la Bourboule),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'asthme ont insisté avec juste raison sur le rôle joué par le terrain neuro-arthritique. N'est pas asthmatique qui veut, quelle que soit la forme d'asthme observée, il faut une préparation du terrain, réglée par une hérédité souvent lointaine. Ceci est trop connu pour que nous insistions. Mais il était nécessaire de rappeler cette théorie, parce que la préparation nerveuse du terrain est responsable en grande partie des petits phénomènes d'ordre nerveux que nous avons observés.

On s'est peu occupé de la réflectivité dans les états asthmatiques (1) et c'est là une question qui mériterait un travail d'ensemble. Nous nous sommes bornés pour l'heure présente à étudier les modifications des réflexes tendineux chez des asthmatiques de toute sorte et de tout âge, examen systématique qui nous a révélé la présence habituelle (117 cas positifs sur 150 malades observés) de réflexes tendineux forts.

Sans entrer complètement dans une description des réflexes qui ne saurait trouver place ici, nous rappellerons pourtant qu'un *réflexe tendineux fort n'est pas un réflexe exagéré*. On dit qu'un réflexe est exagéré :

Quand il est plus fort que son homologue du côté opposé ;

Quand, provoqué par un léger coup de marteau, il est vif et ample, et parfois polycinétique ;

Quand il coexiste avec des phénomènes cloniques (clonus de la rotule ou du pied).

Un reflexe exagéré s'accompagne habituellement du réflexe controlatéral des adducteurs (P. Marie), lequel est très rare à l'état normal (9 % des cas), Ce réflexe controlatéral indique la prédominance de la spasmodicité du côté où il existe.

Quoi qu'il en soit, c'est là une exagération vraie, pathologique, des réflexes, signature d'un état de spasmodicité en rapport avec une irritation du système pyramidal. Aussi est-elle un signe d'une lésion du névraxe ou de ses enveloppes. Il y a des cas atténués, dans lesquels la spasmodicité ne saute pas aux yeux et où l'exagération des réflexes demande à être recherchée et vérifiée par la coexistence d'autres signes d'irritation (début de contracture, esquisse de clonus). On est alors en droit de conclure à une exagération vraie des réflexes.

Chez nos asthmatiques, au contraire, nous n'observons jamais de pareilles modifications : il n'y a pas d'exagération vraie des réflexes. Ce que l'on observe chez ces malades, ce sont les réflexes faussement exagérés des névropathes, auxquels M. Babinski, pour éviter toute confusion, a donné le nom de *réflexes forts*, terme qu'il y a lieu de conserver.

Le réflexe fort se distingue nettement du réflexe exagéré par l'absence de phénomènes spasmodiques ; il n'y a aucune contracture des membres, pas de différence d'un côté à l'autre ; la secousse de propulsion de la jambe dans la recherche du réflexe rotulien n'est jamais polycinétique, mais elle peut être parfois très violente, et donner le change à un examen superficiel ; de plus elle est souvent désordonnée, ce qui indique un certain déséquilibre sur lequel nous reviendrons. Enfin elle peut s'accompagner d'un pseudo-clonus, totalement différent du clonus vrai : le vrai clonus se prolonge par une série de petites secousses régulières bien rythmées, et diminuant progressivement d'amplitude, et il peut être reproduit à volonté par la sollicitation même qui l'a engendré ; le faux clonus avorte, s'éteint dès les premières secousses, et ne se reproduit pas toujours séance tenante si on le recherche de nouveau, loin de là.

Ces phénomènes désordonnés dans la réflectivité tendineuse se retrouvent chez les névropathes de toute sorte, plus souvent, semble-t-il, dans le sexe féminin.

Pourtant, dans le cas qui nous occupe, il paraît à peu près également fréquent chez les hommes et, chez les femmes, un peu plus fréquent chez les femmes.

Les réflexes tendineux des asthmatiques sont donc à peine pathologiques : ils ne sont pour nous qu'une qualité un peu spéciale, quasi individuelle, d'un réflexe normal. « L'étendue de la projection de la jambe sur la cuisse, écrit S. Chauvet (1), varie dans des limites très grandes chez les sujets normaux. Aussi pour ce réflexe (rotulien), est-il difficile de dire qu'un réflexe est fort ou faible. Cette difficulté n'existe que quand les réflexes présentent bilatéralement les mêmes caractères de force ou de faiblesse. » Et c'est justement le cas qui nous occupe.

Quel est le sens sémiologique du réflexe fort rencontré chez les athmatiques ? Interrogeons encore la clinique. Les asthmatiques qui présentent des réflexes forts sont tous plus ou moins des névropathes, héréditaires ou acquis. Chez l'adulte, le fait est bien connu. Chez les enfants, (et l'on est obligé d'incriminer chez eux une hérédité fâcheuse), les symptômes de déséquilibre nerveux sont également très fréquents.

En consultant nos observations, nous trouvons chez nos petits malades : un caractère instable, difficile, capricieux, impressionnable parfois à l'extrême ; dans les antécédents personnels, nous relevons souvent des convulsions dans la petite enfance, des migraines, et surtout des terreurs nocturnes.

Enfin, et c'est là une constatation peu souvent enregistrée dans les livres, il nous a été donné dans quelques cas de noter certains symptômes prémonitoires de la crise d'asthme qui se présentaient à la manière d'une *aura*, connue des parents, et à laquelle ils reconnaissaient depuis longtemps l'imminence de la crise : tantôt il s'agissait d'un changement subit de caractère ; tantôt de la recrudescence d'un tic de la face habituel ; mais dans un cas très typique, nous avons observé chez un grand enfant, dans les 12 heures précédant la crise, une émission involontaire d'urines, unique, mais significative ; cet enfant n'avait aucune énurésie en dehors de la période précritique.

Il y a donc un déséquilibre d'ordre nerveux chez les asthmatiques. Cet état nous paraît devoir se rattacher à la morbidité du terrain : terrain neuro-arthritique, coupable aussi des crises d'asthme. C'est chez ces malades qu'on a noté et les troubles du système endocrinien, et les troubles du système vago sympathique, c'est-à-dire des régulateurs de la nutrition. Nous croyons donc qu'une réflectivité forte trouve sa raison d'être (dans le cas particulier tout au moins), dans les facteurs héréditaires ou acquis qui ont fait dévier la nutrition normale. Et nous nous rapprochons encore de S. Chauvet, qui signale les mêmes modifications physiologiques des réflexes chez les détraqués du système sympathique, par exemple chez les ptosiques abdominaux, les malades du tube digestif, et dans l'hyperthyroïdisme. Et Chauvet a soin de nous dire qu'il

(1) Voir pourtant MONTCORGÉ : L'Asthme, pathogénie et traitement, Paris, 1920.

(1) S. CHAUVET. — In Traité de Séméiologie élémentaire du Professeur Sergent.

ne s'agit ici que de *réflexes forts sans signe concomitant d'exagération*, ce qui cadre tout à fait avec nos propres conceptions.

La présence de ce symptôme chez les asthmatiques n'entraine guère de conclusions thérapeutiques ; cependant il est utile à connaître, car il permet dans une certaine mesure de s'orienter vers des influences nerveuses qui peuvent jouer leur rôle dans la genèse de certaines crises, et partant, on sera amené à combattre ces influences par une thérapeutique appropriée, dans laquelle les règles d'hygiène et de diététique auront la première places

FAITS CLINIQUES

Césarienne pour rétrécissement du bassin et malformation utérine : incidents post-opératoires liés à la malformation

Par le Dr P. PERRIN,

Chirurgien de l'hôpital St-Denis (Seine.)

G... Georgette, 19 ans, entre à l'hôpital de Saint-Denis le 7 novembre 1924.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte de tuberculose pulmonaire ; son père est en bonne santé, il est remarié, sa deuxième femme a eu deux fausses couches. Elle a un frère en bonne santé, qui n'a jamais été malade.

Antécédents personnels. — Georgette G... est née à terme, a fait ses premiers pas à seize mois, a eu la rougeole à cinq ans, a été réglée à quatorze ans.

A 17 ans, l'état général devient mauvais, elle maigrit, présente des troubles digestifs et nerveux, de l'affaiblissement des membres inférieurs, accompagné de tremblements. Quelques mois de traitement (cacodylate, strychnine) la guérissent.

Gestation. — Les dernières règles remontent au 24 février 1924. Les premiers rapports sexuels ont été très douloureux et se sont maintenus tels par la suite. Pas de pertes blanches.

Les trois premiers mois, quelques vomissements. Urines toujours normales. Pas de douleurs lombaires. Ayant consulté une sage femme, celle-ci l'engage à venir à l'hôpital où elle entre le 7 novembre 1924.

Examen clinique général. — Bon état, urines normales ; taille petite (1 m. 53), marche normale, pas de stigmates de rachitisme.

Examen obstétrical. — Gestation de huit mois environ : l'utérus à la palpation est latéralisé, il est entièrement situé à droite de la ligne médiane où l'on perçoit le dos fœtal. La tête est en bas, non engagée. Toute la moitié gauche de l'abdomen est remplie par la masse intestinale. Les bruits du cœur sont normaux. Le toucher vaginal est extrêmement douloureux, il arrache des cris à la femme du fait d'un spasme vaginal accentué. On sent cependant le col, peu ramolli, nettement dévié à gauche. Le promontoire est accessible (P. P. = 8 cm. 5 environ.)

Accouchement. — Georgette G... reste en observation dans le service ; son utérus se développe jusqu'à atteindre la région sous-hépatique, mais toujours il reste latéral.

Elle ressent les premières douleurs le six décembre 1924, vers 17 heures (deux cent quarante-six jours après le premier jour des dernières règles). Au toucher, on ne constate pas de modification appréciable du col, pas d'engagement de la tête, malgré des douleurs énergiques. L'utérus est resté latéralisé. On décide la section césarienne.

Opération césarienne. — A 22 heures, après laparotomie médiane, nous extériorisons de l'abdomen un utérus gravide, ne possédant que sa corne droite. L'incision de l'utérus nous a été rendue délicate par la difficulté de trouver la zone correspondant à ce qui est le milieu de la face antérieure dans un utérus normal. Grosse hémorragie pariétale, par section d'importants sinus veineux. Extraction d'un enfant vivant, pesant 3 k. 200. Fermeture de l'utérus par plusieurs plans. Il n'a pas été fait de drainage.

Suites opératoires. — Les quatre premiers jours, la température est à 38° et le pouls à 100. Minime écoulement sanguin par la vulve. Traitement : glace sur le ventre, injections de 2 cmc. d'ergotine, le premier jour, 2 cmc. de tartrate d'ergotamine le deuxième jour et 1 cmc. le troisième jour. Les cinquième et sixième jours, la température monte à 39°, le pouls à 100. Le septième jour, il se produit par la vulve un écoulement d'un liquide légèrement odorant. L'utérus reste gros et un peu douloureux, très dévié sur la droite. On pratique des injections vaginales antiseptiques. Du septième au onzième jour, situation à peu près normale : température 37°5 et pouls 90. Le douzième jour, la température remonte à 39°, l'état général reste excellent, mais l'utérus est toujours gros et douloureux. On se décide alors à pratiquer une injection intra-utérine, après une dilatation préalable par quatre bougies de Hégar, laquelle dilatation est très laborieuse, l'axe du canal cervical étant très dévié vers la droite. Les treizième et quatorzième jours, on renouvelle les injections intra-utérines, qui ramènent quelques mucosités. Le quinzième jour enfin, se produit l'ouverture à la paroi abdominale d'un abcès profond. La température tombe à 37°. Le vingt-cinquième jour, tout est cicatrisé : l'abdomen est souple, l'utérus peu volumineux est fortement dévié sur la droite.

Madame G... sort guérie le vingt-sixième jour.

CORRESPONDANCE

Nous avons reçu du Dr Cantaloube, en réponse à l'article de M. Crépin (Progrès médical, 15 sept. 1924) la note ci-dessous :

La fièvre de Malte et la chèvre

Par P. CANTALOUBE

M. CRÉPIN, dans un travail publié le 15 septembre 1924, par le *Progrès médical*, affirme que la chèvre n'a rien de commun avec la fièvre de Malte.

Il résume son argumentation en huit paragraphes : les voici :

1° L'espèce caprine n'a rien de commun avec la fièvre de Malte ;

2° Il n'existe pas de mélitococcie caprine ;

3° La fièvre de Malte n'apparaît jamais à côté des troupeaux de chèvres, dans les pays chevriers, où les gens ont simplement le souci de la propreté et de l'hygiène ;

4° Il n'existe de la mélitococcie que là où le chevrier maltais circule et sème ses microbes malsains ;

5° Il n'existe aucun moyen de rechercher sur les animaux la présence du micrococcus melitensis autrement que par l'examen bactériologique ;

6° La méthode imaginée par Wright a donné des résultats si contradictoires et si inexacts qu'on a dû l'abandonner ;

7° L'examen bactériologique lui-même est devenu inconstant pour déterminer le véritable principe de la fièvre de Malte, puisque le microbe supposé l'auteur de ce mal se confond d'une façon complète avec celui qui détermine l'avortement épizootique dont souffre plus particulièrement notre cheptel bovin ;

8° Toutes les études sur l'étiologie de la fièvre de Malte ont été faussées par cette erreur (d'attribuer de l'importance à la séroréaction de Wright).

***

Ve Congrès international d'histoire de la médecine du 20 au 25 juillet 1925 à Genève. — Comité d'organisation : Président : Dr Charles GREENE CUMSTON ; vice-présidents : Dr Ernest WICKERSHEIMER ; Prof. Andrea CORSINI ; secrétaires généraux : Dr A. DE PEYER, Dr Emile THOMAS ; trésorier : Dr Edouard SCHAUENBERG. Siège du secrétariat du Congrès 20, rue Général-Dufour, Genève.

Programme provisoire : Séance d'ouverture du Congrès. à l'Aula de l'Université lundi 20 juillet à 15 heures.

Conférence de M. Eugène PITTARD de l'Université, de Genève : La préhistoire de la médecine : Les opérations médicales de l'âge de la pierre (avec projections lumineuses). 20 heures 30 réception offerte par le président du congrès, à l'hôtel des Bergues, concert et souper.

Mardi 21 juillet, première séance à 9 h. précises : Sir D'ARCY POWER : Albert von Haller and the disputationes chirurgica selectae ; Dr A. GUISAN : Autour du mariage de Fabrice von Hilden ; Prof. John D. COMRIE : Robert Whytt, an XVIII century neurologist ; Prof. F. M. MESSERLI : Historique de la peste dans le canton de Vaud ; Dr C. G. CUMSTON : Moïse Canadelle et son *petit traité de la peste* ; Dr A. DE PEYER : Un médecin Schaffousois du XVIIe siècle ; Prof. Pierre GAUTIER : Historique de la fièvre typhoïde chez l'enfant et la thèse du Dr Rilliet ; Prof. J. G. DE LINT : Une lettre de Tronchin et la méthode suttonienne de l'inoculation.

Deuxième séance à 14 h. 30 précises : Dr J. D. ROLLESTON Voltaire in médecine ; Dr REUTTER DE ROSEMONT : Historique des pharmacopées suisses ; Dr E. WICKERSHEIMER : Le goitre à Genève au moyen âge ; Dr Paul DELAUNAY (Le Mans) : Les médecins Manceaux en Suisse au XVIe siècle ; Dr H. MAILLART : (sujet réservé) ; Dr Marcel FOSSEYEUX (Paris) : Lavater et ses successeurs.

20 heures 30 : Réception offerte par le Conseil Administratif de la Ville de Genève au Palais Eynard.

Mercredi 22 juillet, première séance à 9 h. précises : Dr F. CROOKSHANK : A note on the history of Diagnosis in medecine ; Dr Paul LEGENDRE : Contribution à l'histoire de la nomenclature ; quelques figures de nomenclateurs ; Dr J. W. S. JOHNSSON : Une lettre de Girolamo Frascatore sur la poésie. (Bibliothèque Royale de Copenhague) ; Prof. P. CAPPARONI : Richerche storiche sull' insegmento dell' anatomia nell' Ateneo Romano ; Dr E. B. KRUMBHAAR : Medical litterature of the XVII century as exemplified in the Elzevier Press ; G. J. S. THOMPSON M. B. E. : Hygiène and public health in the early, civilisations. Prof. GUIART : La peste à Bourg et le culte de Saint-Nicolas de Tolentin.

Deuxième séance à 14 h. précises : Sir Frederick SMITH : The origin of veterinary art in England ; Dr DUBREUIL-CHAMBARDEL (Tours) : Les maisons d'asile sur les chemins de pèlerinage aux Xe, XIe et XIIe siècles ; Dr FOSSEYEUX (Paris) : Les infirmeries de couvents au moyen-âge et sous l'ancien régime ; Dr H. RENAUD (Rabat) : Quelques récentes acquisitions sur l'histoire de la médecine arabe au Maroc ; Prof. E. JEANSELME (Paris) : De l'emploi des pratiques magiques, à travers les âges, pour guérir les maladies.

De 16 à 19 heures : Garden party offert par M. le Dr et Mme Frédéric RILLIET, dans leur propriété du Vengeron.

Jeudi 23 juillet, Tour du lac Léman ; visite du château de Chillon et collation offerte par les médecins de la région de Montreux ; banquet à Evian offert par la Société des eaux d'Evian.

Vendredi 24 juillet, première séance à 9 h. précises : Prof E. JEANSELME (Paris) : Des notions d'anatomie chirurgicale contenues dans les lois germaniques, à l'époque de l'invasion des barbares ; Prof. G. BILANCIONI : I. rumori auriculari di Martin Lutero ; Dr V. TORKOMIAN : Coup d'œil sur l'histoire de la médecine de l'Armeno-Cilicie ; Prof. A. CORSINI : Intorno ad una particularita della conduttore di acqua dell epoca Romana ; Dr BUGIEL : Les étudiants Polonais à la Faculté de médecine de Paris au XIIIe, XIV et XVe siècles ; Dr C. G. CUMSTON : Un congrès médical tenu à Rome en 1681-82.

Deuxième séance à 14 h. 30 précises : Dr BUGIEL : Deux milieux médicaux ; le médecin et son malade chez Hippocrate ainsi que chez Galien et chez Rhazès ; Dr J. W. COURTNEY, Benjamin Waterhouse, M. D., American Pioneer.

N.-B. — Sont inscrits pour des communications, dont les titres seront annoncés ultérieurement : Dr R. O. MOON (Londres), Dr Arnold CHAPLIN (Londres), Dr RAY (Londres), Dr SAMBON (Londres), Dr TRICOT-ROYER (Anvers), Prof. L. MÉNÉURIER (Paris). Prof. LAIGNEL-LAVASTINE (Paris), Prof. P. DELMAS (Montpellier), Dr DE METS (Anvers), Prof. P. LECÈNE (Paris), Dr VAN SCHEVENSTEEN (Anvers), Dr J. VINCHON (Paris), Prof. A. CASTIGLIONI (Trieste), Dr Henri SEVILLA (Paris).

Vendredi 24 juillet, à 19 heures 30 : Banquet du Congrès à l'hôtel des Bergues.

Samedi 25 juillet, séance à 9 heures précises : suite de la lecture des communications. Clôture du Congrès.

Nous ferons quelques réserves, d'autant plus volontiers que M. Crépin nous y invite par son autocontradiction. Il n'échappe pas en effet, que si les ressemblances entre le mélitensis et le bacillus abortus rendent impossible l'affirmation de la mélitococcie caprine, sa négation devient également impossible (paragraphes 7 et 2).

On peut prouver en tout cas que la proposition capitale de M. Crépin : L'espèce caprine n'a rien de commun avec la fièvre de Malte, se trouve radicalement fausse, au moins dans une circonstance. Cette circonstance n'est pas neuve. C'est l'épidémie de Saint-Martial, la première connue en France, et aussi la plus importante, par le nombre des malades qui dépassa six cents. J'étais leur médecin. A leur chevet, j'ai recueilli les témoignages les plus détaillés, sur les modes possibles de la contagion. Ces documents sont éloquents.

Imaginez, séparées par une haute montagne allongée, deux vallées qui convergent, avec Sumène au point de réunion. L'une est la vallée de Sumène qui mène à Saint-Martial, l'autre mène à Saint-Romans. En 1909, la première fut visitée par l'épidémie, et dans les nombreuses fermes et les hameaux qui s'échelonnent de Sumène à Saint-Martial, peu d'habitants restèrent indemnes. Ils le restèrent tous, au contraire, dans l'autre vallée. Or, tandis que dans la vallée des malades, les chèvres avaient, un mois avant, avorté en masse (1), de l'autre côté de la montagne pas un seul avortement de chèvres ne fut signalé. L'an d'après ce fut l'inverse. Le mal sévit dans la vallée de Saint-Romans, où l'avortement des chèvres précéda, lui aussi, la morbidité des gens.

Dans une communication publiée avec Aubert et Thibaut, on trouvera reportée sur une carte de la région, les frontières de l'épidémie (2). Nous donnons là, pour 1909 les chiffres globaux des avortements. Dans la vallée saine, aucun. Dans la vallée contaminée, soixante-trois avortements sur cent quatre-vingt-dix chèvres éparses par groupes de deux ou trois dans les diverses maisons. J'ai, dans mon travail personnel, dressé pour chaque habitation avec l'histoire des malades, l'état du bétail caprin; à ce point de vue.

Chacun interprètera à son gré, ces faits saisissants ; leur réalité, grâce à des témoignages excessivement nombreux et directs, reste hors de discussion.

Ils ne prouvent pas, certes, pour l'épidémie et l'épizootie une identité étiologique de germes. Aussi, quelle que soit notre opinion, nous ne prétendrons pas, — car, il y a loin de la foi aux preuves, — que les chèvres avaient la fièvre de Malte. (Il faut remarquer cependant que parmi les chèvres avortées, certaines souffraient des mamelles, d'autres boîtaient. A beaucoup on trouvait le poil sec ; à quelques-unes des abcès). Nous répéterons seulement que dans les maisons où avortaient les chèvres, les gens tombaient malades de fièvre de Malte. Dans les autres, non.

***

Pourquoi schématiser ? Pourquoi vouloir la chèvre ou complètement innocente ou complètement coupable ? Cet animal ne pourrait-il également recevoir le mal et le donner ? D'ailleurs donne-t-on sans avoir reçu.

Que dans l'exemple de Saint-Martial la chèvre ait contagionné l'homme le plus souvent, ce fait exclut-il l'inverse ? C'est-à-dire exclut-il la contagion directe ou indirecte du caprin par l'homme ? Dans ce pays de montagnes, la promiscuité des bêtes et des gens expose à de nombreux contacts. Le premier atteint, homme ou animal, passe la maladie aux cohabitants, si ces cohabitants sont réceptifs. M. Crépin met sur le compte des chevriers, gratuitement d'ailleurs, la dissémination de la fièvre de Malte. Mais ceci n'empêche pas qu'à Saint-Martial du moins, ce sont les chèvres qui ont commencé.

***

Dans son paragraphe 6, M. Crépin écrit : « La réaction de Wright a donné des résultats si contradictoires, si inexacts, qu'on a dû l'abandonner. »

Pas tout le monde, en tout cas. Les médecins par exemple. Certes il y a mélitensis et mélitensis, comme il y a méningocoques et méningocoques. Le sérum d'un méditerranéen authentique agglutine tel échantillon, pas tel autre. On le sait. Que toute fièvre de Malte certaine soit confirmée par séro-réaction, c'est à voir. Qu'une agglutination cherchée à un taux insuffisant, ne signifie pas habituellement grand'chose, d'accord. Qu'on ait parfois découvert la fièvre de Malte là où il ne fallait pas, oui encore. Mais ces réserves, banales dans une science où le nombre d'exceptions agite continuellement la règle, ne diminuent pas l'utilité de la réaction de Wright pratiquée à un taux suffisant sur des races éprouvées de melitensis. Croire le contraire serait méconnaître les réalités de la pratique journalière, et la concordance ordinaire de la séroréaction et de la clinique.

Pourquoi au surplus abandonner légèrement une épreuve que M. Crépin lui-même apprécie favorablement ? De cette appréciation favorable voici la preuve. Je la tire des lignes suivantes, toujours dans le même travail de M. Crépin :

« On s'est borné (pour l'épidémie de Fontainebleau) à « soumettre les sujets les plus anémiés à l'épreuve du « procédé de Wright dont nous avons vu plus haut la « douteuse virtualité, et l'on obtient ce résultat : le sang « de trente trois chèvres sur les soixante-dix-sept sujets « du troupeau agglutine au titre voulu le micrococcus « mélitensis, mais le lait et l'urine de toutes les bêtes « examinées donnèrent une *réaction négative* (1). Il est « ainsi bien *évident* (2) que ce n'est pas l'usage du lait de « chèvre qui a causé les deux cas de Fontainebleau.

Ainsi pour M. Crépin, l'épreuve de Wright, de « douteuse virtualité » quand elle accuse la chèvre devient une preuve évidente, dès qu'elle paraît l'innocenter. Les opinions amphiboles de ce genre embarrassent fort les contradicteurs éventuels. Mais elles nuisent considérablement à la thèse qu'elles prétendent soutenir.

Un autre exemple puisé aux mêmes sources, accentuera encore cette impression de fragilité que produisent les preuves de M. Crépin.

« Les deux faits que j'ai pu connaître par le détail (cas « de Fontainebleau) et que je viens de raconter dans « toute leur simplicité ont suffi pour créer une légende à « la charge de la chèvre, et que l'on rapporte comme « preuve certaine que c'est bien cet animal qui véhicule « dans son lait la mélitococcie.

« Comme j'ai vu à l'occasion d'expéditions de chèvres « aux Etats-Unis, plusieurs cas à bord, de strongyplose « éprouvant fortement des troupeaux venant d'Espagne et « d'autres rives maritimes du Sud de l'Europe ; *je n'hésite* « *pas à croire* (3) que le cas du *Joshua Nicholson*, comme « beaucoup d'autres où l'on a *cru voir* (4) des troupeaux « atteints de mélitococcie, n'était autre chose qu'une épi- « démie due à des strongles, et cela suffisait pour four « nir la réaction positive à l'épreuve de Wright. »

Si sur les troupeaux dont parle M. Crépin on n'a pas vraiment vu la mélitococcie, mais seulement *cru* la voir, le doute reste permis. Et personne ne reprocherait à M. Crépin son septicisme, s'il n'écrivait aussitôt après : « *Je n'hésite pas à croire* » Croire ! Depuis St-Thomas nous sommes plus exigeants.

***

(1) Voir les statistiques dans « la Fièvre de Malte en France », 1910, Maloine, édit.
(2) AUBERT, CANTALOUBE et THIBAULT. — *Annales de l'Inst. Past.*, mai 1910.

(1) Souligné par M. CRÉPIN.
(2) C'est moi qui souligne.
(3) et (4). C'est moi qui souligne.

M. Crépin ne cherche à innocenter la chèvre que pour mieux en blanchir le lait. Du moins sa première conclusion y tend. Nous la reproduisons, car pour combattre l'argumentation de M. Crépin, rien ne vaut M. Crépin lui-même.

« 1° Etant donné que la fièvre de Malte est une septi« cémie *chronique*, *manifestement* due à un germe *engen*« *dré* par la malpropreté, il nous devient absolument pos« sible de nous prémunir contre ce mal, sans tomber « dans l'extravagante idée de tarir la source du lait de « chèvre, en jetant le discrédit sur ce précieux animal ».

Il suffit, je crois, d'avoir souligné trois mots, pour montrer avec quelle rigueur M. Crépin conduit la discussion.

Loin de nous la pensée de faire le procès du lait, alors que les documents épidémiologiques de St-Martial, s'ils le rendent suspect, n'établissent à peine qu'une présomption. Cette présomption forcera-t-elle les prudents à se méfier et à stériliser leurs craintes par une bonne ébullition ? Tout le monde, n'est pas prudent.

Mais la responsabilité du lait et la responsabilité de la chèvre constituent deux problèmes différents. M. Crépin qui veut surtout sauver le lait cru, a essayé de courir les deux... problèmes à la fois.

L'ardent apôtre de la chèvre, dans son plaidoyer aussi généreux qu'inefficace, n'a pas tenu compte des objections élevées par les documents de St-Martial. Mais peut-on lui reprocher cette omission, alors que d'autres parlent abondamment en chaire d'une fièvre de Malte qu'ils n'ont jamais vue.

Nous avons communiqué l'article du Dr Cantaloube à M. Crépin qui nous a adressé la réponse ci-dessous, après laquelle nous considérerons la discussion comme close.

La réplique que le Dr Cantaloube a préparée à mon article du 13 septembre sur la chèvre et la fièvre de Malte me donne, à l'encontre de l'intention de son auteur, la grande satisfaction de confirmer tout simplement ma thèse.

Il voudrait s'élever contre ma prétention de nier que la chèvre puisse contaminer l'homme de cette maladie et il affirme que, dans les nombreux cas, où il a observé celle-ci dans la clientèle humaine, il a constaté chaque fois que la maladie qu'il soignait devait résulter d'une épidémie épizootique ayant régné sur les troupeaux de chèvres de la localité.

Il ajoute pour renforcer ses dires que les chèvres étaient alors tellement malades qu'elles avortaient en masse.

Or à Malte où l'affection typhoïdique a été étudiée depuis de très nombreuses années sur l'homme et sur la bête ; où la description de la maladie en raison des milliers de cas qui y subsistent encore aujourd'hui, est devenue classique ; où enfin la chèvre a été pour la première fois suspectée de contribuer à la propagation du mal, à Malte, dis-je, tous les auteurs sont unanimes pour déclarer qu'il n'existe pas le moindre signe clinique de malaise chez les animaux suspects. Ils sont obligés d'admettre que la maladie évolue chez ceux ci de façon silencieuse et il n'a jamais été observé un seul cas d'avortement chez les bêtes prétendues contaminées.

C'est là un fait que le Dr Cantaloube n'a pas le droit de me contester puisque ce n'est même pas moi qui l'avance, mais des personnalités qualifiées pour parler de pathologie caprine, tels les professeurs Moussu, d'Alfort, Porcher, de Lyon et Cesari qui passe pour un maître en science microbiologique.

Que viennent donc faire en l'espèce les avortements dont parle M. Cantaloube pour démolir ma théorie qui n'est qu'une déduction des appréciations formulées sur la question par des personnalités scientifiques mieux qualifiées que les médecins pour en connaître.

Du reste en me reportant aux notes que j'ai prises autrefois sur la communication de MM. Aubert, Cantaloube et Thibault (*Annales de l'Institut Pasteur*, mai 1910) je remarque que pour faire les affirmations rééditées dans la réplique envisagée, on n'a recherché le micrococcus militensis ni dans le sang des malades ni même dans celui des chèvres incriminées. On n'a même rien indiqué concernant les caractères et la symptomatologie de l'épizootie qui a frappé les chèvres, rien concernant la gravité.

Il est donc permis de dire que là encore la preuve n'a pas été faite de la relation de cause à effet et qu'en matière de démonstration absolue et irréfutable, on est resté dans le domaine des hypothèses.

Si ma rigueur scientifique n'est pas au goût du Dr Cantaloube, je laisse le lecteur juge d'établir s'il a le droit de me donner une leçon sur ce point.

M. Cantaloube me fait également grief de courir deux .... problèmes à la fois en mettant en cause la responsabilité du lait et celle de la chèvre dans l'ardent apostolat que j'exerce.

Je ne comprends pas ; c'est trop subtil pour moi !

Je m'autorise de mes recherches en technologie et en physiologie caprine pour affirmer que le lait n'atteint son but providentiel dans le domaine de la mammologie qu'autant qu'il est consommé cru et vivant.

Je désigne la chèvre pour nous procurer ce lait, car elle seule peut le faire pratiquement et je dis pourquoi et comment ; surtout dans mon acticle du 8 novembre.

Valait-il mieux faire comme M. Cantaloube, laisser accréditer dans le public la plus néfaste des fables, cela uniquement pour complaire à quelques médecins avides de se faire de la publicité aux dépens du plus précieux des animaux agricoles ? En fait, il est criminel de s'opposer systématiquement à la mise en valeur d'un animal pouvant épargner la mort à une multitude d'enfants et de malades. Or avec ces abominables fantaisies quasi scientifiques répandues dans la presse contre la chèvre, on constate que cet animal irremplaçable est de plus en plus abandonné et tend à disparaître.

Quant à la prétendue contradiction que relève M. Cantaloube et qui consiste à m'appuyer sur l'épreuve de Wright pour innocenter les chèvres de l'épidémie de Fontainebleau, je ferai simplement remarquer que, dans ce passage de mon article, je cite un fait : ce n'est pas en admettant, pure hypothèse dans l'exposé de ce cas, un procédé que tout le reste de mon étude attaque, que je puisse encourir le reproche de changer d'opinion au cours de mon exposé. Dois-je rappeler d'ailleurs, à M. Cantaloube qu'une phrase peut changer presque complètement de sens quand on l'extrait d'un passage dont on ne cite ni le début ni la fin.

Joseph Crépin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 février

Zona et varicelle. — M. ***J. Hallé***, à propos de l'intervention de M. Netter à la précédente séance dans la discussion des observations de MM. Aviragnet et Huber sur les rapports du zona et de la varicelle, relate une observation de coexistence de zona et de varicelle vue dans son service et à laquelle M. Netter a fait allusion. Il s'agissait d'une femme de 71 ans admise le 26 octobre 1924 à l'hôpital Necker pour ulcère variqueux. Les douleurs violentes qu'elle éprouvait au niveau de la paroi abdominale inférieure firent découvrir l'existence d'un grand zona lombo-abdominal. Or, cette malade fit dans le service, 15 à 18 jours après le début de son zona, une première poussée de varicelle dont plusieurs médecins, notamment MM. Netter et Comby, affirmèrent le caractère légitime. Quelques jours plus tard survint une deuxième poussée varicelleuse. Aux deux

poussées on constata des éléments buccaux. Avec les croûtes des éléments zonateux et varicelleux M. Urbain observa la déviation du complément et avec le sérum sanguin et avec le liquide céphalo-rachidien.

Mort subite au cours de la ponction pleurale. — M. *Barbier*, à propos de la communication faite à la précédente séance par M. Léon Kindberg, attire l'attention des médecins sur les risques que peut présenter même une simple ponction exploratrice. Il cite deux observations ; dans la première une ponction pleurale exploratrice, sous-claviculaire il est vrai, détermina chez un enfant une syncope très grave et deux heures d'effort furent nécessaires pour ranimer le petit malade. Dans un second cas, chez un sujet de 9 mois, une ponction également exploratrice détermina une syncope mortelle. Dans ces deux observations il n'existait pas d'épanchement pleural. L'auteur estime qu'il faut rechercher les causes de ces syncopes graves et fait un rapprochement avec celles que donne parfois chez les diphtériques épuisés le tubage laryngé et même le simple examen de la gorge.

M. *Chauffard* pense qu'on se met dans une large mesure à l'abri de ces incidents en faisant précéder la thoracentèse d'une injection cardiotonique.

Un cas d'anémie pernicieuse à rechutes traitée par l'acide arsénieux. — MM. *H. Dufour* et *Baruch*, à propos de la médication à opposer à l'anémie pernicieuse, rapportent un cas dans lequel l'acide arsénieux, administré sous la forme de granules de Dioscoride, a donné d'excellents résultats. Les doses ont été portées à vingt milligrammes par jour, soit 20 granules. Elles sont loin d'atteindre celles indiquées par Neisser, de Stettin. Cet auteur donne jusqu'à 150 milligr. d'acide arsénieux par jour, soit 150 granules.

L'observation des auteurs montre que dans un cas des plus graves, où les globules rouges étaient descendus à 860.000 par millim. cube, on a pu, par cette seule médication, relever leur nombre à près de 4.000.000.

La malade est sorti de l'hôpital en excellent état.

Six mois après, soit du fait de la cessation du traitement, soit par suite d'une maladie intercurrente, il y a eu une rechute.

Maladie de Raynaud avec artérite apparue à l'occasion d'une infection locale chez une ancienne syphilitique. — MM. *H. Grenet* et *Pellissier*. — Il s'agit d'un syndrome de Raynaud à la base duquel l'oscillomètre a prouvé l'existence d'une endartérite. Des antécédents shphilitiques nets, la réaction de Wassermann firent la preuve étiologique de cette artérite. L'intérêt de ce cas vient aussi déclenchement des accès d'asphyxie des extrémités à l'occasion d'une infection locale, sous forme d'un panaris suivi de rétraction fibreuse. Cette observation souligne l'intérêt qu'il y a de rechercher toujours l'artérite comme substratum anatomique du spasme vaso-moteur dans la maladie de Raynaud.

Forme laryngée du cancer de l'œsophage. Crises de dyspnée avec hypertension artérielle cédant à la saignée. — MM. *Harvier* et *Bariéty* présentent les pièces d'un malade ayant succombé à un cancer de la partie supérieure de l'œsophage, et dont la symptomatologie fut purement laryngée : cornage inspiratoire continu, avec paroxysmes dyspnéiques. La particularité intéressante de cette observation est que chaque crise dyspnéique s'accompagnait d'une élévation considérable de la tension artérielle et que la saignée diminuait presque instantanément la tension artérielle et soulageait la dyspnée. Les auteurs concluent à l'origine nerveuse des crises d'hypertension et discutent le mode d'action de la saignée.

Quatre cas de kala-azar d'origine française. Résultats favorables du traitement par les injections intra-veineuses d'émétique de soude — MM. *d'Œlsnitz*, *Daumas*, *Liotard* et *Puech* (de Nice) rapportent quelques observations de leishmaniose viscérale toutes caractérisées par une anémie splénomégalique fébrile et identifiées par la constatation des corpuscules de Leishmann-Donovan dans la pulpe splénique recueillie par ponction capillaire de la rate.

Les manifestations cliniques étaient : parfois début par entérite, ensuite amaigrissement et pâleur progressive, téguments d'aspect blanc laiteux, abdomen volumineux rénitent, rate atteignant ou dépassant l'ombilic ; température élevée, irrégulière continue ou oscillante ; évolution plus ou moins rapide vers une véritable cachexie ; altérations sanguines caractérisées par une diminution marquée des hématies, leucopénie et inversion de la formule leucocytaire.

Trois cas traités par les injections intra-veineuses d'émétique de soude sont actuellement en voie de guérison. La guérison clinique apparente se traduit rapidement par la chute de la température, l'amélioration de l'état général, la diminution du volume de la rate. Les altérations sanguines se modifient plus lentement. Le traitement doit être renouvelé jusqu'à retour vers une formule normale.

L'origine canine de ces cas n'a pu être démontrée. Les recherches dans ce sens étant souvent decevantes, la prophylaxie consistera alors à dépister les nouveaux cas et à les traiter précocement.

Transformation d'une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente à bacille paratyphique. — MM. *G. Brouardel S. Renaud* et *A. Séligmann* rapportent l'observation d'une pleurésie séro fibrineuse apparue quatre jours après un traumatisme sur l'hémithorax correspondant, et qui, après 15 jours d'évolution et une ébauche de défervescence, se transforma spontanément en pleurésie purulente à para B. La guérison fut obtenue par une simple ponction évacuatrice incomplète et réinjection locale de septicémine.

Les auteurs se demandent s'il s'agissait d'abord d'une pleurésie tuberculeuse ou si les épanchements séro-fibrineux et purulent n'ont été que les deux stades d'un même processus infectieux à para B ; la notion, bien établie, de pleurésies séro-fibrineuses typhiques et une observation antérieure de transformation purulente d'un tel épanchement, incitent les auteurs à conclure dans le deuxième sens.

Intra-dermo-réactions à la peptone dans le traitement des affections anaphylactiques (asthme, coryza spasmodique, rhume des foins). — MM. *Pasteur Vallerry-Radot* et *Pierre Blamoutier*. — Les procédés de désensibilisation utilisent la voie sous-cutanée, intra-musculaire ou veineuse ou bien, encore, la voie intestinale. Les auteurs se sont demandé si l'on ne pourrait pas obtenir la désensibilisation par une voie différente, la voie intra-dermique. Leur but était de provoquer une réaction locale intense, mais passagère, qui fût suffisante pour déterminer un choc colloïdoclasique atténué et, par sa répétition, une modification de l'état anaphylactique.

Une peptone à la concentration de 50 pour 100, injectée dans le derme, a permis de réaliser cette réaction. A la suite d'une intra-dermo-réaction, avec 1 à 3 dixièmes de cette solution de peptone, apparaît rapidement une papule d'aspect ortié, entourée d'une zone érythemateuse, qui dure environ une heure et s'accompagne ordinairement d'une crise hémoclasique.

Les intra-dermo-réactions en série se sont montrées efficaces dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins.

Dans la plupart des rhumes ou des coryzas spasmodiques l'action des intra-dermo-réactions a été manifeste au cours du traitement : les malades ont été améliorés, certains même ont vu leurs crises disparaître. Après le traitement, l'action des intra-dermo-réactions a été plus ou moins durable ; les crises fréquemment sont revenues, mais d'autres fois elles ont diminué d'intensité, se sont espacées ou même ont complètement disparu.

Dans la grande majorité des rhumes des foins l'amélioration a été des plus nettes : tantôt le rhume a avorté, tantôt les symptômes ont été notablement atténués. C'est d'ailleurs dans cette manifestation anaphylactique qu'on était en droit d'attendre les meilleurs résultats de la méthode puisqu'il suffit ici d'obtenir une désensibilisation temporaire de quelques semaines.

Cette nouvelle méthode de désensibilisation par la production d'une réaction locale, à l'aide d'une peptone concentrée en injection intra-dermique, semble devoir entrer dans la prati-

que à côté des autres modes de désensibilisation. Sa simplicité et son innocuité la rendent facilement applicable. Elle pourra rendre des services dans divers états anaphylactiques où l'on cherche soit une disparition, soit une atténuation des crises par une désensibilisation non spécifique.

Leucémie et tuberculose.— MM. ***P. Emile-Weil, Isch-Wall*** et ***Pollet*** rapportent deux nouveaux cas de leucémie lymphatique et myélogène, où, *post mortem*, on trouva des lésions tuberculeuses des organes hématopoïétiques. Ils n'ont, par contre, rencontré, en s'efforçant d'en faire la preuve par toutes les méthodes, aucune lésion de tuberculose au cours de trois autres autopsies de leucémiques.

A propos de ces six cas, les auteurs discutent la question des rapports entre la leucémie et la tuberculose, donnant les arguments en faveur de la nature tuberculeuse de certaines leucémies, ceux qui poussent à croire que l'infection tuberculeuse est secondaire et banale en quelque sorte, particularisée seulement par le terrain. Tout en penchant vers cette manière de voir, les auteurs n'osent pas conclure fermement.

M. ***Rivet*** rappelle qu'il a autrefois observé, dans le service de M. Hayem et dans celui de M. Chauffard, deux cas de leucémie aiguë pseudo-scorbutique. Il existait de nombreuses localisations tuberculeuses à type folliculaire. Il souleva, à ce propos, la question du rôle de la tuberculose dans la leucémie, mais il lui parut — il s'agissait de leucémies aiguës à évolution très rapide — que les lésions tuberculeuses devaient être antérieures à la leucémie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 janvier.

Le secrétaire général, M. Lenormant, annonce à la Société que le Dr *Crile* (Cleveland) auquel le prix Lannelongue a été décerné, propose d'abandonner les 5000 fr. afférents à ce prix, afin que soit constituée une bourse de voyage en faveur d'un jeune chirurgien français désireux de visiter les formations hospitalières des Etats-Unis.

A propos de la chondrite tuberculeuse. — M. *Dujarrier*, se basant sur un mémoire allemand de Henschen, dans lequel l'auteur affirme l'existence de vaisseaux dans le cartilage, estime que ce fait suffit à démontrer la possibilité d'une inoculation bacillaire primitive du cartilage, avec deux formes possibles, l'une centrale, l'autre périchondriale. Mercadé et Gruget ont d'ailleurs apporté des faits probants.

M. ***Roux Berger*** estime que le cartilage est vascularisé surtout chez l'adulte et le vieillard à mesure que l'ossification gagne et progresse.

M. ***Souligoux*** émet le vœu que le fait soit étudié et éclairci par un histologiste français compétent.

A propos de l'ostéosynthèse. — M. *Fredet* montre une série de radiographies destinées à montrer qu'il s'agissait dans ces cas de déplacements considérables, contrairement à l'affirmation de M. Savariaud qui estime le déplacement peu marqué.

M. ***Savariaud*** persiste à penser que dans deux au moins des cas présentés la réduction par les procédés non sanglants eût été possible sans trop de difficultés.

Pseudokyste probablement pancréatique. — M. *Dujarrier* rapporte une observation communiquée par M. François (Versailles) concernant le fait suivant : une femme de 29 ans chez laquelle existait une tuméfaction indolore de l'hypochondre gauche, est prise brusquement d'une douleur syncopale. Le repos, la glace calment les troubles, mais les accidents reparaissent à nouveau au bout de quelques jours en même temps que se produit une élévation thermique et que des vomissements surviennent.

L'opération est décidée. Une laparotomie transversale suivie de décollement colo-épiploïque conduit sur une tumeur rougeâtre qui après ponction est ouverte et vidée de son contenu, liquide hémorragique et caillots. La cavité qu'on ne peut mersupialiser est drainée par drain et mèches. Vers le 40e jour, grand frisson avec fièvre à 40° et élimination d'un fragment de tissu sphacélé d'odeur infecte. Au 50e jour, le même fait se reproduit.

A partir de ce moment l'état s'améliore lentement mais progressivement, et revue à longue échéance la malade est restée complètement guérie.

Malgré l'absence d'examen histologique le diagnostic de pseudokyste hémorragique d'origine pancréatique est probable.

Fracture isolée du trapézoïde.— M. *Mouchet* fait un rapport sur un cas de fracture isolée du trapézoïde communiquée par M. Jean (Toulon) et survenue à la suite d'un coup de poing sur un mur. Il s'agit donc d'une fracture de cause directe. La radiographie montre une fracture à trois fragments, en Y. Après réduction partielle par manœuvres externes, le blessé guérit très bien en une quinzaine de jours.

Gangrène pulmonaire et sérothérapie. — MM. ***Aumont*** et ***Bloch*** (de Versailles) communiquent l'observation d'une femme de trente ans qui avait subi une gastro-entérostomie pour ulcère duodénal, et chez laquelle la température s'était mise à monter peu à peu. Le 15e jour, elle avait 40°. Bientôt on note de la matité de la base droite puis l'haleine devient fétide et le tableau clinique de la gangrène pulmonaire se montre. On pratique six injections d'un mélange de quatre sérums antigangréneux dilués dans 250 cmc. de sérum artificiel. Bientôt l'état s'améliorait après d'abondantes vomiques, la fétidité diminuait, ainsi que l'abondance de l'expectoration et la malade put sortir guérie au bout de deux mois. Elle est restée guérie depuis.

Il s'agissait probablement d'une embolie septique. Malheureusement, il n'y a pas eu d'examen bactériologique, ce qui est regrettable.

Péritonite biliaire par perforation microscopique. — M. ***Louis Bazy*** fait un rapport sur un travail de M. Legrand (Rouen) qui communique l'observation d'une femme de 23 ans atteinte de péritonite aiguë, cinq ans après une fièvre typhoïde grave. La douleur ayant son maximum dans la fosse iliaque droite on croit à une appendicite.

L'appendice est trouvé sain. On l'enlève et on prolonge l'incision en haut car il existe un épanchement biliaire abondant. Rien à l'estomac ni au duodénum. La vésicule est dilatée, tuméfiée, recouverte de placards blanchâtres. Après ponction on enlève la vésicule. Guérison.

L'examen de la bile décèle du bacille d'Eberth à l'état de pureté, et le microscope montre en outre au niveau d'une zone de nécrose un amincissement de la paroi vésiculaire avec perforations microscopiques par lesquelles suintait la bile.

Fistule branchiale sushyoïdienne. — M. ***Cauchoix*** communique un cas rare opéré par lui de fistule branchiale développée aux dépens de la première poche branchiale située entre les deux premiers arcs. Le trajet fistuleux fut repéré au lipiodol.

Il commençait au-dessous de l'angle du maxillaire, montait verticalement puis obliquement en haut et en bas et en arrière, plus profond au fur et à mesure et aboutissait finalement au conduit auditif externe.

Il fallut sculpter le trajet dans la parotide ce qu'on réussit à faire sans léser les filets du facial. Longueur totale : 5 cm.

L'examen histologique fait par M. Lecène a montré un épithélium pavimenteux stratifié à type épidermique avec nombreuses glandes sébacées.

Traitement de la céphalée consécutive à la rachianesthésie. — M. *Dujarrier* a obtenu dans onze cas de bons résultats, par la méthode de Leriche : injection d'eau distillée pour relever la pression. L'hypotension en est donc la cause fréquente.

Ch. LE BRAZ.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 février

M. *Mathieu* à propos de la communication récente de M. Mouchet relative à un cas de kyste osseux, cite le cas d'un enfant qui s'est fracturé le fémur dans son lit. La radiographie faite avant cet incident a l'occasion de phénomènes douloureux qu'il avait présentés, avait montré l'aspect caractéristique d'un kyste osseux de l'extrémité supérieure du fémur. Immobilisé dans un appareil plâtré en abduction, cet enfant a parfaitement guéri et les radiographies faites après consolidation montrent que le kyste osseux a disparu. M. Mathieu se demande si dans les cas de ce genre il est nécessaire de pratiquer une greffe ostéopériostique comme l'a recommandé M. Mouchet. Il estime pour sa part que dans les kystes compliqués de fracture la greffe n'est pas nécessaire.

M. *Mouchet* n'est pas de cet avis et pense que la greffe eût été indiquée dans le cas de cet enfant.

M. *Delbet* a observé deux cas d'affection kystique de l'os chez l'adulte. Il s'est abstenu et ses deux malades ont guéri.

Acbès du foie ouvert dans le péricarde. — M. *Hartmann* rapporte une observation de M, Petridis (Alexandrie) concernant un homme de 55 ans qui, à la suite de crises douloureuses angoissantes successives, entre à l'hôpital où l'on constate la présence d'une saillie anormale près du rebord costal gauche. M. P. pense à un abcès du lobe gauche du foie. Peu après, le malade est pris brusquement d'une violente douleur à l'épigastre avec anxiété, polypnée, faciès pâle mais non péritonéal, accélération du pouls. L état est si grave qu'on juge l'intervention impossible et le malade meurt dans la nuit.

A l'autopsie on constate la présence dans le lobe gauche du foie d'un volumineux abcès qui s'est ouvert dans le péricarde lequel contient une grande quantité de liquide séropurulent de couleur kaki. Des exsudats purulents paraissant anciens tapissaient le péricarde.

Les faits de ce genre sont rares. La mort est généralement très rapide et survient en moins d'une heure. Il semble que dans le cas présent le péricarde ait été antérieurement enflammé par suite du voisinage de l'abcès.

Un cas de radius curvus. — M. *Sorrel* fait un rapport sur une observation communiquée par M. Martin (Paris) concernant un cas de radius curvus traité par ostéotomie linéaire avec un bon résultat. La main était assez fortement déviée en dehors au lieu de l'être en dedans comme il est de règle.

M. *Ombrédanne* après examen de la radiographie pense qu'il s'agissait d'un décollement épiphysaire plutôt que d'un radius curvus.

Corps étrangers du coude. — M. *Mouchet* fait un rapport sur un travail de MM. Pigeon, Bernard et Jonathan (armée) relatif à six observations de corps étrangers du coude consécutif à un arrachement isolé du condyle huméral, quatre de ces cas ont été opérés et dans ces quatre cas l'intervention a confirmé le diagnostic. Dans les deux autres cas, les troubles fonctionnels étant minimes, on n'a pas eu à intervenir. Sur ces six cas, deux seulement avaient eu antérieurement des traumatismes nets. Dans les quatre autres on ne relevait que des contractions musculaires brusques.

Discussion de l'ostéosynthèse (suite). — M. *Auvray* ne veut considérer qu'une série limitée de faits et se borne à étudier les cas de fractures fermées du corps du fémur et du tibia.

La réduction est évidemment plus parfaite avec l'ostéosynthèse. L'atrophie musculaire, les raideurs articulaires sont les mêmes avec les deux méthodes. Le cal, après ostéosynthèse, est un peu plus lent à se former. En outre il faut avouer que l'infection est possible, et qu'on peut se voir contraint d'enlever les plaques. La seule conclusion qui lui paraisse légitime d'en tirer c'est la nécessité de précautions spéciales et d'un matériel très complet et perfectionné.

Les pseudarthroses ne lui ont pas paru plus fréquentes. Parfois cependant la plaque par sa présence retarde la consolidation laquelle s'achève très vite après ablation de celle-ci.

L'opération étant décidée il ne faut pas attendre trop longtemps et opérer du 5e au 6e jour. Il utilise en général l'anesthésie rachidienne. Il se sert de plaques qu'il estime très supérieures aux fils. Il applique ensuite un appareil plâtré.

L'opération ne doit être faite que dans les fractures à grand déplacement ou lorsqu'on soupçonne une interposition musculaire.

Fracture du col fémoral et vissage. — M. *Basset* communique l'observation d'une femme âgée de près de 80 ans, atteinte de fracture du col fémoral qu'il a traitée par le vissage. La radiographie après l'intervention montrait la vis en bonne place. En effet 4 mois après, la blessée marchait, descendait et montait les escaliers s'accroupissait sans peine.

Revenue 15 mois après l'opération, elle marchait encore très bien. Mais une nouvelle radiographie a montré que le raccourcissement s'était partiellement reproduit et qu'un espace clair s'était formé entre les fragments, Or la vis est restée en place. Il s'est donc fait une pseudarthrose et en réalité la malade marche sur sa vis.

Malgré tout l'opération paraît avoir été utile puisqu'elle a permis à cette malade de marcher depuis sa fracture. Il ne semble pas indiqué d'enlever la vis actuellement.

Cyphoses douloureuses et épiphysites vertébrales. — M. *Mathieu* communique les observations et les radiographies de nombreux cas d'épiphysite vertébrale de croissance étudiés par lui et ses collaborateurs. Ce sont des enfants de 10 à 15 ans ayant une cyphose dorsale accentuée avec douleur à la pression des apophyses épineuses, une certaine raideur et qui évoluent vers la guérison par le repos et au besoin un corset plâtré pendant quelque temps.

Ces signes cliniques s'accompagnent d'aspect radiographiques très particuliers sur lesquels ont insisté Sorrel et Delahaye. Souvent des points épiphysaires apparaissent plus tôt qu'on ne le croyait autrefois, vers 12 ans, au niveau des 8e, 9e et 10e dorsales. Il y a une sorte de faux pincement du corps vertébral un aspect flou spécial.

L'origine de cette affection si aisément prise pour un mal de Pott, reste obscure. Il est possible qu'il s'agisse d'une infection atténuée mais ce n'est pas démontré.

Ch. Le Braz.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel techique de microbiologie et sérologie, par le professeur A. Calmette, L. Nègre et A. Boquet. 1 vol. de 568 pages, avec 14 figures, des tableaux et 3 planches hors texte en couleurs. (Masson et Cie, éditeurs). Broché : 30 fr. ; relié : 35 fr.

Ce manuel n'est pas un cours de microbiologie ni un manuel de microscopie. Il est le memento, le guide qui doit rester constamment sur la table du laboratoire, à portée de la main du travailleur, microbiologiste, sérologiste ou hygiéniste. Les médecins, les vétérinaires, les chimistes, les techniciens sanitaires et tous ceux qui s'occupent de biologie y trouveront les renseignements qu'ils cherchent souvent en vain dans les grands traités ou dans les monographies.

Ayant eux-mêmes regretté maintes fois qu'un livre n'existât pas encore, qui pût indiquer au chercheur, au moment où il en a besoin, tel procédé technique, telle formule de réactif ou tel dispositif d'expériences dont les principes lui sont connus, mais dont les détails d'application ou le mode exact d'emploi ne peuvent être constamment présents à son esprit, les auteurs ont conçu et réalisé cet ouvrage, si souvent demandé et que cependant nul n'avait entrepris.

Ils y ont certainement atteint leur but.

A côté des techniques générales et spéciales qui servent à l'étude et à la détermination des microbes, ils ont fait une large place à tout ce qui se rapporte à l'expérimentation sur les animaux, à l'analyse des germes de l'air, de l'eau et du sol, à l'hématimétrie, aux réactions de déviation du complément et de floculation, aux procédés de titrage de l'alexine et des sensibilisatrices.

Enfin toute une partie de l'ouvrage est consacrée à la préparation et au titrage des vaccins et des sérums thérapeutiques.

Une table alphabétique très complète permet de trouver rapidement le renseignement désiré ou le procédé qu'on se propose de mettre en œuvre.

Maintenant que ce volume existe, aucun laboratoire de bactériologie vétérinaire, de chimie biologique, de recherches d'hygiène appliquées, ne saurait s'en passer. Nous serions tenté de dire : « aucun laboratoire ». Nous ajouterons que, seules peut-être, l'organisation et la discipline scientifique de l'Institut Pasteur de Paris permettaient de pousser dans un détail aussi minutieux une œuvre de cette nature.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le no 3 fr. Abonnement 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du no du 30 *janvier* 1925 : Marion : L'agriculteur et les classes rurales au XVIIe et au XVIIIe siecle (II). — A. Puech : Heraklès dans la poésie lyrique (VII). — Th. Grabowski : Introduction à l'histoire de la littérature polonaise (I). — L. Villart : Napoléon empereur et la fin de l'Empire (II). — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son journal (VIII). — P. Berger : Les poètes anglais de l'époque victorienne (XVIII). — F. Strowski : La Démocratie, en Amérique, d'Alexis de Tocqueville. — E. Meyer Diderot moraliste. — P. Josserand : La jeunesse de Prosper Mérimée.

L'Amour de l'Art. Art ancien, art moderne, architecture, arts appliqués. Le no 5 fr. Abonnement : 50 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

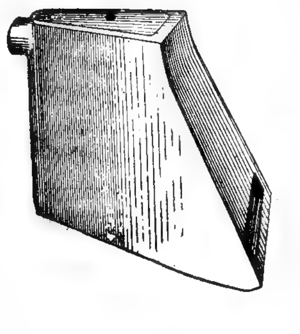
Sommaire du no de janvier 1925 : La collection David Wiell, par G. Henriot. — L'Art chinois, dans la collection David Weill, par O'Ardenne de Tizac. — Alfred Lombard, par Raymond Escholier. Chronique : L'organisation des familles en Egypte. — Le Mouvement des Arts appliqués. — Le Mois artistique. — La décoration théâtrale. — Les livres d'art. — Les ventes. — A propos de gravures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton* ; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.




ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent
DRAEGER

FONDÉ EN 1873. — No 9. Le Numéro : 50 Centimes 28 FÉVRIER 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
1, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
avec SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies.......... 30 fr.
Belgique et Italie.......... 40 fr.
Union postale.......... 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux (admissibilité).* Le jury est ainsi composé : MM. les docteurs Macaigne, Thiroloix, Grenet, Babonneix, Abrami, Villaret, Michel, Thibierge, Apert, Laederich et Léri.

Electro-radiologie. — Liste des candidats déclarés aptes à l'emploi d'assistants : MM. les docteurs Chenot, Azoulay, Marchand, Blanche, Lehmann, Nadal, Thoumas et Mlle Delaplace.

Faculté de médecine de Paris. — THESES. — 16 *février.* — M. DUBAR (J.). Recherches sur le champ visuel des vertébrés. — M. BARDIN (J.). Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens au cours de la gestation. — M. DESNOYERS. Etude des déformations fœtales. — M. SCEMLA. Indications respectives des pelvitomies et de la césarienne. — M. KOLLITSCH (P.). Etude clinique de l'agoraphobie. — M. MEURDRAC. Etude de la sécrétion gastrique.

17 *février.* — M. MÉNARD. La réaction du benjoin colloïdal chez l'enfant. — M. BÉTHAUX. La colite supérieure (tuberculose pulmonaire). — M. D'HOUR. Etude de la vaccination antidiphtérique. — M. SELIGMANN. Polynucléose et bacillose du liquide céphalo-rachidien dans la granulie.

19 *février.* — M. LEGRAIN. Les hypertensions syphilitiques. — M. JULY. L'anesthésie régionale (cancer du sein). — M. FLANDRE (S.). Grossesses prolongées et gros enfants.

(Thèses vétérinaires). — M. DARROU. Sur la chimiothérapie dans le traitement des lymphangites du cheval. — M. CONTE. Etude du diagnostic de la tuberculose chez le chien.

25 *février.* — (Thèses vétérinaires). — M. BOLLOTTE. Etude du traitement curatif de la seime en pince sans boiterie. — M. NIEDER. De l'indigestion stomacale et traitement par le sondage chez le cheval.

26 *février.* — Mme LJOUBITZA-LAZARÉVITCH. De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme. — M. LORTSCH. La psychothérapie religieuse. — M. RICARD. Les cristaux de Charcot-Leyden. — M. LEMAÎRE (Ch.). La splénectomie chez les enfants atteints d'ictère.

M. ARRIVOT. La sacralisation de la V[e] vertèbre lombaire chez l'enfant. — M. HENSEVAL (J.). Des crises de tachycardie. — M. NICOLI. Cure d'entraînement en phtisiothérapie. — M. DENOYELLE. Etude statistique sur l'étiologie kê la tuberculose. — M. DOUX (J.). De la recherche des bacilles tuberculeux dans la matière fécale. — M. DEROCHE. Etude des rétrécissements inflammatoires du rectum.

(Thèses vétérinaires). — M. CÉSARI. Etude sur la floculation des extraits alcooliques d'organes. — M. SALEU. Etude du piroplasmose en Tusnisie.

Nouvelle Société scientifique. — Les oto-rhino-laryngologistes des Hôpitaux, qui, depuis plus d'un an, se réunissaient en séances cliniques mensuelles, ont décidé de constituer « La Société de laryngologie des hôpitaux de Paris ».

Le bureau de cette Société pour 1925 est le suivant : président, professeur P. Sébileau ; vice-président, docteur H. Bourgeois ; secrétaire général, docteur J. Rouget ; trésorier, docteur A. Bloch ; secrétaire annuel, docteur J. Ramadier.

Dinstinctions honorifiques. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Andrieu (de Capdenac), Armand (d'Albertville), Badin (de Toulouse), Benjami (d'Alger), Bertin (de Brionne), Billard (de Malesherbes), Blais (du Havre), Bousquet (de Bordeaux), Brunschwig (de Besançon), Caminade (de Lyon), Capon (de Cambrai), Ciavaldini d(El-Arrouch), Dansac (d'Asnelles), Daviau (de Troyes), Delfosse (du Quesnoy), Delormeau (de la Montagne), Deschamps (de Paris), Dewevre (de Petite-Synthe), Duparc (d'Annecy), Fauverghe (de Roubaix), Gauja (de Paris), Gavaudan (de Béziers), Giraud (de Thueyts), Gonnot (de Dôle), Graziani (de Laverdure), Lemoine (de Mortagne), Lévis (de Belfort), Levrat (de Nantua), Lochon (de Thonon-les-Bains), Petit (de Plomion), Quéré (de Guerlesquin), Rabier (de Montmoreau), Rupeau (de Bordeaux), Saleur (d'Attignéville), Servel (de Lorient), Thibaud (de Saint-Nazaire), Vagniot (de Lons-le-Saunier), Verdeaux (de Tarnac).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agard (de Nontron), Abreiner (de Forbach), Andrieu (d'Asprières), Antonin (de Beaucaire), Barral (de Vaison-la-Romaine), Bellissent (de Villeneuve-les-Corbières), Bonnet (d'Avignon), Briault (de Saint-Etienne), Bussière (de Montluçon), le médecin principal de 2[e] classe des troupes coloniales Chartres ; Chaumier (de Tours), Chocquet (d'Armentières), Chopinet (de Béthisy-Saint-Pierre), Collinot (de Coulanges-sur-Yonne), le médecin-major de 2[e] classe Curet ; Dubois (de Blois), Ducatillon (de Tourcoing), Féret de Seyssuel), Gisselbrecht (d'Hérimoncourt), Guérin (de Flers), Isnel (de Vizille), Lecompte (de Niort), Lefévre (de Montluçon), Meyer (de Kaysersberg) ; Morère (de Saint-Arroman), Nègre (de Marseille), Pajot (d'Abbeville), Pasquiou (de Guingamp), Pelicand (de Bourg), le médecin-major de 1[re] classe des troupes coloniales Peltier ; Péricat (d'Ardentes), Poillot (de Montbard) Priouzeau d(e Liré), Rousseau (de Tours), le médecin-major de 2[e] classe Roussille ; Savelle (de Roanne), Soulier (de Ruines), Tacussel (de Chablis), Terrien (de Varennes-sur-Loire), Treille (de Lyon), le médecin-major de 1[re] classe Treves ; le médecin principal de 1[re] classe Vidal ; Viguerie (de Paris).

Cours clinique de diagnostic phtisiologique. — Le D[r] Burnand, privat-docent à l'Université de Lausanne, donnera à Leysin, avec la collaboration des médecins de la station, du 13 au 24 mars, un cours destiné aux étudiants avancés, et accessible aux médecins qui voudront bien s'adresser à lui pour tous renseignements.

La diminution de la tuberculose. — Le nombre des cas mortels de tuberculose décroît régulièrement aux Etats-Unis. De 200 par 100.000 habitants, il y a vingt-cinq ans, il était passé, en 1921, à 96 ; et un éminent statisticien, le D[r] Louis I. Dublin, estime que, vers 1930, il ne sera plus que de 50. (Ce chiffre est atteint dès à présent dans certains Etats de l'Union, de même qu'en Australie).

Il faut dire que, surtout depuis 1904, une campagne d'une extrême énergie a été engagée contre le fléau. Alors qu'en 1904 il n'y avait, dans les hôpitaux américains, que 10.000 lits pour tuberculeux, on

en compte aujourd'hui 70.000 ; et l'on pourrait traiter, s'il était nécessaire, 110.000 cas par an.

Cette décroissance de la mortalité par tuberculose aux Etats-Unis (qui varie, d'ailleurs, suivant les Etats : 37 pour 100.000 dans le Nebraska en 1921, contre 141 dans le Delaware) est d'autant plus frappante qu'au contraire, en Europe, cette mortalité ne cesse de progresser (dans les villes de l'Allemagne, elle est passée de 157 pour 100.000 en 1913 à 287 en 1918). A l'heure qu'il est, la tuberculose vient au troisième rang comme cause de mort aux Etats-Unis : en tête viennent les maladies de cœur, la pneumonie et l'influenza ; puis le cancer, les affections des reins et l'apoplexie. Il est probable que, d'ici vingt-cinq ans, la tuberculose sera devenue aussi rare aux Etats-Unis que la fièvre typhoïde ou la petite vérole.

(*Le Figaro.*)

Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu. (Amphithéâtres TROUSSEAU et BICHAT ; Laboratoire DIEULAFOY). Professeur : M. A. GILBERT ; Professeur agrégé : M. Maurice VILLARET. — *Cours de revision* (*Pâques* 1925). — Les notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoires courantes. — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 30 mars 1925, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice VILLARET, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. HERSCHER et Etienne CHABROL, médecins des hôpitaux ; LIPMANN, SAINT-GIRONS, BRIN, et MARÉCHAL, anciens chefs de clinique ; Paul BLUM, chef de clinique ; A. COURY, ancien chef de clinique adjoint ; TZANK et FATOU, chefs de clinique adjoints ; MM. Paul DESCOMPS, Henri BÉNARD, DUMONT, DEVAL et Mlle TISSIER, anciens chefs et chefs de laboratoire ; MM. LAGARENNE, chef du laboratoire radiologique central et de la Clinique médicale ; DUREY et DAUSSET, chefs du laboratoire des agents physiques ; MM. ISCH-WALL, ancien interne du service, GRELLETY-BOSVIEL et POLLET, internes du service ; et COMANDON.

Il comprendra 36 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30 m., les leçons du matin étant pour la plupart terminées suffisamment à temps pour permettre la visite des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 heures à 5 heures.

Maternité (121, boulevard de Port-Royal). — M. Georges SCHREIBER. — Dimanche 8 mars à 15 heures. — Amphithéâtre des cours : Les dangers de la sous-alimentation chez le nourrisson normal et chez le nourrison malade. Les méfaits de la diète hydrique et des bouillons de légumes. (Conférence organisée par l'Association des anciennes élèves de la Maternité.)

Nécrologie. — Pr BROCA ; Dr SOCQUET.

(*Voir la suite page* 312.)

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la **FIÈVRE TYPHOÏDE** *et du* **CHOLÉRA**



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* **DYSPEPSIES** *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* **LAIT**
Préparation des **BOUILLIES MALTÉES**

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* **FÉCULENTS**



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ

Fistules et cavités osseuses chroniques

Par le Dr MAUCLAIRE,
Chirurgien de la Pitié.

Nous avons dans le service bien des malades ayant des cavités et des fistules osseuses chroniques dont le traitement est bien long. Chez les uns, il s'agit d'ostéomyélite chronique consécutive à l'ostéomyélite des adolescents ou infection par le staphylocoque doré. Nous avons aussi en ce moment un cas de fistules osseuses chroniques et multiples de la cuisse consécutive à une ostéite typhique.

Voici la radiographie. Elle est caractérisée surtout par des périostoses siégeant sur les trois faces du fémur.

Très fréquentes sont les fistules chroniques consécutives à des ostéites tuberculeuses du tibia, du grand trochanter, du bassin, des côtes, etc. Souvent ces fistules tuberculeuses périarticulaires ont un point de départ articulaire ou épiphysaire périarticulaire.

Les fistules osseuses d'origine syphilitique sont plus rares. Nous en avons un exemple dans le service actuellement. Il s'agit d'une ostéite syphilitique typique du tibia et le malade affirme qu'elle est consécutive à un accident du travail. Il y a quelque temps je vous ai montré une fistule partant d'un radius vermoulu sur toute sa hauteur chez un adolescent hérédo-syphilitique.

Mais ce que nous voyons le plus souvent en ce moment dans le service, ce sont les cas de fistules chroniques consécutives à des plaies osseuses de guerre. Ce sont des blessés qui ont suppuré bien longtemps. On n'avait pas pu tenter chez eux, quelques heures après la blessure, l'excision des tissus contus et la réunion par première intention. Dès lors, la plaie a suppuré pendant des mois. Puis elle se ferme ensuite elle s'ouvre de nouveau à des dates plus ou moins éloignées.

Les lésions anatomo-pathologiques dans ces différents cas sont très variables. Tantôt c'est un simple trajet, tantôt ce trajet conduit dans une cavité plus ou moins grande. Souvent l'os est hyperostosé dans son ensemble ou les hyperostoses sont disséminées irrégulièrement à la périphérie.

Ce sont des ossifications sous-périostées. Au centre de l'hyperostose il y a parfois un petit séquestre qui met du temps à s'effriter et à s'éliminer. Dans l'ostéomyélite chronique des adolescents le séquestre est parfois englobé par les hyperostoses dans une cavité c'est ce que l'on appelle le séquestre « en grelot ».

Sur l'os lui-même il n'est pas rare de voir plusieurs trajets fistuleux osseux aboutissant à la cavité contenant le ou les séquestres.

Dans un cas récemment observé, après une amputation de jambe à la partie moyenne, la fistule du moignon aboutissait à la cavité médullaire du tibia qui était vide jusqu'au plateau tibial. Ce fait est assez curieux. Il montre que le tissu médullaire peut s'infecter sur une grande hauteur.

Dans ces cas de fistules osseuses, très souvent les parties molles voisines sont également lésées. C'est ainsi que les muscles sont sclérosés, collés sur l'os.

Les vaisseaux sont comprimés, englobés dans des tissus fibreux. Parfois le séquestre est collé contre les vaisseaux, et celui-ci par ses battements s'ulcère sur une pointe osseuse. J'en ai vu des exemples mortels dans le creux poplité.

Les nerfs présentent aussi les mêmes lésions que les vaisseaux.

Enfin les articulations voisines réagissent sous forme d'hydarthrose ou de déformation des surfaces articulaires. Nous en avons un exemple dans le service et ces ostéoarthrites ostéomyélitiques sont bien connues. Pendant la guerre j'ai vu un séquestre du maxillaire supérieur entretenir une fistule du canal de Stenon. Celle-ci se ferma après l'ablation du séquestre.

J'ai vu un séquestre de la tubérosité iliaque postérieure entretenir une fistule du côlon descendant. Cette fistule se ferma après l'ablation du séquestre.

L'évolution de ces fistules osseuses est souvent interminable.

J'ai observé une fistule osseuse du fémur qui était consécutive à une ostéomyélite des adolescents opérée par NÉLATON père, cinquante ans auparavant ! Il y a des formes sérieuses d'ostéomyélite prolongée bien décrites par LANNELONGUE et COMBY. Il s'agit de poussées osseuses tardives, à longue échéance, la poussée d'ostéomyélite aiguë n'ayant eu qu'une durée éphémère. Elles donnent lieu alors tardivement à des fistules osseuses interminables.

La radiographie montre souvent des séquestres retenus dans l'os. Elle permet aussi de voir des petits corps étrangers qui entretiennent l'infection. J'ai vu un éclat d'obus paraissant bien petit, et inclus dans le calcanéum. Il avait donné lieu à 43 abcès !

Le *diagnostic* de la fistule osseuse chronique n'est pas compliqué. Il est, en effet, souvent facile avec le stylet de voir le point de départ de la fistule bien que parfois le trajet soit tortueux.

On peut alors injecter dans le trajet de la pâte bismuthée, des liquides iodoformés, du lipiodol et à la radiographie on voit souvent le point de départ, le point osseux malade, ou tout au moins la direction et l'aboutissant final probable.

Une mention spéciale doit être faite pour les fistules partant soit d'une racine dentaire soit du maxillaire inférieur. Elles viennent s'ouvrir à la peau parfois très loin de l'os malade. J'en ai vu une déboucher près du manche du sternum au point que j'avais cru qu'il s'agissait d'une lésion sternale. Les dentistes connaissent bien cette migration éloignée de l'abcès, d'origine dentaire ou maxillaire, d'où l'utilité des radiographies s'il y a un doute.

Il faut faire non seulement le diagnostic du point de départ de la fistule, le diagnostic de la présence d'un séquestre ou d'un corps étranger, mais aussi le diagnostic de la nature de la lésion osseuse : ostéomyélite des adolescents, tuberculose, syphilis, ostéomyélite chronique, traumatique (fracture, plaie de guerre) ou exceptionnellement sporotrichique. L'examen bactériologique du pus devrait toujours être pratiqué.

L'évolution de la lésion fait le plus souvent le diagnostic. Le siège diaphysaire ou épiphysaire distingue souvent l'ostéotuberculose de l'ostéosyphilis.

Le *pronostic* de ces fistules chroniques varie avec la cause et avec l'étendue des lésions osseuses et leur nature et leur siège.

D'une manière générale il est grave, car la fistule est souvent interminable. La désinfection de l'os est difficile et si elle est obtenue, il est difficile de rapprocher les parois désinfectées. Dans les os gros on voit se produire des séquestres à répétition.

Dans le cas d'ostéosyphilis on peut voir survenir une fracture spontanée. Quant au trajet fistuleux, il pourrait se cancériser. Je crois en avoir vu un exemple, où tout au moins le point de départ du cancer était probablement la peau qui s'invaginait un peu dans la fistule.

***

Le *traitement de toutes ces variétés de fistules* est parfois jrès difficile, car le point de départ osseux n'est pas toujours accessible.

Il est évident que si l'accès est facile il faut inciser le trajet, gratter l'os malade et enlever les tissus osseux infectés. Il reste alors une cavité. Si elle est petite, elle se comble assez rapidement; si elle est grande, la guérison est au contraire très longue et nous verrons dans un instant tout ce qui a été tenté pour combler cette cavité.

Si le point osseux malade n'est pas facilement accessible, comme pour le bassin ou le rachis, il faut étudier les radiographies et essayer de trouver une voie d'accès facile pour l'intervention. Si ce n'est pas possible, il faut se contenter de faire des injections modificatrices désinfectantes, iodoformées ou autres, dont les résultats sont bien aléatoires. Elles font prendre patience au malade. On peut toujours espérer qu'un jour un séquestre sortira et le malade sera guéri, ce que j'ai vu parfois.

Il est évident que s'il y a des fragments de projectile dans l'os il faut les enlever *sous l'écran*. J'ai vu de très petits fragments entretenir des fistules interminables. Parfois c'est de la poussière d'éclats que l'on voit à la radiographie. Il faut les enlever, car il peut y avoir aussi en même temps des fragments de vêtements.

***

Le traitement des « cavités osseuses » est bien complexe. Si la cavité est petite, du volume d'une cerise, elle peut se combler elle-même par simple bourgeonnement si le tissu osseux n'est pas trop infecté.

Si elle est assez volumineuse, s'il a fallu faire une véritable tranchée dans l'os malade; le comblement est d'une longueur désespérante, aussi les chirurgiens ont-ils essayé d'accélérer la guérison par des techniques très variées.

Les uns se contentent de faire des grattages osseux répétés tous les 4 à 5 mois. D'autres tentent ce que l'on a appelé la cure radicale de la fistule et de la cavité osseuse, c'est-à-dire l'excision et du trajet et des parois de la cavité et ils tentent la réunion des parties molles.

Théoriquement c'est bien, et il y a longtemps que l'on y avait songé ! L'inconvénient c'est que l'on enlève trop de tissus osseux et la fracture spontanée de l'os est possible ; je l'ai observée. De plus on obtient très rarement la réunion des parties molles par dessus l'os nettoyé. De temps en temps il faut explorer avec le stylet le trajet fistuleux et on peut sentir un séquestre en voie d'élimination.

Bien des procédés de *comblement* des cavités chroniques ont été expérimentés.

C'est tout d'abord une sorte d'*ostéoplastie, par abattement* (OLLIER) d'une paroi contre l'autre en conservant un pédicule, une sorte de charnière, à la paroi mobilisée. Cela n'a pas donné les résultats espérés. Dans un cas, j'ai observé une fracture spontanée compliquée de pseudarthrose et l'amputation de jambe a été nécessaire.

Le *comblement par des corps étrangers par des tissus « morts »* a été expérimenté sur une très vaste échelle ! Ce sont les « plombages ». Je vous les énumère simplement; ce sont le catgut (LISTER RIEDINGER, THIEMS, etc.), l'éponge stérilisée (CRECKE, VAN ANGELEN), la gaze iodoformée (DUPLAY et CAZIN), l'ivoire en poudre (GLUCK, KRŒNLEIN), la colophane, le celluloïd, le caoutchouc, le ciment, les amalgames de dentistes, le plâtre phéniqué, la gutta percha, la paraffine (DELANGRE), le salol iodoformé (REYNIER), le thymol iodoformé (FANTINO et VALAN), les mélanges iodoformés (MOSETIG-MOORHOFF, VIGNARD), le mastic bismuthé (BECK), la masse de Pierre DELBET, la masse de BIPP, très recommandée par STONEY, HENRY et MARSHALL, l'os décalcifié (SENN, BARTH, LE DENTU, BUSCARLET, etc.), l'os calciné (FANTINO et VALAN).

Personnellement j'ai essayé l'amalgame des dentistes chez un enfant, mais l'amalgame n'a pas conservé son adhérence aux parois osseuses. Celles-ci ont réagi, il s'est fait probablement un peu d'ostéite raréfiante des parois et l'amalgame s'est éliminé malgré une réunion primitive apparente. De plus l'enfant a eu un liseré gingival saturnin. On ne peut pas comparer le plombage d'une cavité osseuse avec celui d'une dent creuse. C'est dommage ! J'ai essayé bien souvent le plombage iodoformé de MOSETIG-MOORHOFF après avoir désinfecté la cavité avec l'huile portée à une haute température par le thermo-cautère porté au rouge, comme l'a recommandé DREESMANN.

J'ai essayé un mélange de poudre d'ivoire, d'iodoforme et de goménol pour des ostéomyélites chroniques de guerre et aussi un plombage formolé.

J'ai essayé souvent l'os décalcifié et j'en ai obtenu un bon résultat pour une cavité du fémur résultant d'une ostéomyélite traumatique chez un enfant de quinze ans.

Le comblement par les greffes de tissu « vivant » est bien préférable. Ce sont les greffes ostéopériostiques (OLLIER), greffes osseuses libres (CZERNY), greffes osseuses autoplastiques (SCHMIDT), greffes osseuses homoplastiques (MAC EWEN, VOLKMANN TILMANNS), les greffes hétéroplastique, greffes osseuses pédiculées (BIER, EISELSBERG, WOLFF, etc.), greffes périostéo-musculaires (SCHULTEN, Ch. NÉLATON, LÉVY, HYOHAMA, GRÉGOIRE, etc.), greffes de tissu graisseux (NEUBER, CHAPUT, etc), greffe d'épiploon (obs. pers), greffe de cartilage costal, greffe de fascia lata, greffes cutanées pédiculées ou libres, de peau totale ou dermo-épidermiques (NEUBER, V. HACKER, Pierre DELBET).

Dans un travail très intéressant paru en 1917 dans le *Beiträge zu klinischen Chirurgie* et auquel je vous renvoie, HYOHAMA a fait chez les animaux de nombreuses expériences comparatives avec des greffes de fragments de muscles, moelle, foie, rein, intestin, poumon, péritoine, fascia lata, vessie de cochon, etc.

Tous ces greffons comblant la cavité excitent heureusement l'ostéogénèse sous-périostée et ces néoformations osseuses périostiques envahissent de la périphérie vers le centre la cavité osseuse et finissent par la combler quand son volume est de dimensions « moyennes ».

Personnellement j'ai essayé les greffes ostéo-périostiques, les ostéoplasties par abattement, les greffes périostéo-musculaires, qnand elles sont applicables, les greffes épiploïques, les greffes de cartilage costal, et j'ai obtenu des résultats encourageants pour des cavités de dimensions « moyennes » quand la cavité avait pu être bien désinfectée, ce qui est assez rare, malheureusement.

Vous avez remarqué que je vous ai parlé du traitement des cavités osseuses « chroniques ». Je n'ai pas en vue les cavités osseuses faites par le chirurgien aussitôt après la blessure de guerre en nettoyant l'os lésé.

Dans ces cas le comblement avec la masse iodoformée ou avec les greffes de cartilage (obs. pers)., ont donné de

bons résultats pendant la guerre Mais ici l'infection osseuse est limitée, et les conditions ne sont plus du tout les mêmes.

L'essai de la *vaccinothérapie* peut être tenté pour les formes qui ne sont pas très anciennes et surtout chez les enfants. GRÉGOIRE en a publié des cas heureux. Chez un adulte il me semble bien avoir eu une grande amélioration.

Enfin l'héliothérapie faite à Leysin (ROLLIER) de même que les rayons ultra-violets ont donné des résultats encourageants.

Quant aux eaux thermales (Amélie-les-Bains) leur action locale ne me paraît pas bien démontrée.

Reste un traitement ultra-radical, c'est-à-dire l'amputation du membre Je m'y suis toujours refusé ; mais il y a des malades qui le demandent avec insistance, car ils ont perdu patience, et ils ont besoin de gagner leur existence.

Que conclure de cet exposé thérapeutique des cavités osseuses ? C'est qu'avec des grattages répétés on peut obtenir finalement la guérison. Si on échoue, on peut tenter les greffes de tissu vivant et les greffes les meilleures ce sont les greffes périostéo-musculaires détachées du voisinage et, si cela est possible, on les plaque dans la cavité qui au préalable aura été bien désinfectée pendant plusieurs semaines par le tamponnement de gaze trempée dans la teinture d'iode.

CHIMIE CLINIQUE

Sang. Dosage de l'acide urique.

Le dosage de l'acide urique dans le sang est délicat : étant donnée la faible quantité de cet élément par litre de sérum, on ne pouvait guère songer à faire un dosage vraiment chimique sans prélever des quantités de sang considérables, 100, 200 ou même 300 cc., ce qui était impraticable la plupart du temps. Le procédé de GARROD, souvent indiqué, qui consistait à acidifier le sérum de son dixième d'acide acétique et à y plonger un fil de coton autour duquel, au bout de 48 heures, cristallisait l'acide urique, ne constituait pas un dosage, mais une simple indication dont il était difficile de tirer une conclusion sérieuse.

Nous avons maintenant le procédé colorimétrique de GRIGAUT, relativement facile et ne nécessitant pas une grande quantité de sang. C'est celui que nous avons adopté avec quelques modifications pour éviter l'emploi du colorimètre.

Principe de la méthode : L'acide urique donne avec le réactif phosphotungstique de Follin et Denis une coloration bleue dont l'intensité est proportionnelle à la quantité d'acide urique mise en réaction.

Après défécation par l'acide trichloracétique, on peut opérer soit sur le sang total, soit sur le plasma, soit sur le sérum. D'autre part, on fait réagir le réactif phosphotungstique sur des solutions titrées d'acide urique qui servent de comparaison.

Pratiquement : Il faut tout d'abord préparer les solutions suivantes :

1) Réactif phosphotungstique :

Tungstate de soude	50 gr.
Acide phosphorique à 60° B	40 cc.
Eau distillée	400 cc.

Introduisez dans un matras et chauffez à l'ébullition pendant une heure, en ayant soin de placer sur le col du ballon un entonnoir de verre qui empêchera la trop grande évaporation. Laissez refroidir et complétez le volume avec de l'eau distillée à 500 cc.

2) Solution mère d'acide urique à 0,20 cgr. par litre :

Faire dissoudre dans un ballon :

Phosphate disodique	2 gr.
Phosphate monosodique	1 gr.
dans	
Eau distillée	500 cc.

La liqueur chaude est introduite dans un ballon jaugé d'un litre contenant 0,20 cgr. d'acide urique pur. Agiter jusqu'à dissolution complète et ajouter de l'eau distillée (plus 5 cc. de chloroforme pour la conservation) jusqu'au volume total de 1.000 cc.

Cette solution mère se conserve mal et doit être renouvelée souvent ; elle sert à la préparation des solutions étalons suivantes :

a) *Solution-étalon à 0,20 cgr. d'acide urique par litre* : solution mère précédente additionnée de son volume d'acide trichloracérique au 1/5.

b) *Solntion-étalon à 0,10 cgr. d'acide urique par litre* : Diluer la solution mère au demi et additionner le mélange de son volume d'acide trichloracétique au 1/5.

c) *Solution-étalon d'acide urique à 0,05 par litre* : Solution mère diluée au quart et additionner le mélange de son volume d'acide trichloracétique au 1/5.

Ne faire ces solutions-étalons qu'au moment du besoin.

Technique : 1) Déféquer 20 cc. de sang (sérum au plasma) par 20 cc. d'acide trichloracétique au 1/5 : agiter et filtrer ;

2° Dans un tube à essai assez grand, mesurer 5 cc. du filtrat et 1 cc. du réactif phosphotungstique ;

3° Opérer de la même façon avec chacune des solutions-étalons a, b, c.

4° Dans chacun des quatre tubes, verser simultanément 15 cc. d'une solution saturée de carbonate de soude pur.

Une teinte bleue apparaît dans chacun des tubes. Soit S le tube contenant le sang à analyser ; A le tube contenant l'acide urique à 0,20 cgr. par litre ; B le tube contenant l'acide urique à 0,10 par litre ; C le tube contenant l'acide urique à 0,05 par litre.

Comparons la teinte bleue de S à celle des tubes A, B et C.

Premier cas : S est plus foncé que C.

Dans chacun des tubes nous avons : $5 + 1 + 15 = 21$ cc.

Diluer S, au moyen d'eau distillée contenue dans une burette de Mohr, jusqu'à égalité de teinte.

Soit n le nombre de centimètre-cubes nécessaires pour arriver à ce résultat. Nous aurons :

$$\text{Acide urique par litre} : 0{,}05 + \frac{0{,}05 \times n}{21}$$

Deuxième cas : S est moins foncé que C.

Dans ce cas, c'est C qu'il faudra diluer, et on appliquera la formule :

$$\text{Acide urique par litre} : 0{,}05 - \frac{0{,}05 \times n}{V}$$

(V étant égal à $21 + n$).

Observation : J'ai établi ces deux formules pour éviter l'emploi d'un colorimètre toujours coûteux et qui ne se trouve pas toujours dans tous les laboratoires.

Il est évident que si on est obligé de comparer le tube S aux tubes A ou B, on aura soin de remplacer, dans les formules précédentes, 0,05 par les chiffres 0,20 ou 0,10 correspondant à chacun de ces tubes.

Interprétation des résultats : Le procédé que nous venons d'exposer s'applique à l'acide urique seul, à l'exclusion des bases xanthiques. Toutefois, les corps phénoliques (résorcine, tannin, gaïacol, créosote) donnent une réaction analogue. Il est donc indispensable de s'assurer que le malade n'a pas été soumis à une médication contenant ces phénols.

Le sérum normal contient 0,04 à 0,05 cgr. d'acide urique par litre ; le sang total en contient 0,10 à 15 cgr.

J. Tonnet,
Docteur ès Sciences,
Chef de Laboratoire à l'hôpital Tenon.

NOTES DE PRATIQUE

Quelques applications intéressantes de l'action de l'adrénaline sur le sympathique

Par M. **FOURNIER** de Saint-Sever-sur-l'Adour (Landes).

Le titre est vague et peut-être aurait-on pu le modifier avantageusement. mais il nous a semblé intéressant de réunir dans un même article plusieurs actions curieuses de l'adrénaline. sur l'organisme. en employant comme intermédiaire le sympathique.

Les travaux de Leriche. de Lyon. et de ses nombreux imitateurs ont fait sortir des laboratoires de physiologie, l'action du sympathique sur les artères, et la sympathicectomie périartérielle fémorale a permis de guérir rapidement des malheureux atteints d'ulcères variqueux suintants et puants. A la suite de ce traitement : « je ne me reconnais plus. nous disait-il y a quelque temps un variqueux. je ne sens plus mauvais. et les gens maintenant ne s'éloignent plus de moi le mouchoir au nez. »

L'avantage de la sympathicectomie péri-artérielle, c'est l'action brutale. rapide ; l'inconvénient c'est la suspension définitive des filets nerveux sympathiques et les cas de décès trop nombreux, même entre les mains d'opérateurs réputés. Nous nous sommes demandé si nous ne pourrions pas produire le même effet médicalement.

La sympathicectomie péri-artérielle ayant pour but une vaso-dilatation intense dans le territoire de l'artère traitée. il nous a paru naturel d'essayer de produire le même résultat par les injections péri-fémorales d'adrénaline. Les injections d'alcool dans la tunique artérielle suivant la méthode de Handley ne sont peut-être pas sans dangers. Si l'on injecte dans l'artère. possibilité d'embolie grave ; dans la paroi artérielle. possibilité d'eschare et d'hémorragie secondaire. dont les conséquences sont faciles à prévoir. Les injections d'alcool visent la destruction. en mortifiant les filets sympathiques. L'adrénaline telle que nous l'employons vise la suspension momentanée du sympathique périartériel. Peut-être obtiendrait-on des résultats analogues avec la stovaïne ou un anesthésique local. L'adrénaline est un vaso-constricteur immédiat et un vaso-dilatateur secondaire. C'est cette propriété que nous utilisons.

Technique employée

L'artère étant repérée par l'index gauche au niveau de l'arcade de Fallope. on enfonce l'aiguille seule oblique ment. progressivement et lentement jusqu'à ce que l'on sente un battement caractéristique qui indique que l'on est sur l'artère. Inutile de faire l'injection dans la paroi artérielle. il suffit de la faire le plus près possible de l'artère. Toutefois, le résultat recherché n'est pas obtenu si l'on fait l'injection trop loin de l'artère. Nous injectons 1 cmc. de la solution au 1/1000e, les phénomènes observés sont ceux déjà décrits depuis lonhtemps et que nous repétons pour mémoire : pâleur de la face. frissons qui ne durent que quelques minutes. puis tout rentre dans l'ordre.

Résultat.

Observations. — Marie B.... âgée de 70 ans. métayère à Vielle-Tursan (Landes). Entrée à l'hôpital le 23 septembre 1924, pour ulcère variqueux étendu de la jambe gauche, datant de 20 ans.. odeur fétide. bords épais, infiltrés. blancs. Du 23 septembre au 29. repos au lit et pommade oxyde de zinc en application locale. La plaie ne subit aucune modification appréciable.

Le 29 septembre au matin. suivant la technique indiquée plus haut. je fais une injection d'adrénaline 1 cmc. au 1/1000. A ce moment la plaie avait dans ses plus grands diamètres :

9 cm., 7 cm., 6 cm. Pansement sans lavage ni aucun médicament local.

Le premier octobre au pansement, surprise agréable, pas d'odeur : les compresses sont tachées d'un liquide sanguin très pâle et les dimensions sont devenues les suivantes : 6 cmc., 5 cmc., 2 cm., 1/2.

Nous faisons à nouveau une injection qui sera répétée tous les deux jours. A chaque injection la plaie diminue. mais cette fois moins rapidement.

Les dimensions de la plaie à chaque piqûre furent les suivantes :

A la première pique les dimensions étaient		9 cm., 7 cm., 6 cm.
2e	—	6 cm., 5 cm., 2 1/2
3e	—	5 cm., 4 cm., 2 cm.
4e	—	4 1/2., 3 cm., 1 1/3
5e	—	4 1/2., 2 3/4., 1 1/4
6e	—	4 cm., 2 cm.. 1 cm.
7e	—	4 cm., 1 1/2., 0 3/4
8e	—	4 cm., 1 1/2., 0 3/4
9e	—	3 1/2., 1 1/2

Nous devons remarquer que l'action de la première piqûre a été saisissante. mais que les autres ont agi plus lentement. L'explication. croyons-nous est la suivante : nous avons constamment fait la piqûre au même point, où il se forme un tissu fibreux de protection! Le résultat est meilleur lorsque sur une personne maigre, il est possible de faire l'injection à des hauteurs différentes sur l'artère fémorale.

Les malades en cours que nous traitons ne nous permettent pas actuellement de donner d'autres observations d'ulcères variqueux. Je dois cependant dire que tous éprouvent une amélioration considérable. Nous publierons ultérieurement les résultats. Nous avions supposé que pour guérir un ulcère variqueux il faltait injecter sur le territoire artériel. Or nous avons en traitement une femme de 45 ans atteinte d'ulcère variqueux douloureux aux deux jambes. nous avons commencé par traiter le membre inférieur droit nous avons observé : 1° la cessation des douleurs des deux côtés et 2° une amélioration très importante de la plaie gauche.

N. B. Toutes ces recherches m'ont été inspirées par les travaux de M. le professeur Sicard sur les névralgies et les théories qu'il formule sur la suppression de la douleur par l'adrénaline.

Action sur les troubles trophiques par blessure

Monsieur X..., atteint de troubles trophiques des orteils du pied droit : œdème du pied. coloration violette de la peau : les ongles détruits par lésions nerveuses. petite plaie supurée à la face palmaire du médius pied droit, suite de blessure par éclat d'obus sur le trajet du sciati-

que poplité. Injection d'adrénaline au triangle de Scarpa. L'injection est toujours faite périfémorale. Le résultat quarante-huit heures plus tard a été le suivant : gonflement de l'orteil médius, suppuration abondante et issue d'une petite esquille de la grosseur d'un grain de blé.

La peau est blanche, l'œdème a disparu. Il est regrettable que le malade, pensionné de guerre n'ait pas voulu continuer son traitement de peur de perdre une pension importante peut-être. La circulation s'était rétablie suffisamment en très peu de temps au point de rendre la forme presque normale au pied.

Le travail de restauration localement semblait s'effectuer très rapidement. Nous regrettons de n'avoir pu continuer cette observation.

Action sur la tuberculose pulmonaire

Le 17 septembre 1924 paraissait dans la *Presse médicale* un article de F. Besançon et Jacquelin sur le pneumothorax partiel, bilatéral simultané. Impossible au premier examen, le pneumothorax bilatéral ne surprend guère ceux qui ont pratiqué beaucoup de pneumothorax unilatéral.

« Dans 98 % des phtisiques le pneumothorax complet n'est pas applicable » (Besançon *Presse Médicale* 17 septembre) et cependant le pneumothorax a guéri quelques malades, en améliore des quantités et semble donner à *première vue* une grande quantité de guérisons.... Comment agit-on dans le pneumothorax? Nous emprunterons à Dumarets et Murard, phtisiologues distingués, les différentes interprétations et nous donnerons la nôtre.

Pour Toussaint et Stokes : suppression des phénomènes congestifs du poumon par suite de compression ;

Murphy : mise au repos de l'organe ;

Adams : suppression de la circulation veineuse ;

Au contraire Sakur et Sauerbruck invoquent un excès de circulation ;

Lamké, lui, affirme l'existence d'un ralentissement de la circulation lymphatique et sanguine d'où diminution de la résorption des toxines élaborées au niveau des foyers caséeux. Le ralentissement lymphatique fut effectivement démontré expérimentalement par Sozno Shinger et par Mulhujisen.

En résumé, la plupart des auteurs parlent de l'action de compression, de mise au repos du poumon, de perturbation de la circulation. Il est bien évident que puisque F. Besançon a pu faire le pneumothorax bilatéral simultané ce n'est ni la compression, ni la mise au repos absolu qui a permis de guérir ces malades. La théorie sous laquelle nous nous rangeons est une théorie d'irritation sympathique qui se produirait de la façon suivante :

L'action mécanique irrite les feuillets de la plèvre et les terminaisons nerveuses sympathiques qui s'y trouvent. Il suffit pour améliorer un malade légèrement infecté d'entretenir l'irritation de cette plèvre pour entretenir du même coup l'irritation sympathique. Or, dans le premier paragraphe, nous avons parlé de l'action de l'adrénaline sur le sympathique périartériel. Il nous est venu naturellement à l'esprit de tenter l'injection intrapleurale d'adrénaline et que notre théorie soit exacte ou fausse il y a un fait patent : les malades en cours de traitement s'améliorèrent très rapidement. Elle a l'avantage de la simplicité et de n'être pas dangereuse. En matière pulmonaire, il faut attendre des années avant de pouvoir porter un jugement ferme.

Et maintenant que nous sommes sur ce chapitre, nous dirons encore quelques mots de l'action de l'adrénaline fixateur de la chaux. Ces premières épreuves sont encore de dates trop récentes pour me permettre de faire des observations.

Un grand maître phtisiologue, nous apprend que l'adrénaline est un fixateur énergique de sels de chaux et cite des faits qui semblent donner raison. Traitement de l'ostéomalacie (Bossi, Bernard). La consolidation des fractures expérimentales (F. Carnet et Slavu). Par quel mécanisme la chaux est-elle fixée sur la partie malade, à notre avis en favorisant la circulation par l'excitation sympathique. L'adrénaline favorise un apport de matériaux en solution dans le sang et active la cicatrisation. Mais alors il serait peut-être préférable de faire agir l'adrénaline sur le territoire sympathique dont dépend la blessure au lieu de la donner par la voie buccale.

Il y aurait également des recherches intéressantes à faire dans le traitement de la gangrène sénile et celui des engelures et dans le traitement de l'angine de poitrine. Cette méthode aurait l'avantage d'être plus simple que la sympathicectomie cervicale de Jonesco.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 février 1925

Inspection des laboratoires. — *M. Léon Bernard* appuie les conclusions du rapport de M. Regaud et estime avec lui qu'il est très important de s'assurer que la direction des laboratoires soit confiée à des compétences parfaites. M. Léon Bernard propose d'instituer un laboratoire central d'Etat, laboratoire idéal, où se trouveraient les inspecteurs compétents qui auraient le droit de contrôle absolu sur les laboratoires privés.

Les dangers que présentent les manipulations et le transport des corps radio-actifs. — *M. Regaud* fait un rapport au nom d'une Commission nommée pour étudier cette question. Parmi les mesures qui s'imposent, il faut tout d'abord que les établissements industriels, où l'on travaille ces corps radio-actifs, soient déclarés comme insalubres. Il faudrait, en outre, que le sang des ouvriers destinés à ces travaux fût examiné. Enfin, les travailleurs devront se conformer à certains règlements. Enfin, M. Regaud propose que l'Académie émette les vœux suivants :

1° Que les établissements industriels où on manipules les corps radio-actifs soient classés parmi les établissements insalubres, non pour le voisinage, mais pour les travailleurs ;

2° Qu'une réglementation et une nouvelle étude soient faites dans le détail, par une Commission administrative, scientifique et technique, soient imposées à ces établissements en tenant compte de la loi sur les accidents du travail. Ces propositions sont adoptées.

Etudes anatomo-cliniques d'un cas de diabète acromégalique avec lésions du tuber cinéreum. — *MM. Marinesco* et *Paulian* ont observé chez une femme de cinquante-cinq ans, atteinte de diabète acromégalique, les altérations des viscères, plus particulièrement les altérations de l'hypophyse dont le tube antérieur était altéré. Les auteurs insistent sur les changements morphologiques des cellules du tuber cinéreum.

Il résulte des recherches très complètes et très minutieuses des deux auteurs que le diabète acromégalique serait dû à des altérations du cinéreum qui règle les fonctions glycogéniques du foie par l'intermédiaire des autres glycogéniques inférieurs.

Sur le contrôle et la mesure des propriétés de l'anatoxine diphtérique. — *M. G. Ramon.* — L'anatoxine joue maintenant un rôle important dans la thérapeutique préventive et curative de la diphtérie chez l'homme et la production de l'antitoxine diphtérique chez les animaux. Il importe donc d'effectuer le contrôle et la mesure de son innocuité et de son pouvoir antigène.

Pour vérifier l'innocuité l'auteur injecte sous la peau de plusieurs cobayes 6 cent. cubes du produit. Les animaux, suivis pendant plusieurs semaines, ne doivent présenter ni œdème au début ni escarre par la suite au lieu de l'injection. Ils ne doivent pas perdre de leurs poids.

Pour apprécier la valeur immunisante de l'anatoxine, l'auteur se fonde sur les rapports étroits entre le pouvoir floculant et le pouvoir immunisant de l'anatoxine.

Prophylaxie de la coqueluche. — *M. V. Gillot* (d'Alger). — La

séro-prophylaxie de la coqueluche est un fait acquis, mais elle ne peut être d'usage courant étant données les difficultés de la récolte du sérum convenable et ses manipulations. L'auteur a eu recours à un procédé nouveau très simple, commode, à la portée de tout praticien. Il consiste en l'injection sous-cutanée de sang total d'origine humaine faite aux jeunes enfants en milieu épidémique et contagieux.

Tantôt il a eu recours au sang d'une personne de l'entourage ayant eu la coqueluche à un moment de la vie, tantôt il a simplement employé le sang de la mère ou du père sans se préoccuper de savoir s'ils avaient eu la coqueluche.

Durant une épidémie de coqueluche assez forte, qui a sévi en 1924 à Alger, l'auteur a expérimenté cette méthode avec M. Athias à la Clinique médicale infantile d'Alger. La lecture des observations montre que :

1° Tous les enfants traités avant la période d'invasion ont été effectivement protégés ;

2° Ceux traités au début ont une coqueluche très atténuée et cela a été obtenu chez tous avec *une seule* injection et des doses minimes.

Séance du 17 *février* 1925.

Propriétés antimicrobiennes de diverses eaux fluviales ou marines. Pouvoir bactériophage. — *MM. F. Arloing, Sempé* et *Chavanne* (de Lyon) étudiant les eaux du Rhône, de la Saône, de l'Isère, du Drac, de la Romanche, de l'estuaire de la Seine, de la rade ou du port du Havre, ont mis en évidence le pouvoir antimicrobien de ces eaux à l'égard de certains microbes du groupe intestinal.

Ils rattachent ces effets à une action lytique bactériophagique variable avec les régions géographiques, les cours d'eaux, l'étiage du fleuve, etc.. Ainsi, le Rhône et l'Isère sont spécialement antityphiques, l'Isère et les eaux de la région grenobloise, y compris l'eau de neige, antipara A, les eaux hâvraises anti-Shiga ; le pouvoir anti-Coli est le plus fréquent et appartient surtout aux eaux à cours lent très souillées : Saône, Seine, bassins du port du Havre.

Le pouvoir antimicrobien est en général plus marqué en aval qu'en amont d'une localité importante. Ce phénomène de bactériolyse, intéressant par ses conséquences hygiéniques, semble par ses caractères biologiques être plutôt d'ordre biologique que physico-chimique.

Apparition d'agglutinines dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique. — *M. Pettit.* — La présence d'agglutinines dans le sérum sanguin des sujets atteints de jaunisse infectieuse permet le sérodiagnostic de cette affection ; pour les malades des hôpitaux un tel service de diagnostic fonctionne dans le laboratoire Pettit, à l'Institut Pasteur. Or, ce médecin a constaté la présence des agglutinines pour le spirochète de la jaunisse infectieuse dans les liquides céphalo-rachidiens envoyés par les chefs de service des hôpitaux ; il y a vraisemblablement là un nouveau procédé de diagnostic pour la spirochétose ictéro-hémorragique.

Le rôle des noyaux du « tuber » dans le diabète expérimental. — *MM. Urechia et Nitescu* ont fait une série de recherches expérimentales pour contrôler les rapports du pancréas avec le centre végétatif du tuber. Il ressort de leurs expériences qu'après l'extirpation totale du pancréas on trouve une réaction dégénérative évidente du noyau périventriculaire du tuber cinereum. Ces faits confirmatifs des expériences de Dresel et Lewy, de Camus, Gournay et Legrand, font penser que le noyau périventriculaire constituerait le centre tubérien régulateur des échanges sucrés.

Méningite syphilitique tardive grave. — *M. Long* (de Genève) relate l'observation clinique et anatomique d'un cas de méningite syphilitique tardive grave. Il s'agit d'une femme de 54 ans présentant des troubles depuis six mois — rachialgie, céphalée — puis ultérieurement ictus paraplégique. A l'entrée à l'hôpital, diminution de la force musculaire des membres inférieurs, réflexes tendineux vifs, réflexe cutané plantaire en éventail, hypoesthésie cutanée remontant jusqu'en D^8, pupilles inégales et paresseuses, paralysie vésicale partielle. La ponction lombaire montrait un liquide ambré avec 0,20 p. 1000 d'albumine, 210 lymphocytes par millim. cube, de rares polynucléaires, Bordet-Wassermann positif. Il s'agissait donc d'une méningo-myélite syphilitique à marche lente évoluant depuis quelques mois et d'intensité moyenne, car elle n'avait pas encore produit de troubles moteurs sensitifs ou trophiques graves, en somme une de ces formes cliniques qui, dans la pratique, donne un succès thérapeutique total ou satisfaisant.

Or, le traitement mercuriel et ioduré fut mal supporté, le 914 n'empêcha pas l'affection d'évoluer et de s'aggraver rapidement : mort en trois semaines.

A l'autopsie, confirmation du diagnostic clinique. Il semble, dans ce cas, que le traitement ait plutôt réactivé les lésions. Il s'agit de syphilis tardive tertiaire maligne. Ceci s'explique par la diffusion de l'infiltration inflammatoire spécifique qui a pris ici l'allure d'une forme jeune, active, agissant par imprégnation toxinienne du névraxe et rappelant certaines méningites de la période secondaire avec exsudat abondant, étiquetées tertiarisme précoce.

Elections. — MM. Parisot (de Nancy) et Durand-Fardel (de Vichy) sont élus membres correspondants nationaux.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 16 février 1925.

La vie sans pancréas. Effets de la suppression du traitement par l'insuline chez le chien totalement dépancréaté : coma diabétique, sa guérison par bicarbonate de soude et insuline. — *M. Hédon* continuant ses recherches sur un chien dépancréaté depuis quatorze mois, et depuis ce temps traité par l'insuline, montre qu'il a été possible de maîtriser constamment le diabète résultant de l'ablation du pancréas. Si l'on supprime brusquement l'insuline on observe 1° des accidents très graves d'acidose, ainsi qu'on l'a déjà observé chez l'homme ; 2° que l'association des injections intraveineuses de bicarbonate de soude au traitement par l'insuline permet de rétablir l'état normal à une période très avancée du coma, alors que chacun de ces agents, pris isolément, serait inefficace.

En effet l'insuline seule, à cette période, est incapable de rétablir la réserve alcaline et de désintoxiquer l'organisme ; et, d'autre part, sans insuline, le bicarbonate de soude ne saurait avoir qu'une action incomplète et éphémère.

M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 février 1925.

A propos du radius curvus. — M. *Mauclaire* présente les radiographies de trois sujets qu'il a observés et qui étaient atteints de radius curvus. Les lésions semblent très différentes suivant les cas et par suite le traitement doit varier suivant les cas.

A propos du traitement du pied bot varus équin. — M. *Mathieu* fait un rapport sur un travail de MM. Mesnard et Magenevilli relatif au traitement opératoire du pied bot varus équin. La constatation d'échecs assez fréquents les a conduits aux deux conclusions suivantes : 1° le déplacement de l'astragale est la lésion principale et cette luxation congénitale de l'astragale explique la rupture d'équilibre musculaire. Peut-être cette conclusion est-elle discutable. Certainement le déplacement peut être la cause de l'irréductibilité. Mais dans certains cas après section des ligaments l'astragale reprend très bien sa place. Ce qui ne serait pas en faveur d'une luxation congénitale ; 2° Il est nécessaire d'obtenir une réduction parfaite de l'astragale pour que la guérison soit obtenue.

Il est certain que si la guérison n'est pas obtenue dès la première enfance, on peut obtenir de bons résultats avec la ténotomie à ciel ouvert. Mais pas toujours. D'autre part l'astragalectomie est une solution imparfaite.

MM. M. et M. proposent donc la réduction de l'astragale : Après section du tendon d'Achille on dégage les péroniers ; on

Conférences du Professeur Jacobaeus. — Mardi 3 mars à 17 heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le Pr JACOBAEUS professeur de médecine à l'Université de Stockholm (Institut Caroline), fera une conférence en français sur le sujet suivant : La thoracoscopie et ses applications à la cautérisation des adhérences au cours du pneumothorax artificiel (avec projections).

Mercredi matin 4 mars à 10 heures, à l'hôpital Laënnec (Quartier des tuberculeux, services du Pr L. Bernard et du Dr Rist), le Pr JACOBAEUS fera une démonstration pratique de sa méthode de thoracoscopie.

Hôpital Broussais. — *Cours de pratique cardiologique* sous la direction de M. le Dr Ch. LAUBRY, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel ROUTIER, Jean WALSER, assistants, Pierre OURY, ancien interne et de MM. MARCHAL, interne médaille d'or et THOMAS, interne du service, du 2 au 14 mars 1925, tous les jours de 10 heures à midi.

Programme des leçons : L'angine de poitrine ; étude clinique et pronostique des extrasystoles ; étude clinique et pronostique des arythmies complètes ; le cœur sénile ; les myocardies ; les troubles cardiaques en rapport avec la pathologie des glandes endocrines ; l'hypertension primitive ; traitement des dysthyroïdies ; L'insomnie et son traitement chez les cardiaques ; indication et technique des traitements digitaliques et ouabaïniques chez les cardiaques ; les œdèmes cardiaques et leur traitement ; la mort subite.

En outre des leçons théoriques : MM. les médecins inscrits au cours seront invités à assister aux consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang qui auront lieu les mardis, jeudis et samedis de 9 h. 1/2 à 11 heures, ainsi qu'aux leçons cliniques faites au lit du malade par M. le Dr Ch. Laubry, les lundis, mercredis et vendredis, mêmes heures.

Droit d'inscription : 150 francs. S'adresser dès maintenant à M. le Dr Daniel ROUTIER, à l'hôpital Broussais, directement, de 10 heures à midi, ou par correspondance.

Facultés de Médecine. — PARIS. — La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. (*J.O.*, 18 fév. 1925.)

— M. René Wolff, licencié ès sciences, ingénieur chimiste, est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef de laboratoire adjoint (clinique médicale de l'hôpital Cochin), en remplacement de M. May, démissionnaire.

M. Zimmern, agrégé libre, est rappelé à l'exercice, à dater du 1er décembre 1924 jusqu'au prochain concours d'agrégation, en remplacement de M. Strohl, appelé à d'autres fonctions.

— ALGER. — M. le Dr Thiodet est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef du laboratoire de clinique médicale infantile.

M. Fuster, docteur ès-sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions d'agrégé (accouchements).

M. Sénevet, agrégé, est chargé, à partir du 1er novembre 1924 jusqu'à la nomination d'un titulaire, du cours d'histoire naturelle médicale et parasitologie.

M. le Dr Fourest est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire de stomatologie.

M. Strohl, professeur de physique médicale est chargé en outre, pour l'année scolaire 1924-1ö25, du cours complémentaire de physique pharmaceutique (semestriel, deux heures par semaine), en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres lonctions.

M. Constantini, agrégé de chirurgie, est chargé, à partir du 1er novembre 1924 jusqu'à la nomination d'un professeur titulaire, du cours de clinique chirurgicale.

Cours public de pathologie buccale. — Le Dr Rousseau-Decelle ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de pathologie buccale à l'École française de stomatologie, commencera, le vendredi 6 mars à 17 heures 30, salle des conférences de l'École, une série de leçons sur : « *Tuberculose et cavité buccale*

Cet enseignement comportant cinq conférences se continuera tous les vendredis à la même heure.

Ces cours sont publics et gratuits. La direction de l'école demande seulement aux auditeurs de s'inscrire à l'avance par simple lettre adressée au Directeur de l'école, 20, passage Dauphine, Paris, 6e.

Programme des conférences : 6 mars, la bouche porte d'entrée de la tuberculose ; 13 et 20 mars, la tuberculose bucco-pharyngée ; 27 mars, la tuberculose des maxillaires ; 3 avril, les dents chez les tuberculeux.

Concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 8 juin 1925, à 9 heures, dans la salle des concours des l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du service de santé de l'administration, de 14 heures à 17 heures, du lundi 11 mai 1925 au samedi 23 mai inclusivement.

sectionne le ligament latéral externe dont on dégage l'astragale. On corrige la bascule de celui-ci, on refait et modèle les surfaces articulaires si c'est nécessaire. On met ensuite un appareil plâtré de six semaines — ce qui semble un peu long.

Ils ont fait trois fois cette opération avec des résultats satisfaisants. Mais il faut évidemment attendre pour se prononcer. Il faut aussi préciser les indications de cette opération.

Une série d'interventions pour lithiase biliaire. — M. *Proust* fait un rapport sur une statistique de 123 interventions pour lithiase biliaire, communiquée par le Dr Lowers (Courtrai). Il a rencontré un seul cas de vésicule fraise. Il fait plus volontiers la cholécystectomie que la cholécystostomie qui lui a paru exposer aux récidives. Mais par crainte de calculs se développant plus tard dans l'hépatique, il fait une cholécystectomie subtotale.

Sur ces 129 cas il n'a eu que 3 morts.

Discussion sur l'ostéosynthèse (*suite*). — M. *Mauclaire* a employé des techniques variées. Il a utilisé la technique de Lambotte et observé assez souvent des périostoses en saillie au niveau des vis. En 1910 il a employé le manchonnage métallique mais les cals étaient épais, irréguliers, les manchons difficiles à enlever. Il a utilisé aussi les plaques et bagues en ivoire, l'ivoire ayant l'avantage de se résorber spontanément et très lentement. Malheureusement les bagues et manchons n'épousent pas assez la forme de l'os et les plaques cassent aisément,

Actuellement il utilise les plaques métalliques de Lambotte.

Il croit l'ostéosynthèse justifiée dans les fractures de la clavicule, dans celles de l'avant-bras où le meilleur appareil est mauvais. Enfin dans certaines fractures du fémur et du tibia. Après vissage du fémur il croit comme Dujarrier à la nécessité d'une immobilisation prolongée.

Certes la suppuration est possible et constitue un accident très grave mais il faut reconnaître qu'elle est exceptionnelle.

L'enchevillement central ne lui paraît pas aussi dangereux que l'a déclaré M. Thierry.

Il n'en reste pas moins convaincu que le traitement non sanglant par l'extension continue contrôlée chaque jour à la bonnette serait préférable s'il était possible de l'organiser sérieusement dens les services.

Greffe osseuse et ostéomyélite. — M. *Dehelly* communique l'observation d'une jeune fille de 13 ans 1/2 atteinte d'ostéomyélite avec élimination presque complète de la diaphyse du tibia. Pour y suppléer M. D., une fois la cicatrisation obtenue, préleva une greffe d'Albec sur le tibia du côté opposé et la plaça comme une greffe ostéopériostique sous le périoste. Le greffon s'est cassé après l'ablation du premier appareil mais la consolidation s'est faite néanmoins. Après guérison, il a enlevé complètement la 1re cicatrice de la face externe et croit qu'il y a de grands avantages à attendre de ces ablations de cicatrices qui sont des recessus microbiens.

Insuffisance hépatique post chloroformique guérie par l'insuline. — M. *Lafourcade* communique l'histoire d'une de ses malades qui, opérée de gastro-entérostomie, et endormie au mélange chloroforme, alcool, éther, présenta une agitation extrême. Son état s'aggrava très vite ; ventre souple, vomissements noirs, puis coma, urines albumineuses, ni sucre ni acide diacétique, ni acétone. Puis apparition d'ictère. On tente alors une injection d'insuline intraveineuse. Le soir légère amélioration. Après la 3e injection, guérison progressive. Sort le 40e jour de la clinique et n'a plus eu d'accidents.

Sympathicectomie par résection du sympathique cervical pour angine de poitrine. — M. *Gernez* communique un cas très complet d'angine de poitrine pour lequel il a pratiqué la résection des trois ganglions cervicaux avec un résultat très heureux persistant depuis huit mois.

M. *de Martel* a vu trois fois cette opération ne donner aucun résultat heureux.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 février 1925.

A propos du zona et de la varicelle. — MM. *Lesné* et *de Gennes*. — La coexistence ou l'évolution successive du zona et de la varicelle chez un même sujet ou chez des personnes vivant au contact les unes des autres paraissent être des faits exceptionnels, et on n'en peut tirer aucune conclusion sur l'identité des deux maladies, pas plus que de la coexistence beaucoup plus fréquente de la varicelle avec la rougeole ou la scarlatine.

Le zona est rare chez l'enfant alors que la varicelle est très commune.

La varicelle ne récidive jamais, elle donne une immunité persistante et ne paraît pas immuniser contre le zona. Il est en effet fréquent d'observer un zona chez des adultes qui ont eu la varicelle dans leur enfance ; chez un enfant, nous avons pu constater à quelques années de distance une varicelle puis un zona occipital.

Le liquide céphalo-rachidien reste normal dans la varicelle alors que la réaction lymphocytaire est la règle dans le zona.

Le zona n'est pas inoculable, l'inoculation du contenu d'une vésicule de zona ne donne pas la varicelle à un enfant qui ne l'avait pas eue et ne lui confère envers cette maladie aucune immunité.

Au contraire, la varicelle est souvent inoculable et la varicellisation, qui donne une éruption discrète, constitue une méthode prophylactique employée à l'étranger.

Cette inoculation est positive chez des sujets atteints de zona, lequel n'immunise donc pas contre la varicelle. Ces divers arguments semblent plaider en faveur de la non identité de ces deux affections.

M. *Huber* pense qu'il faut cependant retenir les rapports non douteux mis en évidence par certaines observations entre le zona et la varicelle.

M. *Sicard* en poursuivant d'autres études a été amené à inoculer du liquide vésiculaire zonateux à des encéphalitiques. Jamais les sujets inoculés n'ont présenté de varicelle.

Un cas de dilatation bronchique très amélioré par la phrénicotomie. — MM. *A. Chauffard et A. Ravina*. — L'insuccès de toutes les méthodes employées contre la dilatation bronchique est si habituel qu'on doit chercher à mettre en œuvre toutes les améliorations apportées à ce traitement. La phrénicotomie récemment employée avec succès par MM. Rist, Maurer, Rolland, Weltis, vient de donner à MM. Chauffard et Ravina des résultats excellents. Il s'agissait d'un homme de 43 ans atteint d'une dilatation volumineuse du lobe inférieur droit, dont l'état général était grave et dont l'expectoration dépassait 200 cc. par jour. La phrénicotomie, pratiquée sous anesthésie locale par M. Maurer, a été admirablement tolérée. Le bénéfice retiré en a été très rapide, l'expectoration tombant de 200 cc. à 40 cc., les signes fonctionnels se sont atténués et le malade a augmenté de 5 kilos.

La phrénicotomie permet l'étude la plus complète, clinique, radiologique de l'hémiplégie diaphragmatique qui a été étudiée récemment par Heidenrich, élève de Mariano Castex. Le malade de MM. Chauffard et Ravina en présente tous les signes cliniques : l'élévation circonférentielle et l'immobilité de la base pulmonaire, l'absence de changement de niveau de la matité, dans le decubitus ventral, l'absence de dépression inspiratoire du côté opposé. Il en a aussi les signes radiologiques : ascension de la coupole diaphragmatique, obscurcissement uniforme de l'hémithorax, signe de Kienbock de faible amplitude.

On peut dire que la phrénicotomie paraît actuellement la méthode de choix contre les dilatations bronchiques si souvent localisées au lobe inférieur. Sans entraîner la guérison absolue si difficile à atteindre, elle peut amener une amélioration considérable.

M. *Rist*. — La meilleure indication de la phrénicotomie se rencontre dans les lésions de la base, le résultat est beaucoup moins sûr dans les affections du sommet. Dans la dilatation bronchique la phrénicotomie peut donner, dans certains cas, la guérison définitive, mais il ne faut pas oublier les bons résul-

tats que donne aussi le pneumothorax artificiel. Il est souvent malaisé de dépister cliniquement l'hémiplégie diaphragmatique que donne la phrénicotomie.

M. *Sergent* a, sur ce dernier point, la même opinion que M. Rist. L'ascension du diaphragme ne suit pas une marche régulière.

M. *J. Hallé* croit que dans certains cas de dilatation bronchique et dans la gangrène pulmonaire du lobe inférieur il y a intérêt à associer la phrénicotomie et le pneumothorax artificiel.

Sur un cas d'hyperélasticité congénitale des ligaments articulaires et de la peau. — MM. *Gilbert, Villaret et Grellety-Bosviel* présentent un jeune homme normalement développé et qui est atteint d'une hyperélasticité congénitale des ligaments articulaires frappant surtout les articulations des doigts et des orteils qu'on arrive à luxer sans effort et sans provoquer de douleur.

La peau offre, elle aussi, un degré remarquable d'hyperélasticité aussi intense aux membres qu'à la figure ; elle se laisse très facilement étirer et une fois relâchée elle revient aussitôt sur elle-même sans présenter le moindre pli.

A ces deux symptômes capitaux vient s'adjoindre de l'acrocyanose, elle aussi congénitale, s'accompagnant d'engelures ulcéreuses l'hiver et disparaissant l'été.

Une enquête personnelle et familiale fit éliminer la syphilis comme cause étiologique. La mère du malade a eu 12 enfants nés à terme, 10 sont encore actuellement vivants ; fait intéressant, trois sont atteints d'acrocyanose et l'un d'entre eux présente un certain degré d'hyperélasticité des ligaments articulaires. Dans le village où a vécu cette famille, il n'existe pas de cas analogue à celui que nous présentons.

Chorée congénitale. — MM. *L. Babonneix et Maurice Lévy* présentent un sujet de 51 ans atteint de mouvements choréiques caractéristiques, lesquels auraient débuté dans les premiers temps de la vie, et auraient, depuis, persisté tels quels, sans modifications. Il n'existe, chez lui, aucun symptôme d'ordre pyramidal ou cérébelleux. L'absence d'athétose permet d'éliminer la lésion du carrefour hypothalamique, récemment décrite par MM. Guillain et Alajouanine. Ne s'agirait-il pas d'une lésion localisée au putamen et au noyau caudé ? Ce n'est là qu'une hypothèse, mais elle semble mieux rendre compte du fait que celle qui me trait en cause une altération des pédoncules cérébelleux, au voisinage de la commissure de Wernekink.

La sclérose en plaques est-elle d'origine syphilitique ? — MM. *Henri Dufour et Marcel Ferru*. — L'un des auteurs a rappelé son opinion sur ce sujet à la Réunion neurologique de mai 1924. Cette opinion était qu'à moins de démonstration positive en faveur de l'existence d'un agent parasitaire spécifique autonome de la sclérose en plaques, il existait d'excellentes raisons établies sur l'examen des malades pour rattacher cette affection à la syphilis héréditaire surtout, et acquise faut-il ajouter.

Depuis lors, on a apporté quelques documents pouvant servir à la solution de cette question.

En novembre 1924, MM. Sézary, Dessaint et Jonesco présentent un cas où les signes cliniques en imposaient pour la sclérose en plaques. Le malade est syphilitique, il s'améliore par le traitement, donc il ne s'agit pas de sclérose en plaques, disent les auteurs.

En décembre 1924, dans le *Journal de Médecine de Lyon*, MM. Devic et Bernheim rapportent un cas de syndrome absolument superposable à celui de la sclérose en plaques, dans lequel la syphilis héréditaire était évidente.

Puis MM. H. Claude et Targowla, en janvier 1925, publient une observation intitulée : « Sclerose en plaques et troubles mentaux chez une syphilitique » ; mais pour eux, les deux affections, syphilis et sclérose en plaques, paraissent indépendantes.

Deux malades observés par les auteurs concernent, l'un un homme de 58 ans avec liquide céphalo-rachidien normal, sauf la teneur en albumine un peu élevée. Jeune, il a eu un chancre et de la roséole traités à St-Louis. Chez ce malade existe un syndrome de sclérose en plaques évoluant depuis quinze ans avec des troubles de la parole, du tremblement intentionnel, une démarche spasmodique, des réflexes exagérés, des troubles oculaires portant sur la fonction chromatique de la rétine.

Dans l'autre cas il s'agit d'une femme de 42 ans, atteinte, depuis dix ans, de tremblement typique intentionnel de la main droite, d'une ébauche de tremblement du côté gauche, de parole scandée. Il y a eu un léger nystagmus transitoire. Les réflexes tendineux sont un peu forts. Le liquide céphalo-rachidien a montré en 1920, une lymphocytose avec albuminose anormale et une réaction de Wassermann partiellement positive. Fait intéressant, le fils, âgé de 12 ans 1/2 a présenté depuis 1924 des troubles passagers de l'écriture. La réaction de Wassermann a été faite avec le sang de l'enfant dans plusieurs laboratoires : l'un d'eux l'a trouvée positive et un deuxième a constaté, par le procédé de Hecht, un très faible empêchement à l'hémolyse.

Tels sont les faits, ce qui serait regrettable serait d'établir un système qui considérerait la question comme tranchée, et lorsque la syphilis accompagne le syndrome de la sclérose en plaques de déclarer ou qu'il y a ressemblance sans identification possible entre certaines syphilis à type de sclérose en plaques et la vraie sclérose en plaques.

M. *C. Vincent*. — Il faut éviter la confusion entre la sclérose en plaques vraie et certains syndromes qui lui ressemblent plus ou moins. D'ailleurs il y a des raisons histo-pathologiques sérieuses pour empêcher d'admettre que la syphilis soit à l'origine de la sclérose en plaques légitime.

M. *Sézary* partage l'opinion de M. Vincent. Il y a un certain nombre d'affections qui simulent la sclérose en plaques, la syphilis peut donner un tel syndrome. Il est d'ailleurs fréquent de trouver alors des altérations caractéristiques du liquide céphalo-rachidien et, de plus, le traitement spécifique se montre efficace.

Insuffisance surrénale et hérédo-syphilis. — M. *Pautrier* présente deux observations particulièrement démonstratives

Dans la première, un jeune homme de 20 ans, se présente avec une asthénie très prononcée, des céphalées rebelles, et ayant eu, dit-il, quelques mois auparavant, une plaque muqueuse de la gorge. Le B.-W. du sang est fortement positif, négatif dans le liquide C.-R. La tension maxima est faible, 10,5. Phénomène de la ligne blanche. Le malade mis au traitement novarsénobenzolique et mercuriel avec opothérapie surrénale, s'améliore progressivement. La pression remonte à 24,5. L'enquête faite l'année suivante dans la famille révèle une vieille syphilis du père, qui commence un tabès, et un B.-W. positif chez la sœur du malade.

La deuxième observation a trait à un jeune homme de 22 ans, normal jusqu'à 17 ans, mais qui, à partir de ce moment-là, voit son caractère changer, devient hypochondriaque, maigrit, devient asthénique. Tout lui est un effort, le travail intellectuel lui devient impossible. Aucun antécédent de spécificité personnel, ni familial connu. Le B.-W, est douteux mais le Hecht positif. Tension maxima à 10,5. Amélioration nette par le traitement par l'énésol, puis l'hectargyre associé à l'opothérapie surrénale. Le père est venu révéler par la suite qu'il avait contracté la syphilis à l'âge de 20 ans et que sa femme, hérédo-syphilitique avérée, avait fait un syndrome addisonien, guéri par le traitement spécifique.

On a rarement l'occasion d'observer des faits aussi probants. Ils montrent tout ce que l'on peut attendre de l'étude de l'hérédo-syphilis des endocrines.

L'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire au cours des cardiopathies mitrales. — MM. *Flandin et Th. Laennec* présentent deux malades qui, au cours d'une cardiopathie mitrale ancienne, ont présenté des symptômes paraissant conditionnés par une insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.

La première malade, âgée de 30 ans, atteinte de sténose mitrale avec insuffisance consécutive à une chorée de l'enfance, a eu, à de nombreuses reprises, des crises d'œdème pulmonaire, avec expectoration rosée et mousseuse. Examinée quelques jours après sa dernière crise, cette femme présentait en dehors des signes classiques de la maladie mitrale, un souffle diastolique rude et râpeux sur le bord gauche du sternum au niveau des 3e et 4e espaces intercostaux. L'orthodiagramme a montré

l'image radioscopique classique de la sténose mitrale, le cœur cubique avec une grosse dilatation de l'artère pulmonaire sans modification du calibre aortique — les signes radiologiques ainsi que les signes cliniques montrent bien qu'il s'agit d'une maladie mitrale avec insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.

La seconde malade, âgée de 33 ans, est atteinte d'un rétrécissement mitral congénital. Elle a présenté depuis l'âge de 15 ans des poussées transitoires de défaillance cardiaque, avec manifestations surtout hépatiques. Les poussées ont habituellement regressé rapidement sous l'influence du repos et de la médication digitalique. C'est au cours de la dernière crise de défaillance cardiaque, favorisée dans son apparition par une période de fatigue et de surmenage ayant mal réagi aux tonicardiaques qu'il a été constaté en dehors des signes classiques de rétrécissement mitral un souffle diastolique au niveau de la partie interne du troisième espace intercostal gauche, avec, à l'écran radioscopique, distension de l'artère pulmonaire, pouvant, comme dans le cas précédent, faire porter le diagnostic d'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire associée à la lésion mitrale.

De ces deux observations découle l'intérêt qu'il y a à toujours rechercher chez des malades atteints de lésions mitrales, une insuffisance fonctionnelle pulmonaire associée.

Le diagnostic ne saurait être fait seulement cliniquement sur la constatation d'un souffle diastolique de la base du cœur ni sur la physionomie un peu particulière des troubles fonctionnels (en particulier crises d'œdème pulmonaire ou hémoptysies répétées). Il faudra toujours contrôler le diagnostic par l'examen radioscopique qui, montrant une distension marquée de l'artère pulmonaire, présentera une très grande importance.

Séance du 20 février 1925.

Insuffisance surrénale et syphilis. — M. *Sézary* rappelle ses recherches antérieures sur le rôle joué par la syphilis dans la pathologie surrénale. Mais il ne considère pas comme démontrée l'origine surrénale de l'asthénie des malades qui ont fait l'objet de la communication de M. Pautrier. Les caractères de l'asthénie ne sont pas en effet ceux de l'asthénie surrénale, que ni l'association d'hypotension artérielle, ni l'argument thérapeutique ne permettent d'affirmer. Il n'en est pas moins intéressant de constater l'origine syphilitique de certains cas d'asthénie, dont la pathogénie demeure encore discutable.

L'insuffisance surrénale hérédo-syphilitique, phénomène d'apéidose. — M. *Flandin* ajoute aux deux cas rapportes par M. Pautrier un troisième cas d'insuffisance surrénale grave chez une jeune fille de 14 ans, hérédo-syphilitique, guérie par l'opothérapie surrénale et le traitement spécifique. Il insiste sur l'absence de caractères spécifiques du syndrome qui ne peut être rapporté à la syphilis que par l'enquête familiale, les réactions humorales, le traitement d'épreuve. Les insuffisances surrénales en question sont de nouveaux exemples du processus d'apéidose décrit par l'auteur. Enfin, celui-ci met en garde contre les traitements insuffisants qui préparent des récidives.

A propos du zona et de la varicelle. — M. *Netter*, au sujet des faits relatés par M. Lesné — inoculation avec succès de la varicelle à des enfants ayant un zona — signale qu'un auteur viennois, Leiner, a inoculé à quatre enfants du liquide vésiculaire zonateux. Le résultat fut positif chez trois d'entre eux sous la forme d'un zona apparu onze jours après l'inoculation. Tous les quatre furent exposés à la contagion varicellique et seul l'enfant qui n'avait pas eu de zona contracta la varicelle. Le même expérimentateur ayant placé dans un service de varicelleux des enfants ayant eu un zona, observa qu'aucun de ces derniers ne prit la varicelle.

M. *Lesné* ne peut que confirmer ses observations : deux sujets ayant eu un zona furent inoculés avec du virus varicelleux, ils eurent la varicelle.

M. *Netter* revient à nouveau sur la réaction de fixation : 78 fois sur 80 le sérum de zonateux a donné une réaction positive pour la varicelle.

M. *Huber* apporte une nouvelle observation, une fillette en contact avec sa sœur atteinte de varicelle fit, quinze jours après. un zona.

Aérophagie et rhino-pharyngite. — MM. *Ameuille et Tarneaud* rapportent l'observation d'un cas d'aérophagie grave et prolongé, à retour nocturne régulier, dû à l'existence d'une sinusite purulente méconnue. Dans le décubitus du sommeil, l'écoulement du pus dans le naso-pharynx entraînait la déglutition des gaz et amorçait la crise d'aérophagie. La cure radicale de la sinusite entraînait la disparition immédiate et définitive des troubles dypeptiques. Un pareil mécanisme semble jouer fréquemment au cours de toutes les rhino-pharyngites aiguës ou chroniques. Il semble commander l'apparition des troubles gastro-intestinaux qui accompagnent ou suivent les épidémies hivernales de « grippe ». Le traitement efficace de la naso-pharyngite suffit à faire les troubles gastriques.

M. *Cain* cite un cas qu'il a personnellement observé. Il s'agissait d'un sujet présentant depuis l'enfance une occlusion complète des fosses nasales. La distension de la poche à air gastrique et l'aérocolie succédaient rapidement à toute ingestion : le vomissement se produisait quand la pression intra-gastrique avait atteint un taux suffisant. On obtint une certaine amélioration en alimentant au chalumeau.

M. *Le Noir.* — Les causes de l'aérophagie sont multiples et il faut que s'associe à la cause provocatrice des mouvements de déglutition un trouble du système nerveux entraînant le spasme du cardia.

M. *Guinon.* — En pathologie infantile on voit souvent, chez les hérédo-syphilitiques, les végétations adénoïdes amener l'aérophagie unie à l'anorexie permanente et aux vomissements.

Névrites et pseudo-tabès arsénobenzéniques. — MM. *Sézary et Chabanier* rapportent plusieurs observations de névrites arsénobenzéniques survenant chez des syphilitiques traités et simulant le tabès.

Les quatre premières sont des névrites sensitives atténuées, rappelant celles qu'a décrites M. Sicard. L'acroparesthésie, les troubles légers de la sensibilité objective, l'abolition des réflexes achilléens peuvent en imposer pour un tabès fruste. Mais le diagnostic différentiel est facile, car les douleurs ne sont pas lancinantes, les troubles des pupilles et des sphincters font défaut, les troubles sensitifs n'ont pas une topographie radiculaire et le liquide céphalo-rachidien est normal.

Dans deux autres cas, l'un d'intoxication professionnelle, l'autre d'intoxication médicamenteuse massive, se trouva réalisé le syndrome du pseudo-tabès polynévritique, avec ataxie intense et abolition des réflexes tendineux. La distinction d'avec le tabès se base sur les mêmes éléments que précédemment.

Il importe de faire un diagnostic différentiel précis, car la conduite thérapeutique est absolument opposée dans l'un et l'autre cas. La suspension de l'arsenic permet en effet une guérison progressive du pseudo-tabès, les réflexes achilléens demeurant longtemps abolis.

La sensibilité spéciale des malades à l'arsenic, la répétition prolongée des doses, l'injection massive du médicament, son introduction sous-cutanée, sont autant de facteurs qui prédisposent aux névrites arsenobenzéniques.

M. *Sicard* a étudié d'une façon prolongée l'évolution de l'aréflexie achilléenne. Elle peut être fort longue mais tôt ou tard le réflexe apparaît.

M. *Milian.* — Il est dangereux de généraliser ces vues. Le tabès peut apparaître au cours du traitement arsenical, ceci se produit surtout quand on a recours au traitement par les petites doses qui excitent l'activité du tréponème. Maintes fois M. Milian a cessé le traitement arsenical par prudence en voyant survenir l'aréflexie achilléenne et dans plusieurs cas il a assisté à l'évolution d'un tabès.

M. *Sézary* s'est entouré de toutes les sécurités pour le diagnostic ; il ne peut s'agir ni de névrite alcoolique, ni de tabès.

M. *P.-E. Weil.* — Le rôle du terrain dans l'intoxication arsénobenzolique est très important.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 février 1925

Les poches sous les yeux. Traitement chirurgical. — ***M. Bourguet*** montre par des projections comment se forment ces poches qui sont un prolongement adipeux de la masse graisseuse qui comble la cavité orbitaire et repousse en avant les paupières qu'elles font saillir d'une façon disgracieuse. Par une incision conjonctivale, il arrive sur la poche graisseuse, l'ouvre et enlève la graisse en excès.

Calcul biliaire géant. — ***M. V. Pauchet*** présente un calcul biliaire du poids de 100 grammes enlevé par cholécystostomie chez un homme de 60 ans.

Pneumothorax opératoire total. — ***M. Peugniez*** défend ce pneumothorax qui pratiqué progressivement avec saisie du poumon à l'aide de pinces, est une opération qui ne présente pas les dangers que redoutent MM. Petit de la Villéon et Rosenthal. C'est la notion de son innocuité qui a fait délaisser les chambres pneumatiques de torture des chirurgiens allemands.

Drainage médical des voies biliaires. — ***M. R. Gaultier***, s'appuyant sur une expérience de plusieurs années et sur un grand nombre d'observations, montre les heureux résultats du drainage non chirurgical des voies biliaires à l'aide du tube duodénal dans les cas d'ictère prolongé, de cholécystite chronique voire même chez des opérés de la vésicule biliaire conservant des troubles d'origine hépatique.

Traitement du cancer utérin. — ***M. Jean Gagey.*** — Dans le cancer du col ayant dépassé le stade opératoire, et ces cas sont les plus fréquents, aucune méthode ne peut être comparée à la curiethérapie qui donne dans la grande majorité des cas des améliorations locales et générales considérables, et souvent des guérisons de plusieurs années. Dans le cancer opérable, il faut, 4 à 6 semaines avant l'opération, faire une application de radium : en stérilisant ainsi l'utérus au point de vue microbien, on diminue la mortalité opératoire par infection, on évite en outre les risques de greffe locale pendant l'intervention.

Même dans le cancer utérin, si quelque raison s'oppose à l'hystérectomie abdominale totale, et qu'on doive se résoudre à l'hystérectomie vaginale, laquelle nécessite presque toujours le morcellement, il ne faut pas hésiter à la faire procéder d'un essai de stérilisation par curiethérapie.

Dystrophie facio-cranio-faciale. — ***M. Rœderer*** ayant suivi des enfants atteints de cette dystrophie, signalée par M. Robin, a reconnu que la glossoptose marche de pair avec la compression du confluent vital fonctionnel. Ce sont des enfants qui ont tout ce qu'il faut pour nuire à leur développement, et rien de ce qui leur est nécessaire. Cette notion ne doit plus être inconnue.

L'élasticité aortique et son exploration clinique. — Sur ce sujet, les livres de pathologie, même les plus modernes et les plus autorisés restent muets. ***M. A. Mougeot*** (de Royat) rappelle la définition du terme « élasticité » selon la conception des physiciens, et résumant ses importantes recherches de clinique et de laboratoire, montre comment et pourquoi il accorde la préférence à 3 procédés : la mesure comparative des pressions sanguines et de la vitesse de l'onde pulsatile aux membres supérieur et inférieur, la comparaison de l'intensité du souffle diastolique à la base du cœur et au triangle de Scarpa. C'est l'abrégé d'un important et nouveau chapitre de séméiologie vasculaire.

A. LAVENANT.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du mardi 10 février 1925

Un cas de gonococcie transmise du chien à l'homme. — ***M. Grimberg*** a observé un malade contaminé par sa chienne couchant dans son lit et qui, la veille de l'apparition de l'écoulement, avait réveillé son maître en se livrant sur lui à des frottements insolites. La chienne présentait un écoulement vulvaire verdâtre, dans lequel existaient de nombreux diplocoques présentant les réactions biologiques du gonocoque, mais un peu plus grands. Chez son maître, la taille des gonocoques était également plus grande.

A propos de la communication de M. le prof. Marcel Labbé, sur l'obésité. — ***M. Félix Regnault*** pense que le bistournage, usité chez le cheval, est susceptible d'expliquer les différences au point de vue de l'obésité et de l'énergie motrice avec les animaux castrés. L'obésité est d'abord localisée en certaines régions (maniements du bœuf) et le sujet conserve longtemps son activité, de même que les acromégaliques. Chez l'obèse, l'énergie digestive, la capacité assimilatrice sont augmentées souvent aussi la force musculaire (lutteurs). Puis l'énergie vitale flanche, l'obèse devient un malade.

Les maladies à virus chez les végétaux. — ***M. Foex.*** — La plupart nommées mosaïques. Celle du tabac, fréquente, peut affecter tous les organes, mais particulièrement la feuille. C'est une maladie généralisée, dont les symptômes extérieurs débutent dans les organes jeunes. Le suc prélevé dans n'importe quelle région, même exempte de symptômes, d'une plante malade, est susceptible d'amener l'infection. Ce suc reste infectieux après filtration sur bougie Chamberland, mais l'est moins après passage dans des filtres plus fins. Son pouvoir infectieux est même aboli par l'atnomètre de ***Livingston.*** Très résistant aux basses températures,— 180°, le principe infectieux est détruit au-dessous de 100° en milieu humide. La nature de ce principe infectieux est discutée, microorganisme (***Allard***), troubles enzymatiques (Chapman).

Le mosaïque du tabac est transmissible à plusieurs solanées, mais pas à toutes.

Le tabac contracte souvent la maladie au printemps, dans les couches à semis, sans doute à partir de débris de végétaux dans lesquels le principe infectieux a hiverné. Pendant l'été, la contamination paraît être assurée par les pucerons (Aphidicus).

Sur la théorie pathogénique du mal de montagne. — ***M. Dodel*** rappelle les trois théories en présence, celles de ***Paul Bert***, déficit d'oxygène, de ***Mosso***, déficit de CO^2, de ***Raphaël Dubois***, pour qui le mal des montagnes, séparé du mal des aéronautes, se rapproche du mal de mer et serait dû à une ventilation pulmonaire défectueuse : troubles respiratoires provoqués, en mer, par les mouvements du bateau, en montagne, par les heurts de la marche, tiraillant le diaphragme, et auxquels s'ajouterait la baisse de tension de l'O. et la formation plus grande de CO^2, sous l'influence du travail musculaire. Une auto-intoxication par les déchets respiratoires non éliminés constituerait la pathogénie du mal de mer et du mal de montagne.

Allant plus loin, ***R. Dubois*** compare ces troubles à ceux que produit l'air confiné (mal des théâtres).

M. Bayeux montre que le mal de montagne est polymorphe, qu'il ne s'accompagne pas de vertige, avec lequel il n'a rien de commun.

Quelques observations sur l'auto-intoxication acétonémique primitive non diabétique. — Le Dr ***Doussain*** communique trois observations de malades atteints d'acétonémie non diabétique.

Contrairement à ce qu'on observe généralement, les sujets en question ne sont pas des enfants.

Les caractères de l'affection (d'une durée fort courte d'ailleurs) se résument en trois mots : céphalées, vomissements, myosis. L'acétone se trouve dans les urines en quantité notable.

L'auteur, ayant observé ces malades dans un petit rayon et en dehors de toute infection, se demande s'il existe des conditions hygiéniques capables de produire les phénomènes.

Possibilité de préparer extemporanément les médicaments opothérapiques ingérables. — ***M. de Montcourt*** expose les moyens qu'il croit susceptibles de résoudre le problème et qui comportent l'emploi d'une glacière dont il donne la description.

Ch. GROLLET.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Traitement de la pneumonie

Les pneumococcies à localisation pulmonaire et spécialement la pneumonie sont des infections cycliques à évolution rapide qui tendent naturellement vers la guérison, à la double condition, d'une part, que l'envahissement des poumons ne soit pas trop étendu, de l'autre, que les défenses naturelles demeurent capables de réactions efficaces, et que les viscères, les reins, le cœur surtout, restent à la hauteur de leur tâche ; c'est ce qui fait la gravité de la pneumonie chez le vieillard dont les organes sont affaiblis, et chez l'enfant, dont la résistance est encore minime.

Il est donc d'un grand intérêt, dans tous les cas, de pouvoir, dès le début de l'infection, combattre électivement l'agent microbien et renforcer les défenses naturelles, de manière à limiter le champ de l'hépatisation et à éviter la déficience des organes et avant tout du cœur.

Les colloïdes métalliques fréquemment employés augmentent les défenses organiques, mais n'ont pas d'action spécifique sur le pneumocoque.

Seul, actuellement, l'Iodéol, c'est-à-dire l'iode colloïdal en suspension huileuse, satisfait, grâce à l'état physique qui renforce les propriétés propres à l'iode métalloïdique, à la double condition d'agir spécifiquement sur le pneumocoque et d'accroître les moyens de diaphylaxie.

En effet, à la suite des recherches expérimentales dont le résultat a été publié en 1917 (*Revue de chimiothérapie*, janvier-février 1917), LAUMONIER a établi que les cultures de pneumocoques sont rapidement stérilisées par l'adjonction d'une ou deux gouttes d'iode colloïdal et que leur repiquage est négatif dans la proportion de 88 p. 100. Le même auteur a établi

simultanément *in vivo* le pouvoir leucopoïétique et antitoxique intense de l'iode colloïdal. La clinique a complètement vérifié ses conclusions. BLANC d'abord (*Gazette des hôpitaux*, 7 mai 1912) avait montré les effets prompts et constants de l'Iodéol, en injections intra-musculaires, dans les pneumonies les plus graves des enfants et des vieillards. FONTOYNONT et HOTOU (*Médecin de Paris*, 15 février 1914) ont étendu ces résultats aux broncho-pneumonies à pneumocoques. HERY, CORSON, NEUMAGER, COUPU, LUGAN, CORDONNIER, RALLIER DU BATY, PHILOUZE, REGNAULT, etc., sont arrivés aux mêmes constatations.

Tous reconnaissent que l'Iodéol précipite l'apparition de la crise, coupe la fièvre, calme la toux, la dyspnée, fluidifie les expectorations, bref, raccourcit la durée de la maladie et atténue sa gravité.

Il est donc absolument légitime de conclure que l'Iodéol, administré en injections intramusculaires et sitôt le diagnostic posé, agit très énergiquement d'une part sur les défenses organiques qu'il renforce, ainsi qu'en témoignent la leucocytose et l'élévation de l'index opsonique, et, de l'autre, sur le pneumocoque dont il diminue la vitalité, le rendant ainsi plus sensible à l'action phagocytaire. En raison de cette double influence et du soulagement ainsi apporté au fonctionnement des poumons, des reins, du cœur, l'Iodéol représente le seul médicament spécifique de la pneumonie que nous connaissons présentement.

BIBLIOGRAPHIE

Consultations du médecin praticien. Guide de pratique Médico-Chirurgicale journalière, par le Dr Fred BLANCHOD. 1925, 1 volume grand in-8° de 584 pages : 35 fr. J.-B. Ballière, 19, rue Hautefeuille, Paris (VIe).

Sans méconnaître l'extrême complexité des problèmes morbides et la variabilité infinie de chaque cas particulier, il faut avoir une règle de conduite thérapeutique, c'est pourquoi, faisant abstraction de toute érudition et de toute littérature, l'auteur a voulu mettre dans ce livre le résultat de quinze années de vie de médecin de campagne.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

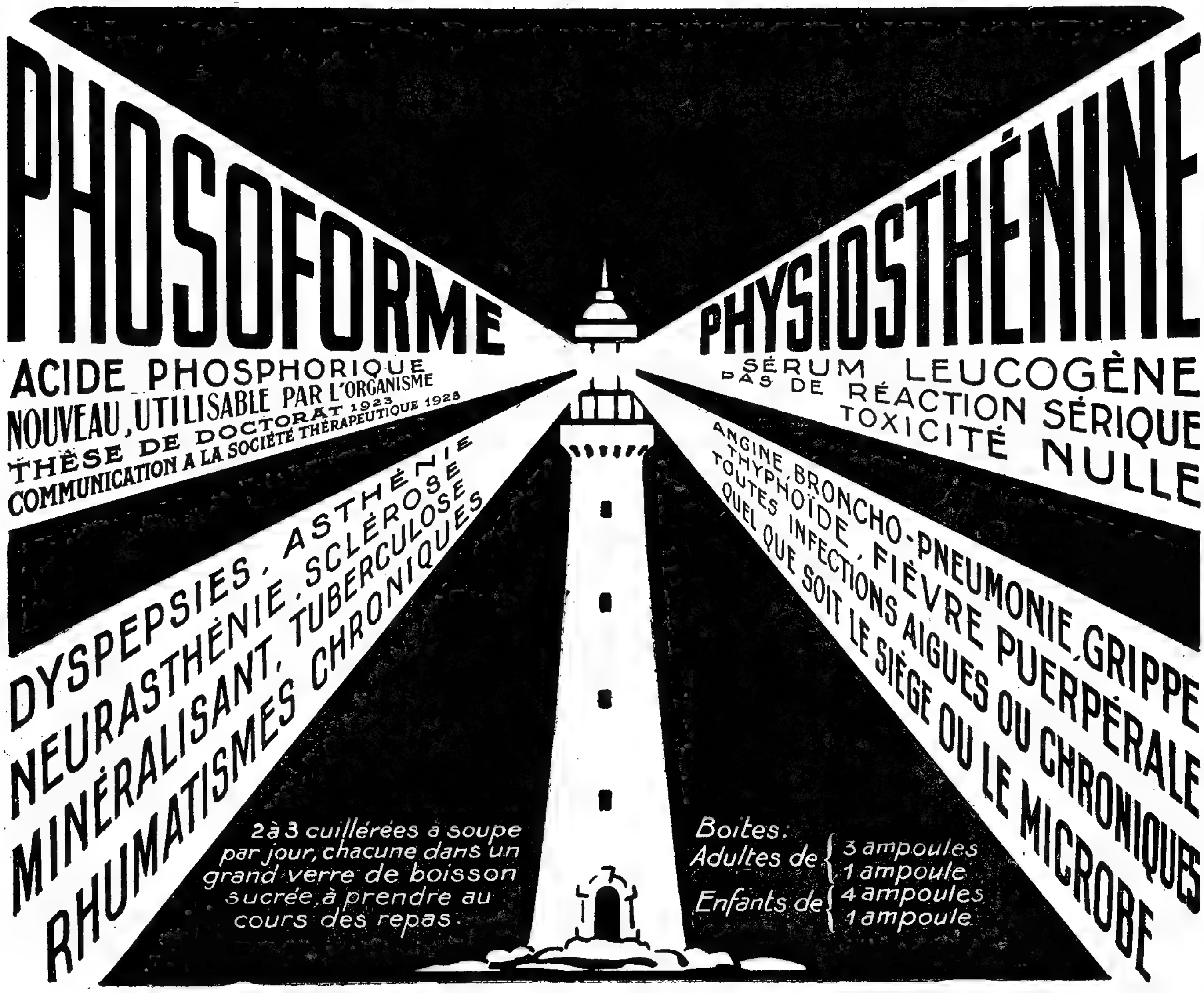
Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton* ; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Estérel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versailles



(1) Excepté Tuberculose

MAGNÉSIE DROUET & PLET

Le meilleur saturant non carbonaté, des acidités gastriques

OXALURIE OXALEMIE

Doses : 2 à 4 comprimés 1 h. 1/2 après les repas.

PHOSPIRINE

Acide Phosphorique — Acide Salicylique — Caféine

ANTI-NÉVRALGIQUE — ANTI-RHUMATISMAL

TOLÉRANCE GASTRIQUE

Doses : 2 à 6 comprimés ou cachets.

SALYSERUM du Docteur Jules SÉJOURNET

Injections INDOLORES d'acide salycilique en ampoules de 1 cc.

Crises aiguës de rhumatisme, goutte, pleurodynies, lumbagos, etc.

Faire 2 ampoules loco-dolenti

BYLIÉRINE

Foie et Intestin

Extrait de FIEL DE PORC

PANCRÉATINE — UROFORMINE

4 à 8 pilules par jour.

Les maladies des glandes endocrines par le Prof. KNUD H. KRABBE. Préface du Dr Stephen CHAUVET 1925. 1 vol. in-8, 25 figures : 10 fr. Librairie Le François, 91, Bd St-Germain (6°).

Sont décrits, successivement : le goitre exopthalmique ; le myxœdème ; l'eunuchoïdisme ; l'hyperorchitisme ; l'insuffisance ovarienne : l'hyperovarie ; l'hyperfonctionnement de l'hypophyse (acromégalie, gigantisme, céphalée de croissance) ; l'hypopituitarisme (infantilisme hypophysaire, dystrophie adiposo-génitale) ; la tétanie ; la maladie l'Addison et l'insuffisance surrénale ; les troubles de la glande pinéale, du pancréas ; l'insuffisance pluriglandulaire (crétinisme, sénilité precoce) et enfin, certains troubles de croissance et de métabolisme général, tels que : achondroplasie ; nanisme vrai, primordial ; mongolisme ; infantilisme ; ostéomalacie : myasthénie, etc.

En résumé, il s'agit d'un excellent travail, clair, complet et pratique qui, tout en faisant surtout état des travaux français, présente en outre l'avantage de réfléter, non seulement l'opinion de l'école danoise, mais aussi celle des savants des pays contigus que nous ne connaissons souvent pas assez.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 3 fr. Abonnement 40 fr. Boivin, éditeur. 3 et 5. rue Palatine, Paris. Sommaire du n° du 15 février: F. Baldenspèrger Alfred de Vigny et les littérairas étrangères (III) — F. Stronski : La philosophie de l'homme dans la litténature française (III). — G. Vermeil : La musique de J. S. Bach et la civilisation allemande au début du XVIIIe siècle (II). — P. Lejay : Plaute (XIiI). — G. Connes ; Le mystère shakespearien (II). — P. Gloche : L'Italie (II). — E. Meyer : Diderot moraliste (II).

Le bouquiniste français, Organe hebdomadaire de la librairie ancienne et moderne. Paraît le samedi. Le n° 0 fr. 25. Abonnement un an. France : 12 fr. étranger 18 f. Administration : 16-18, rue de l'Ancienne-Comédie. Paris.

Ce Journal publie chaque semaine des listes d'offres et demandes. Indispensable à tous les bibliophiles.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La Transfusion du sang, par P. EMILE WEIL et P. ISCHI-WALL, 248 p. 18 fig.: 20 fr. (Masson).

L'Année thérapeutique, 5e année (1924) par L. CHEINISSE. 1 vol. 186 p. 8 fr. (Masson).

Affections de l'appareil circulatoire, par P. NOBÉCOURT. 1 vol., 872 p., 122 fig. : 25 fr. (Masson).

Osteites planiques « Goundou », par BOTREAU-ROUSSEL. 1 vol., 132 p., 89 fig.: 16 fr. (Masson).

Vivre. Penser. Mourir, par le Dr BARBILLION, 1 vol. in-16, 164 p. : 5 fr. (Les Presses Universitaires de France).

La Défense psychique, par M. J. BOAS, 1 vol. de la Bibliothèque de physiologie contemporaine, in-8°, avec planches, 12 fr. 50 (Alcan).

Berthe Morizot, par A FOURREAU, 1 vol. in-8°, 40 pl. hors hors texte en héliotypie ; le 7e volume de la collection « Maîtres de l'Art Moderne » : 12 fr. (Rieder).

Pierre Bonnard, par Cl. ROGER-MARX, 30 reproductions, avec étude critique et notice biographique. 1 vol. in-16, de la collection « Les Peintres français nouveaux » : 3 fr. 75 (Nouvelle Revue Française).

Bourdelle, par F. FOSCA, 33 reproductions, avec une étude critique et notice biographique. 1 vol. in 16, de la collection « Les sculpteurs français nouveaux : 3 fr. 75. (Nouvelle Revue Française).






Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 10 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 7 MARS 1925.

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
, Rue des Écoles, PARIS (V°)
ompte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS :
le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
ance et Colonies........... 30 fr
gique et Italie .... 40 fr
ion postale... .... 50 fr.
Etudiants :
duction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THESES. — 27 *février*. — M. GUILBAUT. Etude clinique et thérapeutique de l'ulcère de l'estomac. — M. CAPITAINE (P.). Un grande médecin du XVIe siècle: Jean Fernel. — M. VILLIÈRE (R.). Un hôpital d'autrefois « Les Enfants Rouges ». — M. LANOS. Etude du nystagmus calorique.

5 *mars*. — Mme GENIN. Etude de l'atrophie alimentaire du nourrisson. — M. VUILLECARD (G.). Premières phases cliniques de la péritonite tuberculeuse. — M. STAFLER (J.). L'anémie splénomégalique chez le nourrisson. — M. TRIFONOFF (J.). Le purpura de la première enfance. — M. MARCHAND. L'anatoxi-réaction de Zoeller dans la diphtérie. — M. ALLAIRE. Etude des hémorragies de la rétine. — M. BOULAY. Les arthropathies tabétiques suppurées. — M. SCHECHTER (M.). Les chancres syphilitiques du pied. — M. CUGNAT (M.). Diagnostic des dysenteries.

(Thèses vétérinaires). — M. AMERT. Les injections intraveineuses de chlorure de baryum des équidés. — M. BERNARD. Des accidents chez les ruminants par déglutition de corps étrangers.

7 *mars*. — M. BOUILLAT (J.). Sur deux cas de polyurie. — M. KRIVINE. Les fractures fermées de la région condylienne. — M. MARTIN (A.). Le traitement du goitre syphilitique.

Facultés de médecine. Alger.— Un congé d'un an, sans traitement, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Battez, agrégé.

M. Vincent, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Chabrol, préparateur, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, avec effet du 1er novembre 1924, des fonctions de chef de travaux de physiologie.

— BORDEAUX. — M. Golse, agrégé, est chargé par l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire de chimie minérale, en remplacement de M. Rangier, démissionnaire.

M. Delaunay, agrégé de physiologie, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— LILLE. — M. Verdun, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

— MONTPELLIER. — M. Riche, agrégé de chirurgie, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— NANCY. — M. Bouin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire de cette dernière Faculté.

M. Ancel, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur honoraire de cette dernière Faculté.

Sont maintenus en exercice jusqu'à l'âge de la retraite les agrégés dont les noms suivent :

MM. Parisot et Perrin (médecine générale).

Concours pour des emplois de suppléants d'écoles de médecine et de pharmacie. — Un concours s'ouvrira, le 19 octobre 1925, devant la faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'anatomie à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Un concours s'ouvrira, le 19 octobre 1925, devant la faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pathologie externe à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Un concours s'ouvrira, le 22 octobre 1925, devant la faculté de médecine de l'université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école de Nantes.

Clinique des maladies des enfants. (*Hôpital des Enfants-Malades*, 149, rue de Sèvres.) *Cours de vacances*. — Pâques 1925. — *Lundi 6 avril*. 10 h., Pr NOBÉCOURT : Ouverture du cours. — 10 h. 30, M. LEREBOULLET : Notions actuelles sur la diphtérie. — 16 h., M. TIXIER: La syphilis infantile (1re leçon). — 17 h., M. BABONNEIX : Les encéphalopathies et le mongolisme.

Mardi 7 avril. 10 h. 30, M. LEREBOULLET : Les syndromes endocriniens (1re leçon). — 16 h., M. TIXIER : La syphilis infantile (2e leçon). — 17 h., M. BABONNEIX : Les chorées.

Mercredi 8 avril. 10 h. 30, M. BABONNEIX : La poliomyélite aiguë. — 16 h., M. TIXIER : Les anémies infantiles. — 17 h., M. LEREBOULLET : Les syndromes endocriniens (2e leçon).

Jeudi 9 avril, 10 h. 30, M. LEREBOULLET : La tuberculose du médiastin (Etude clinique). — 16 h., M. JANET : Le diabète des enfants. — 17 h., M. PARAF : Notions nouvelles sur la scarlatine.

Vendredi 10 avril. 10 h. 30, M. LEREBOULLET : Les pneumococcies de l'enfance. — 16., M. TIXIER :Notions nouvelles sur le rachitisme. — 17 h., M. PARAF : Notions nouvelles sur la rougeole.

Samedi 11 avril. 10 h. 30, M. BIDOT : L'urologie chez l'enfant. —

Mercredi 15 avril. 10 h. 30, M. MATHIEU : L'encéphalite épidémique. — 16 h., M. JANET : Les néphrites des enfants. — 17 h., M. NADAL : L'asthme infantile.

Jeudi 16 avril. 10 h. 30, M. JANET : Syndromes coliques et appendicite. — 16 h., M. MATHIEU : L'épilepsie et se s nouvelles médications. — 17 h., M. PICHON : Le rhumatisme cardiaque.

Vendredi 17 avril. 10 h. 30, M. DUHEM : Radiologie du poumon et du médiastin. — 16 h., M. PARAF : Notions nouvelles sur la méningite cérébrospinale. — 17 h., M. NADAL : Les dilatations des bronches chez l'enfant.

Samedi 18 avril. 10 h. 30, M. DUHEM : Radiologie du cœur. — 16 h., M. PICHON. : Les tuberculoses aiguës. — 17 h., M. DUHEM : Les rayons ultraviolets en thérapeutique infantile.

Asile national de convalescents.— Les services médicaux de l'asile national des convalescents seront complétés par un service de radioscopie et un service dentaire, dont seront appelés à bénéficier gratuitement les accidentés du travail et convalescents sortant des hôpitaux de Paris, ainsi que tous les intéressés susceptibles d'être hospitalisés en vertu de l'article 3 du règlement général de l'établissement.

Le service sera assuré par un médecin radiologiste et un médecin dentiste.

Un arrêté du ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales pourvoira à l'organisation des services, ainsi qu'à la désignation des médecins qui recevront chacun une indemnité mensuelle de 200 fr., non soumise à retenue pour la retraite.

Bureau d'hygiène d'Ajaccio. — Conformément à cette disposition et aux prescriptions de la circulaire ministérielle du 23 mars 1906 destinées à en assurer l'application, la vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Ajaccio.

Le traitement alloué est fixé à 5.080 fr. par an.

Concours des asiles d'aliénés. — Le jury du concours des médecins des asiles d'aliénés en 1925 est constitué comme suit : *Président*. M. le Dr Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires. M. le Dr Euzière, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la faculté de médecine de Montpellier. M. le Dr Prince, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rouffach (Haut-Rhin). M. le Dr Nandascher, médecin direc-

teur de l'asile public d'aliénés de Moiselles (Seine-et-Oise). M. le Dr Wahl, médecin chef de service à l'asile public autonome de Marseille (Bouches-du-Rhône). Mlle le Dr Pascal, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Châlons (Marne). M. le Dr Maupaté médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Fains (Meuse).

Membres suppléants. M. le Dr Pasturel, médecin directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron (Cher). M. le Dr Trenel, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Villejuif (Seine).

Le secrétariat du jury sera assuré par MM. Levêque, rédacteur principal au 1er bureau, et Wernert, rédacteur principal au 3e bureau de la direction de l'assist nce et de l'hygiène publiques.

Facultés de Médecine. — ALGER. — La chaire d'histoire naturelle médicale et parasitologie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'universiré d'Alger est déclarée vacante.

La chaire de clinique chirurgicale de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger est déclarée vacante.

La chaire d'anatomie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université d'Alger est déclarée vacante.

Hôpital de Saint-Germain-en-Laye. — Le concours de l'internat a eu lieu le 19 février. Le jury était composé de MM. Grandhomme, Venot, Lamare, Bruel, Larget, Jarry.

Epreuve écrite. — Questions tirées : *Nerf sciatique poplité externe, anatomie et physiologie. — Signes, diagnostic et traitement de la fracture bi-malléolaire dite de Dupuytren. — Signes et diagnostic de la maladie de Basedow.* — Ont obtenu : MM. Jeanne 26, Fesquet 26, Le Cacheux 20,5, Stankowitch 13, Bonnier 12, Thouluc 12, Fourrey 7.

Epreuve orale. — Questions tirées : *Signes, diagnostic et traitement ou croup. — Rupture traumatique de l'urèthre. — Eclampsie puerpérale.* — Ont obtenu : MM. Jeanne 15, Fesquet 14,5, Le Cacheux 12, Bonnier 9, Thouluc 5, Stankowitch et Fourrey 4.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes internes titulaires, MM. Jeanne 41, Fesquet 40,5, Le Cacheux 32,5. Interne provisoire : M. Bonnier 21.

Congrès des Villes d'Eaux. —Le Ve Congrès des villes d'eaux, bain s de mer, et stations climatiques dont nous avons déjà annoncé les réunions pour les 2, 3 et 4 avril prochains tiendra ses séances dans les locaux de la Faculté de médecine de Paris.

Nous rappelons à cette occasion que les questions à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes :

1° Modifications à apporter à la législation des stations thermales et climatiques, et au fonctionnement des chambres d'industrie ;

2° Organisation générale des voyages d'études aux stations ;

3° Utilité de la création du crédit thermal ;

4° Nécessité d'une organisation rationnelle et nationale des stations climatiques ;

5° La protection des sources.

Le Congrès comprend des *membres titulaires* qui ont à acquitter un droit d'inscription de vingt francs, et des *membres adhérents* pour lesquels la cotisation est de dix francs, mais le titre de membre adhérent est exclusivement réservé aux personnes de la famille des membres titulaires.

Les comptes rendus du Congrès seront publiés en un volume à la remise duquel l'inscription au Congrès ne donne pas droit. Pourle recevoir il y aura lieu de verser une cotisation spéciale de trente francs.

S;inscrire dès à présent en écrivant soit au secrétaire général : Dr Victor GARDETTE, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris (XIVe), soit mieux encore au trésorier, M. VERMEYLEN, 19, rue Auber (Paris), auquel les fonds pourront être adressés par virement à son compte de chèques-postaux (n° 719.54, bureau de Paris).

Hôpital Saint-Antoine. — Services des docteurs R. BENSAUDE, P. LE NOIR et Félix RAMOND. — *Cours de gastro-entérologie* du 16 mars au 4 avril 1925.

Programme. — Du 16 au 22 mars : Dr BENSAUDE, assisté des docteurs André CAIN, TERRIAL, Paul MEYER et MARCHAND. Œsophagoscopie (projection) ; diagnostic et traitement de l'appendicite chronique ; Gastroscopie (projections) ; Diagnostic et traitement des dysenteries chroniques ; Les traitements électrothérapiques des affections anorectales ; Rectoscopie (projections).

Du 23 au 29 mars : Dr LE NOIR, assisté des docteurs AGASSE-LAFONT, DESCHIENS, R. GAULTIER, GILSON, SAVIGNAC et TAILLANDIER. Le diagnostic des affections gastriques, méthodes d'examen, classification des états dyspeptiques ; Les grands syndromes *dyspsptiques* ; gastrotonométrie et gastrovolumétrie cliniques atonie, et spasme gastriques ; chimisme gastrique, tubage duodénal, tubage intestinal ; Coprologie clinique ; Parasitisme intestinal (projections).

Du 30 mars au 4 avril : Dr F. RAMOND, assisté des docreurs JACQUELIN, PARTURIER, RAVINA, HIRCHBERG, ZIZINE et BORCESCO. Les gastrites chroniques : leur origine, leur évolution et leur pronostic ; Les divers ulcères gastriques ; Ulcères duodénaux ; Traitement médical et chirurgical des ulcères gastro-duodénaux ; Le cancer de l'estomac : son origine, son évolution, son traitement chirurgical ; Notions générales de diététique et de thérapeutiques gastriques. Régimes alcalins. Pansement gastrique.

Les conférences auront lieu tous les jours à 9 h. 1/2. Le cours est gratuit. Travaux pratiques pendant la durée du cours (exercices cliniques, chimiques et radiologiques), de 10 h. 1/2 à midi. — Droits d'inscription : 150 francs. — Se faire inscrire salle Aran, service du Dr Le Noir. — Un certificat d'assiduité sera délivré, sur demande, aux auditeurs du cours et des travaux pratiques. Un voyage d'instruction à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé en mai. Nombre de places limité.

Nécrologie. — Dr GOY. — Dr JACQUES. — Eugène CESTAN. — Dr GIRARD, de Charbonnières.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les complications pulmonaires dans les interventions abdominales ;

Par les Drs

O. LAMBRET, et **P. RAZEMON**,

Professeur de clinique chirurgicale — Chef de clinique chirurgicale

à l'hôpital St-Sauveur de Lille.

Sans qu'il y ait lieu d'exagérer leur importance, les complications pulmonaires doivent entrer en ligne de compte dans les risques que comportent les opérations abdominales. En effet, d'après des statistiques portant sur plusieurs milliers de cas (20.000), le pourcentage de l'apparition de complications pulmonaires s'établit entre 5 et 7 % pour les opérations abdominales contre un peu moins de 1 % dans les opérations qui ne touchent pas le péritoine (TRENDELENBURG-ELWYN).

D'autre part, il y a lieu de faire une distinction entre les opérations sous-ombilicales et celles qui intéressent le péritoine au-dessus de l'ombilic. Prises en bloc, ces dernières sont suivies de complications pulmonaires dans environ 10 p. cent des cas et la seule chirurgie gastrique arrive avec une proportion de 15 à 20 p. cent de complications pulmonaires. Nous avons pu montrer (1) d'autre part que dans cette dernière chirurgie 30 p. cent des décès devaient être mis sur le compte de ces mêmes complications.

***

Formes de complications pulmonaires. — Toutes les formes peuvent être observées : bronchite, congestion des bases, pneumonie, broncho-pneumonie, gangrènes, complications pleurales. Au point de vue de leur évolution et de leur pronostic, on peut les diviser :

1° En complications à marche suraiguë, à caractère nettement infectieux, où les accidents revêtent l'allure d'un véritable drame pulmonaire ;

2° En complications bénignes, dans lesquelles l'infection est atténuée en raison de la moindre virulence des microbes et de la plus grande résistance de l'organisme ou parce que les accidents sont surtout sous la dépendance de phénomènes mécaniques.

Lorsqu'on a affaire aux accidents dramatiques causés par une infection suraiguë, on voit apparaître, le lendemain de l'opération et parfois le soir même, une congestion massive d'un lobe, ou plus souvent des deux lobes inférieurs, accompagnée de symptômes généraux et fonctionnels des plus alarmants : température élevée, pouls petit, rapidement incomptable, dyspnée intense et la mort survient en 24 ou 36 heures. La gravité, l'apparition brutale de ces accidents, le fait qu'ils éclatent chez des opérés sains au point de vue respiratoire, et parfois après des opérations faites à l'anesthésie locale doivent particulièrement retenir notre attention.

Les formes bénignes sont surtout représentées par de la bronchite avec ou sans congestion légère d'une ou des deux bases. Ces complications se déclarent en général moins rapidement que les accidents suraigus ; elles sont accompagnées d'une température qui ne dépasse pas 38°5, de phénomènes généraux minimes. Les accidents cessent généralement au bout de quelques jours.

Toutefois, il en est qui durent plus longtemps sous la forme de petits foyers au niveau desquels se font des poussées successives qui se traduisent par des rechutes. La pleurésie est possible mais plus rare.

***

Pathogénie. — Ce côté de la question a provoqué de nombreuses théories et nous-mêmes dans divers travaux avons essayé de trouver une explication basée sur des faits scientifiquement observés. Nous pouvons dire que parmi toutes les raisons invoquées, il en est qui doivent être considérées comme des causes adjuvantes en ce sens qu'elles favorisent l'atteinte du poumon par le ou les microbes, mais en réalité, ceci admis, il n'y a qu'une seule et unique cause et elle est fournie par le ou les agents microbiens.

Ces différents aspects de la pathogénie doivent nous être bien connus, car sur leur connaissance sera basée la véritable thérapeutique des complications pulmonaires, qui est d'être préventive.

CAUSES ADJUVANTES. — *Narcose.* — Elle agit de deux façons : 1° les vapeurs de l'anesthésique sont selon sa nature cause d'une irritation plus ou moins grande de l'épithélium pulmonaire ; 2° elle est souvent suivie de vomissements au cours desquels des matières peuvent pénétrer dans l'appareil respiratoire.

Cette action est indéniable mais son importance diminue du fait que des accidents pulmonaires de tous les degrés peuvent apparaître après les opérations pratiquées à l'anesthésie locale.

Refroidissement, choc opératoire. — Ils agiraient en diminuant le pouvoir bactéricide du poumon (expériences de Ronzani).

Stase circulatoire. — Au niveau des bases pulmonaires, elle peut être l'amorce d'une pneumonie. Elle est sous la dépendance à la fois de la chute post-opératoire de la pression sanguine et de la diminution de l'amplitude des mouvements respiratoires sous l'influence des douleurs provoquées au niveau de la suture de la paroi. Les troubles de fonctionnement du diaphragme dans les interventions sus-ombilicales, l'immobilisation au lit s'ajoutent encore à ces facteurs pour ralentir la circulation pulmonaire.

Influence du pneumogastrique. — Le pneumogastrique est un nerf à la fois thoracique et abdominal. Dans les interventions de l'étage supérieur de l'abdomen, ses filets hépatiques et gastriques sont sectionnés, tiraillés ; ces traumatismes peuvent déterminer des troubles reflexes du côté du poumon. D'aucuns prétendent même que le tronc principal du nerf vague serait le siège d'une véritable névrite ascendante, passagère il est vrai, mais suffisante pour déterminer des désordres trophiques ou vaso-moteurs au niveau du parenchyme pulmonaire ; qu'une infection même légère vienne se surajouter à ces lésions, le poumon ne sera pas en état de se défendre et la complication pulmonaire apparaîtra. On peut faire ici une comparaison facile avec les expériences déjà anciennes sur la pneumonie du vague. Cette analogie se soutient difficilement car dans la pneumonie du vague on détruit directement les fibres nerveuses destinées au poumon. Ici, au contraire, ces mêmes fibres sont intactes, elles ne sont le siège tout au plus que de phénomènes réflexes.

(1) LAMBRET. — Congrès de chirurgie, octobre 1924.

Influence des affections antérieures. — Plus importantes sont les lésions respiratoires antérieures, emphysème bronchite, etc. Les douleurs provoquées par la toux empêchent les malades d'expectorer leurs sécrétions bronchiques, celles-ci s'accumulent et la pullulation des germes qu'elles contiennent entraîne l'infection du poumon.

Microbes des cavités naturelles. — On a accusé aussi les microbes des cavités buccales et rhino-pharyngées. Leur rôle n'est pas négligeable, car c'est un fait d'observation que les complications pulmonaires sont plus fréquentes pendant les épidémies de grippe.

Toutes ces causes sont adjuvantes, leur action reste limitée à certaines circonstances. La narcose ne peut être responsable de tous les méfaits puisque des complications sont encore enregistrées après les anesthésies locales ou régionales. La stase circulatoire, le traumatisme du pneumogastrique ont une influence réelle mais jamais déterminante, car une infection surajoutée est en définitive toujours nécessaire pour provoquer la complication.

A ce point de vue l'existence des lésions antérieures a son importance et aussi la présence de germes dans les cavités bucco-naso-pharyngiennes. Mais il faut remarquer que contre ces microbes, hôtes habituels, le poumon sait se défendre parce qu'il y est accoutumé et entraîné par la lutte journalière. C'est pourquoi il succombe rarement. Par contre, il est beaucoup moins armé lorsqu'arrivent dans son parenchyme des microbes nouveaux venus des organes contenus dans la cavité abdominale, principalement dans ceux de l'étage supérieur comme nous allons le démontrer.

Influence des microbes des organes abdominaux sous-diaphragmatiques (estomac, duodénum, voies biliaires).

Cette influence a été mise en évidence pour la première fois par l'un de nous (1) pour les complications pulmonaires qui surviennent en chirurgie gastrique. Il s'est appuyé pour l'affirmer sur un fait capital : *la présence dans les complications pulmonaires des microbes de la flore stomacale normale.* Il a pu en déduire que : les complications pulmonaires sont dues à une infection à point de départ péritonéal, laquelle a pour origine les germes contenus dans l'estomac.

A l'état normal, dans environ la moitié des cas, l'estomac renferme de nombreux microbes, parmi lesquels nous trouvons surtout l'entérocoque de THIERCELIN. Les examens de RAZEMON (2) portent sur 200 cas environ de prélèvements gastro-duodénaux faits en cours d'opération. Ils ont prouvé que la flore normale de l'estomac renferme les mêmes microbes que ceux qu'on trouve dans les crachats. Cette flore a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études, mais les auteurs, s'ils s'entendent pour reconnaître la présence des germes, sont en désaccord sur leur détermination. Cela tient à ce que l'entérocoque n'a pas été admis par tous ; nos collègues américains en particulier, sous l'influence des travaux de ROSENOW voient en lui un streptocoque. Grysez (*in* th. RAZEMON) a démontré qu'il s'agit en réalité de microbes sinon identiques du moins de même famille, appartenant au groupe entéro-streptocoque. Je ne parle ici que la flore normale de l'estomac.

Il faut encore compter avec les exceptions ou les raretés. Rappelons-nous en effet la communication de DUVAL et MOUTIER à la Société de chirurgie (1923). Dans les cas rapportés par eux, Duval a eu affaire à un streptocoque très virulent et il est intervenu sur des tissus farcis de microbes comme en plein érysipèle. Nous n'avons pas rencontré de cas semblable dans une série de 34 ulcères opérés et examinés à ce point de vue par GRYSEZ. Sur 29 d'entre eux pris en période de calme, 15 p. cent étaient stériles, 14 p. cent contenaient le groupe entéro-strepto, et les autres des colonies riches en staphylos blancs, proteus, subtilis, levures, etc. Sur les 5 ulcères en période aiguë et qui pouvaient être considérés cliniquement comme enflammés, un était stérile, les 4 autres abritaient ces mêmes colonies qui sont également constantes dans le cancer et peuvent être considérées comme peu virulentes.

Les expériences très variées de RAZEMON faites à l'Institut Pasteur de Lille lui ont montré que le danger se trouve dans la souillure par ces germes du péritoine sus-ombilical, pariétal ou viscéral ; la contamination a lieu soit au cours de l'opération, soit par des petits foyers inflammatoires microscopiques qui ne sont pas autrement décelables et siègent au niveau des points de suture ou dans le voisinage du champ opératoire. Les faits sont extrêmement nets et on peut presque poser en loi que dans toute opération portant sur un estomac qui contient des germes il y a presque fatalement transport de microbes dans les poumons.

Par quelles voies les microbes sont-ils transportés du péritoine au poumon ? Les nombreux travaux parus sur l'absorption péritonéale et notamment ceux de BUXTON et TORREY (1905), de WELLS et JOHNSTONE (1907), de ROUSSIEL (1910), de BOLTON (1921), et enfin de WILLIAMSOWN et BROWN (1923), ont montré que cette absorption des microbes et des particules solides est purement lymphatique et non sanguine. On savait aussi, et nos expériences nous l'ont confirmé, que le péritoine n'a pas partout la même capacité d'absorption. La région où cette propriété est de beaucoup la plus grande est celle du diaphragme. Pour ne citer que BUXTON et TORREY, il y a après injection intra-péritonéale de particules, transport impétueux (rush) de ces particules dans les lymphatiques diaphragmatiques. C'est en pénétrant entre les cellules endothéliales de la séreuse que les microbes parviennent dans les lymphatiques. Cette pénétration se fait sous l'influence du vide thoracique et des mouvements respiratoires beaucoup plus que par phagocytose. On sait que les lymphatiques sous-diaphragmatiques sont drainés en majeure partie par des collecteurs thoraciques. Ces collecteurs sont soumis à l'influence du vide thoracique, qui par leur intermédiaire se fait sentir jusque dans le réseau lymphatique sous-diaphragmatique. Les microbes sont ainsi véritablement aspirés dans le réseau sous-diaphragmatique au moment de l'inspiration. Les collecteurs des lymphatiques diaphragmatiques se jetant soit dans les chaînes mammaires internes, soit dans le canal thoracique, les microbes absorbés suivent l'une de ces deux voies. Toutes deux aboutissent d'ailleurs au système cave supérieur, au cœur droit et de là au poumon : *le poumon se trouve être ainsi le premier filtre capillaire rencontré par les microbes absorbés par le péritoine.*

Ces assertions ne sont pas de simples hypothèses ; elles ont été contrôlées expérimentalement. La culture de la lymphe thoracique a permis de retrouver les microbes injectés dans le péritoine et on retrouve de même dans les lymphatiques diaphragmatiques et les ganglions rétrosternaux les particules colorées injectées de la même façon. Chez le lapin, avec du vermillon, nous avons répété de nombreuses fois ces expériences. Les particules étaient retrouvées dans les lymphatiques rétrosternaux en quantité tellement grande que les chaînes mammaires

(1) LAMBRET. — Société de chirurgie, 1922 et 1923.
(2) Thèse de Lille, 1924.

internes formaient de chaque côté un cordon coloré continu. Des particules de vermillon étaient également visibles dans la lymphe du canal thoracique. De là elles parvenaient fatalement aux poumons qui effectivement en contenaient des quantités considérables.

Peut-on souhaiter démonstration plus concluante ? On connaît la présence des microbes dans l'estomac, on retrouve ces mêmes microbes dans la complication pulmonaire et on saisit sur le vif la voie suivie par eux entre le point de départ et l'arrivée.

Nous voilà désormais à même de comprendre que les interventions gastro-duodénales, qui fatalement mettent en contact ces microbes avec le péritoine, réalisent des conditions favorables à l'éclosion de la complication respiratoire.

Ce n'est qu'une question de virulence et de quantité de la part des microbes et de résistance du côté des malades.

Les opérations sur les voies biliaires ont un pourcentage de complications pulmonaires beaucoup moins élevé. Cela tient à ce qu'elles sont pratiquées le plus souvent en terrain aseptique. Mais lorsque la bile est septique, l'inoculation par elle du foyer opératoire ouvre la porte à l'accident pulmonaire. Le fait peut ne pas être exactement interprété quand il s'agit des microbes habituels de la suppuration ; c'est le cas le plus fréquent et c'est pourquoi ce risque de la chirurgie des voies biliaires n'est pas suffisamment connu. Il ne sera mis en lumière que grâce à l'examen systématique de la teneur microbienne des voies biliaires pratiqué parallèlement à celui de la flore des crachats. Il faut savoir que la bile en apparence la plus pure et la plus limpide peut parfaitement être septique. L'un de nous vient d'observer un malade opéré pour rétrécissement du canal cholédoque. Ce rétrécissement dû à une inflammation sclérosante et extrinsèque à point de départ cholécystique avait été opéré dans les meilleures conditions, or le malade est mort en 36 heures d'accidents pulmonaires suraigus avec flore microbienne contenant surtout de l'entérocoque : la bile prélevée au cours de l'intervention était tout à fait limpide, d'une belle couleur jaune d'or ; *malgré cela l'examen bactériologique montra qu'elle contenait l'entérocoque à l'état de pureté.*

Les constatations qui précèdent, en particulier l'importance de la voie du canal thoracique, nous apportent une explication lumineuse de la différence qui existe dans la fréquence des complications pulmonaires après les opérations péritonéales hautes et après les interventions sous-ombilicales.

Dans celles ci, la distance entre le foyer opératoire et le diaphragme est plus grande, et la position assise post-opératoire contribue encore à éloigner de la séreuse diaphragmatique les sécrétions péritonéales septiques. Le péritoine sous-ombilical, pariétal et pelvien est capable également d'absorber les germes microbiens mais, il l'est à un degré infiniment moindre. Et quand les germes sont absorbés par lui, quel chemin à parcourir et que de relais ganglionnaires interposés sont susceptibles de les arrêter et de s'opposer à leur progression ! Au niveau du diaphragme au contraire, le chemin est pour ainsi dire direct et ils n'y sont séparés du canal thoracique que par les seuls ganglions mammaires internes.

De nouvelles recherches sont nécessaires et il faudrait comparer, comme nous l'avons fait pour l'estomac, la flore des foyers opératoires sous-ombilicaux avec celle des complications pulmonaires lorsqu'elles surviennent. Que ces foyers contiennent des microbes nocifs pour le poumon, on ne peut le nier. Le streptocoque, l'entérocoque, sont des hôtes habituels du cæcum et de l'appendice. Les salpingo ovarites à streptocoques sont connues et Abadie ne vient-il pas de signaler 4 cas d'infection des organes génitaux internes de la femme causés par l'entérocoque.

***

Thérapeutique préventive. — C'est la seule dont nous nous occuperons ici, car le traitement des complications déclarées est banal et du domaine de la médecine journalière.

La thérapeutique préventive des complications pulmonaires se présente à nous armée de trois sortes de moyens ;

1° La lutte contre les causes favorisantes.

2° La destruction directe des microbes qui vivent dans les cavités bucco-naso-pharyngées et gastro-intestinales ;

3° L'immunisation de l'organisme contre ces mêmes microbes.

a) *Lutte contre les causes favorisantes.* — Elle n'est pas indispensable, mais dans une opération rien ne doit être livré au hasard et les précautions éminemment utiles dont nous allons parler doivent être, selon leur nature prises avant, pendant et après l'opération.

Voyons d'abord la narcose. Son influence n'est pas prouvée ; nous savons que les complications pulmonaires peuvent apparaître après des opérations à l'anesthésie locale, pourtant elles le font dans une moindre proportion. L'éther a une action manifestement irritante sur l'épithélium broncho-pulmonaire ; ses vapeurs agissent par leur présence même et par le froid qu'elles apportent avec elles. Les appareils modernes à éthérisation remédient à ce dernier inconvénient mais n'empêchent pas l'irritation de nature chimique. Moins actives sont les vapeurs de chloroforme et moins actives encore celles du chlorure d'éthyle. Le protoxyde d'azote est inactif.

On doit pousser le plus loin possible l'emploi de l'anesthésie locale qu'il faut mettre en première ligne (1) ; l'anesthésie rachidienne est indiquée dans les opérations sous-ombilicales. De même, aux chirurgiens qui ne sont pas entraînés à l'anesthésie locale, l'anesthésie mixte (association de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale pour les temps douloureux de l'opération) rendra les plus grands services.

Les précautions contre le refroidissement devront être aussi minutieuses que possible. Il est nécessaire que la salle dans laquelle sera placé le malade soit attenante à la salle d'opérations. C'est pour obéir à ce précepte que j'ai une salle spéciale réservée aux opérés gastriques. Dans le transport, aussi bref qu'il soit, les voies respiratoires doivent être protégées de façon à ce qu'aucune bouffée d'air un peu plus frais n'arrive au poumon.

Une bonne ventilation pulmonaire est assurée par le jeu normal de la respiration, les mouvements respiratoires doivent être profonds après comme avant l'opération. Cela est facilité par l'emploi de l'anesthésie locale. Il est nécessaire de faire l'éducation du malade et de lui apprendre à respirer ; Pauchet recommande dans ce but l'emploi systématique du spiroscope. L'idée est excellente, mais une gymnastique respiratoire bien dirigée est plus simple et donne d'aussi bons résultats. Elle est indispensable avant l'opération. Elle doit être continuée et reprise le soir même après l'opération, sous la forme d'inspirations profondes imposées au malade et pratiquées, les premières du moins, sous la surveillance de l'entourage.

(1) LAMBRET. — Congrès de Chirurgie, octobre 1924.

Cette pratique non seulement garantit la bonne circulation du poumon et augmente ses facilités de défense, mais a un retentissement favorable sur le tonus général de l'organisme. C'est également le mode d'action du lever précoce que beaucoup d'entre nous utilisent depuis longtemps ; ils ne le font pas d'une façon aussi systématique que Brisset et Grégoire, qui est revenu sur le sujet dans l'une des dernières séances de la Société de Chirurgie. Malgré tous les avantages du lever précoce, cet emploi systématique ne doit pas être accepté sans réserves. C'est une grande satisfaction, évidemment, pour le chirurgien, de voir s'avancer au devant de lui, souriant et en parfait état, un malade auquel il a enlevé le pylore trois jours auparavant. Mais cet effort — car c'en est un — n'est pas à la portée de tous les opérés. Il y en a pour lesquels se lever est une douleur, et il y a ceux venus à nous affaiblis ou intoxiqués, pour lesquels c'est une fatigue. Nous n'avons le droit de leur imposer ni douleur ni fatigue, ni même le simple fauteuil et nous devons leur laisser goûter le repos au lit quelques jours de plus *en position assise*, bien entendu.

Signalons également le ventousage systématique pratiqué le soir même de l'opération et la digitilisation préopératoire qui aurait donné de bons résultats en Allemagne ; celle-ci a pour but de relever la pression artérielle et d'empêcher la congestion hypostatique,

b) *Désinfection des cavités* :

C'est tout d'abord la désinfection méthodique et antiseptique de la bouche du nez et de la gorge.

Les dents sont à l'heure actuelle considérées un peu partout, principalement en Amérique, comme des foyers redoutables et il n'est plus rare d'entendre dire qu'en chirurgie gastrique, le dentiste doit passer avant le chirurgien. A notre avis, cela est quelque peu excessif. Cette sévérité résulte sans doute de la vogue en Amérique de la théorie de la « focal infection », laquelle a surtout rapport à la pathogénie de l'ulcère, qui n'est pas de notre sujet actuel. Cette petite mise au point étant faite, je me hâte de dire que je ne vois que des avantages à envoyer quelques gouttes d'huile goménolée dans le nez et la gorge de nos malades, et à les astreindre à se brosser les dents deux fois par jour, sans aller toutefois jusqu'au détartrage obligatoire.

Plus efficace certainement dans les opérations gastriques est l'attaque directe des microbes selon la méthode de Grégoire qui à notre avis mérite d'être généralisée et adoptée par tous : elle consiste à faire dans les jours qui précèdent et avant l'opération, des lavages de la cavité gastrique à l'eau iodée. Ces lavages sont d'une très grande utilité mais ne sont pas suffisants pour détruire tous les germes ; la preuve c'est que les prélèvements que j'ai faits en cours d'opération nous ont donné environ 50 p. 100 de cultures positives, or, dans mon service on applique sans aucune exception la méthode de Grégoire.

De même au cours de l'opération, la désinfection de la muqueuse et du péritoine environnant par un badigeonnage à la teinture d'iode diluée ou à l'alcool thymolé peut rendre des services ; mais Raul, de Strasbourg, vient de démontrer que sur la muqueuse badigeonnée à la teinture d'iode à 5 p. 100, les germes d'abord détruits réapparaissent au bout de dix minutes.

c) *Immunisation des futurs opérés* :

La méthode de vaccination préopératoire imaginée par l'un de nous a été présentée à la Société de Chirurgie (1) alors qu'elle ne reposait pas encore sur des bases scientifiquement établies bien qu'elle donnât déjà en pratique des résultats parfaits. Elle est maintenant au point grâce aux importants travaux faits par Gernez à l'Institut Pasteur de Lille et que vous trouverez dans sa thèse (1). Ils s'appuient sur la recherche des anticorps spécifiques de l'entérocoque que Gernez a pratiquée sur une série de malades soumis à l'épreuve de l'intradermo-réaction.

L'intradermo-réaction se fait à l'aide de quelques gouttes d'une émulsion d'entérocoques à 500 millions par centimètre cube. Environ 15 p. cent des malades d'estomac réagissent positivement et *doivent être vaccinés avant d'être opérés*. Cette vaccination préventive comporte : une injection sous-cutanée de 500 millions de germes, suivie d'une deuxième de 1 milliard, puis de quatre de 4 milliards en germes, pratiquées chacune à quarante huit heures d'intervalle.

Après cinq jours de repos, une nouvelle intradermo interroge l'état de la réceptivité du sujet. Généralement elle est devenue négative, le sujet est considéré comme immunisé et l'opération peut être décidée sans danger. Sinon on pratique une nouvelle série de quatre vaccinations à la suite de laquelle le résultat désiré est obtenu.

Depuis trois ans, nous n'avons pas observé de complications pulmonaires graves chez aucun des malades auxquels la méthode a été appliquée. Des petits accidents légers ont été constatés de temps en temps et ont tous tourné court en trois ou quatre jours. J'attribue ces heureux résultats à l'immunité ou au renforcement de la faculté de défense contre l'entérocoque procurée par la vaccination.

Cette opinion repose sur des données établies par Gernez après étude comparative des réactions cutanées et des réactions sérologiques chez les sujets éprouvés par le test à l'entérocoque. Ces recherches montrent :

1° Que les malades à réaction cutanée positive n'ont pas d'anticorps entérococciques dans leur sérum.

2° Que chez les malades à réaction négative d'emblée, 60 p. cent environ ont des anticorps dans leur sérum.

3° Les injections de vaccin répétées rendent négatives les intradermo positives et cette négativation accompagne l'apparition d'anticorps dans le sérum.

Ces conclusions sont formelles et montrent qu'il s'agit ici d'une action spécifique sur le microbe le plus habituel de la flore stomacale et des complications pulmonaires. L'entérocoque est un saprophyte connu et étudié, il peut devenir pathogène et acquérir une grande virulence. Ses toxines également jouissent d'une grande puissance. Ce sont ces raisons qui nous l'ont fait choisir spécialement parmi les autres microbes.

Fort de notre expérience, nous considérons cette vaccination préopératoire comme ayant une action presque souveraine.

Elle a des inconvénients : tout d'abord elle exige la recherche de l'intradermo réaction, à moins qu'à l'exemple de Gosset on ne décide de vacciner systématiquement tous les futurs opérés.

Ensuite elle fait perdre du temps, car elle oblige à reporter l'intervention à une dizaine de jours, mais dans l'état actuel de nos connaissances, c'est une situation qu'il faut accepter.

Enfin elle ne s'adresse qu'au seul entérocoque ; elle est limitée aux opérations gastroduodénales ; d'après ce que nous avons vu plus haut, elle serait applicable également aux opérations sur les voies biliaires.

(1) Lambret. — Société de chirurgie, *loc. cit.*

(1) Gernez. — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. L'intradermo réaction et l'intradermo-inoculation. (Thèse de Lille, juillet 1924)

L'idéal serait évidemment d'avoir recours à des vaccins polyvalents. On travaille la question de différents côtés ; nous voyons NEUMANN (de Bruxelles) utiliser les vaccins de BRUCHETTINI. D'autre part CERF et PAULY (de Luxembourg) injectent du sérum antipneumococcique dans toutes les narcoses à l'éther ; Pauchet recommande ce même sérum pendant les épidémies de grippe.

Pour nous, nous en sommes actuellement à la seule lutte contre l'entérocoque, car la régularité des résultats que nous obtenons nous permet de penser qu'en pratique cette conduite est suffisante.

***

Cela ne veut pas dire que l'immunisation doit être réservée aux seules opérations sur l'estomac et le foie. C'est déjà un très beau résultat que d'éviter à cette catégorie d'opérés la complication pulmonaire grave puisque c'est justement celle qui y est de beaucoup la plus exposée. Malgré la moins grande fréquence des complications pulmonaires dans les autres cas de chirurgie abdominale, nous n'en avons pas moins le devoir de chercher à les éviter. Puisqu'il semble établi qu'elles ont leur point de départ dans une infection partie du foyer opératoire, c'est évidemment dans ce sens que nous devons travailler et diriger nos recherches ; ainsi nous avons chance d'arriver à un résultat analogue à celui que nous avons obtenu dans la chirurgie gastrique.

CLINIQUE INFANTILE

Les syndromes gastriques dans la moyenne et la grande enfance. Leur traitement.

Par P. LEREBOULLET.
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

L'étude (1) des syndromes gastriques dans la moyenne et la grande enfance que je désire poursuivre dans cette leçon, est à bien des égards distincte de ce qu'elle peut être chez le nourrisson et chez l'adulte. Chez le nourrisson, il y a plutôt des syndromes gastro-intestinaux, des gastro-entérites que des syndromes gastriques purs, le fonctionnement de l'estomac et celui de l'intestin sont simultanément troublés ; néanmoins les troubles gastriques ont dans certains cas leur autonomie, et les vomissements du nourrisson méritent une étude spéciale, notamment lorsqu'ils sont liés au pylorospasme ou à la sténose pylorique. Si dans ce dernier cas, ils sont bien le fait d'une lésion de l'estomac lui-même, le plus souvent les vomissements du nourrisson (et c'est ce qui fait la difficulté de leur étude) sont le fait de troubles fonctionnels sans lésion organique des parois gastriques.

A l'opposé, les syndromes gastriques de l'adulte sont souvent liés à des lésions gastriques, et l'on sait actuellement combien fréquemment ils ont à leur origine des ulcères gastriques ou duodénaux longtemps méconnus.

L'estomac de l'enfant est, comme celui du nourrisson, moins souvent malade du fait d'une lésion de ses parois que du fait d'un trouble plus lointain réagissant sur sa fonction.

Mais cette répercussion sur l'estomac d'autres troubles est importante parce que les symptômes alors observés peuvent retentir sur la nutrition de l'enfant, sur sa croissance, et que parfois, par leur intensité même, ils peuvent mettre la vie de l'enfant en danger. Je ne pourai d'ailleurs étudier que certains d'entre eux.

***

Il faut tout d'abord étudier le syndrome gastrique aigu, se traduisant par le VOMISSEMENT. La première hypothèse que l'on doit soulever est celle d'une simple *indigestion*, fréquente chez l'enfant, qui ne réfléchit pas à ce qu'il mange, qui par gourmandise, et quelquefois par gloutonnerie, mange plus qu'il ne devrait. Il est facile, par l'interrogatoire et par un examen rapide, de préciser la cause de ce vomissement qui n'exige d'autre traitement que la mise à la diète.

Dans d'autres cas, le vomissement s'accompagne de fièvre, il est la manifestation prodromique d'un *état infectieux aigu* comme la scarlatine, comme aussi la pneumonie et, d'une manière générale, toutes les maladies débutant par une fièvre élevée. Le vomissement représente alors, comme on l'a dit, le frisson de l'estomac. Ici encore s'il a une valeur clinique, il ne réclame pas un traitement spécial.

Mais il y a des cas où le vomissement, par sa répétition, par son apparition chez un sujet qui n'a pas de fièvre au moment où on l'observe, prend une valeur significative plus grande. Avant d'admettre que ce sont des vomissements idiopathiques, il faut se rappeler que bon nombre d'enfants atteints d'*appendicite* chronique ou subaiguë présentent des vomissements plus ou moins espacés, et palper la fosse iliaque droite. Ces enfants ont alors souvent le teint pâle ou jaune et se plaignent volontiers d'une douleur plus ou moins précise dans la région de l'appendice, douleur qui peut s'exagérer subitement au moment d'une poussée aiguë, et que la palpation réveille en un point qui est souvent un peu au-dessus et en dedans du point classique de Mac Burney. Il faut toujours penser chez l'enfant à cette origine appendiculaire possible.

Lorsque le vomissement survient chez des enfants lymphatiques, amaigris, présentant des ganglions multiples, ayant du mal de tête, on doit penser à la phase prodromique d'une *méningite tuberculeuse* ; d'autres fois c'est une *méningite cérébro-spinale* dont il marque le début, d'autres fois encore, il s'agit d'une *néoplasie cérébrale* qui se révèle secondairement par des troubles oculaires et des crises convulsives. Je me rappelle un jeune enfant porteur d'une tumeur de l'épiphyse, chez qui les premiers symptômes furent des vomissements en fusée, survenus sans cause gastrique nette. Mais ce vomissement cérébral n'est pas très fréquent.

Dans d'autres cas, le vomissement survient sous une influence psychopathique. L'enfant présente en même temps de l'asthénie, de la fatigue générale, et un état mental un peu spécial. Il vomit d'autant plus que l'on prête plus d'attention à ses malaises. C'est le vomissement par *anorexie mentale*. On voit ceci particulièrement chez les jeunes filles de 17 ou 18 ans, et quelquefois aussi chez de grands garçons. Cette anorexie mentale, dont la relative fréquence a été bien mise en relief par le professeur Hutinel, cède à l'isolement, à la psychothérapie, à l'alimentation progressive.

Dans d'autres cas encore, le vomissement apparaît comme l'équivalent de la *migraine*. Ce vomissement est constitué par un flux de bile ; je l'ai étudié jadis avec mon maître M. Gilbert dans la cholémie familiale, chez les enfants

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades.

fils d'hépatiques, à teint jaune, présentant divers autres symptômes témoignant de leur état cholémique.

Parfois encore le vomissement est la manifestation d'un état particulier que M. Leven a fort bien étudié chez l'enfant : l'*aérophagie* ; la tendance qu'ont certains sujets à avaler de l'air en même temps que leur salive s'associe d'ordinaire à un certain état dyspeptique et est assez fréquente pour qu'on y pense toujours.

Enfin chez certains enfants, le vomissement survient d'une façon périodique, tous les mois, tous les 2 mois ou tous les 6 mois. Il dure un certain nombre de jours et constitue le syndrome classique des *vomissements cycliques avec acétonémie,* sur lesquels le professeur Marfan a publié une monographie justement classique. Ces vomissements périodiques atteignent les enfants de 2 à 6 ans. On les voit surtout en clientèle, rarement à l'hôpital. L'enfant étant d'ordinaire bien portant, après une phase prodomique de 24 à 48 heures de malaise, pendant laquelle l'enfant est volontiers constipé, apparaissent d'abord des vomituritions, puis de véritables vomissements, souvent bilieux, contenant parfois des parcelles alimentaires, quelquefois même sanguinolents mêlés de parcelles noirâtres rappelant l'aspect du vomito negro ; ces vomissements répétés s'accompagnent habituellement d'une odeur acétonémique. Les urines elles-mêmes peuvent contenir de l'acétone en assez forte proportion.

La température est normale ou légèrement élevée, le pouls est rapide, la respiration irrégulière.

Ces vomissements, rebelles à tous les traitements au cours même de la crise, persistent pendant 24 à 48 heures, puis cessent et l'enfant revient à la santé. On a insisté sur l'association de deux ordres de symptômes, d'une part, les *symptômes nerveux* ; l'enfant est volontiers agité, énervé, parfois même présente du subdélire ; d'autre part, un *cortège hépatique* sur lequel j'ai jadis insisté avec M. Gilbert et que M. Dorlencourt a récemment bien mis en relief. Ils ont le teint jaune, un foie un peu gros ; les urines contiennent souvent de l'urobiline en quantité marquée. Les vomissements cessent habituellement assez vite parfois en quelques heures, d'autres fois en quelques jours, mais ils peuvent exceptionnellement se prolonger jusqu'à dix et quinze jours. Ce qui est caractéristique, c'est le retour de crises semblables à intervalles plus ou moins éloignés, chaque mois, chaque semestre. Le plus souvent ils finissent par guérir. Pourtant M. Dorlencourt a réuni, à propos d'un cas personnel, quinze cas terminés par la mort, le plus souvent avec des accidents d'insuffisance hépatique.

Ces vomissements apparaissent volontiers chez des enfants nerveux, et l'élément nerveux donne quelques indications thérapeutiques. Ils surviennent souvent chez des enfants ayant des troubles intestinaux, notamment chez des constipés présentant de la colite, et le traitement de l'état digestif est utile. J'ai vu un enfant, ayant un syndrome de Hirschsprung à l'état ébauché, qui pouvait, en partie au moins expliquer les accidents. Ce sont souvent des hépatiques ainsi que je l'ai jadis soutenu avec M. Gilbert. M. Terrien, de son côté, a défendu l'étiologie surrénale. Ces enfants auraient souvent de l'hypotension et un sentiment d'anéantissement particulier. L'élément pancréatique a été également mis en cause.

Il faut retenir surtout que ces vomissements périodiques surviennent sur un terrain particulier, M. Comby a insisté sur le rôle du terrain arthritique ; ce terrain a été rapproché du terrain anaphylactique et du terrain asthmatique. Il est certain qu'à beaucoup d'égards les vomissents périodiques se rapprochent des crises d'asthmes peuvent alterner avec elles ou les remplacer ; même alternance a été notée entre eux et la migraine.

Leur mécanisme physiopathologique est vraisemblablement complexe et il semble bien qu'il faille faire intervenir dans leur genèse les troubles fonctionnels des surrénales, du pancréas, du foie, sans parler du système nerveux.

Comment les traiter ? Il faut d'abord soigner la crise aiguë. Pendant 24 à 48 heures l'enfant sera mis à la diète absolue. Il est vain d'essayer de le nourrir par la bouche. Mettez-le à la diète complète, sachant qu'il vomirait l'eau s'il en prenait, puis essayez à nouveau de l'eau de Vichy, de l'eau légèrement bicarbonatée, du citrate de soude, de l'eau chloroformée, de la potion de Rivière, sans vous illusionner sur leurs effets. Peut-être pourrez-vous également faire absorber quelques doses de carbonate de bismuth émulsionné dans l'eau.

Il faut mettre l'enfant au *calme* dans une chambre où il soit seul, de façon à éviter à son système nerveux toute cause de surexcitation. Mais l'enfant ne prenant rien ou presque rien par la bouche, et continuant à vomir, il faut recourir à deux méthodes, qui en général donnent des résultats. La première consiste à donner à l'enfant des *lavements d'eau sucrée* ou de sérum glucosé isotonique à 45 grammes pour un litre : on en injectera 150 à 200 grammes par le rectum, soit en goutte à goutte, soit en lavement simple, auquel on peut ajouter quelques gouttes d'adrénaline au 1000e. On a voulu essayer les lavements au bicarbonate de soude, mais ils sont quelquefois un peu irritants. Il y a avantage à réhydrater l'enfant ; aussi, si, après deux ou trois jours, les vomissements continuent, on peut lui *injecter sous la peau du sérum salé ou glucosé isotonique* (150 gr.) sans y ajouter d'adrénaline qui pourrait provoquer du sphacèle, mais il peut être utile de faire une petite piqûre intramusculaire d'un centimètre cube d'adrénaline au millième ; elle n'a pas le même inconvénient que la piqûre de sérum adrénalisé sous tension et donne des résultats analogues.

L'adrénaline peut être remplacée par l'extrait surrénal, ou par l'extrait hypophyso-surrénal, mélange d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse et d'extrait surrénal, qui semble dans ces cas assez efficace. L'évatmine de Carrion peut rendre des services semblables.

Volontiers enfin, dans un cas de vomissements périodiques, dans lequel il y a de l'acétonémie et dans lequel l'acidose intervient certainement pour une part dans la production des accidents, je ferais l'injection de *petites doses d'insuline* ; l'insuline, qui a donné de si bons résultats dans le diabète, et qui est un agent antiacidosique puissant, doit agir dans ces cas. Il faut se rappeler toutefois que l'enfant étant à la diète, l'insuline est susceptible de provoquer des accidents d'hypoglycémie ; il faut donc l'employer à petite dose et y joindre l'administration d'un lavement d'eau sucrée et d'une quantité plus ou moins grande d'adrénaline qui lutte contre l'hypoglycémie et sert d'antidote.

Heureusement ces vomissements périodiques ne durent pas très longtemps, ils n'ont leur phase aiguë que pendant quelques heures, et, lorsqu'on est appelé à les voir, il n'est pas rare qu'au moment où l'on songe à intervenir énergiquement, ils commencent à se calmer ; s'il y a une médication à prescrire, c'est surtout pour en empêcher le retour. C'est ici qu'il faut se rappeler le triple rôle du facteur hépatique, du facteur anaphylactique et du facteur acidosique. Relever l'activité hépatique, diminuer la sensibilisation aux protéines alimentaires, lutter contre l'acidose, telle est la triple tâche que l'on peut utilement remplir à titre préventif. A cet égard, la cure

alcaline est souvent efficace et il est des cas où l'administration de bicarbonate de soude par la bouche semble avoir une action préventive réelle et enrayer certaines crises.

Elle est utile dans l'intervalle des crises et a une action stimulante sur les fonctions hépatiques que l'opothérapie hépatique double parfois heureusement.

C'est l'eau de Vichy ou l'eau bicarbonatée qui constitue la première alimentation à donner après la crise de vomissements périodiques ; puis la cure alimentaire est basée sur l'emploi du lait, non pas en nature, mais, autant que possible, coupé ou écrémé pour ménager les fonctions du foie, sur l'emploi du bouillon de légumes, des bouillies légères ; progressivement on revient à un régime plus large, mais en se rappelant que les viandes et les œufs ne doivent être donnés que beaucoup plus tard ; c'est alors qu'il faut rechercher s'il n'y a pas eu une cause alimentaire à ces vomissements.

Il arrive quelquefois que les vomissements périodiques sont dus à une intolérance particulière pour un aliment déterminé. J'ai connu un enfant chez lequel il semblait que les crises soient plus particulièrement le fait d'une sensibilité particulière à certains farineux et notamment aux lentilles.

Sans doute l'élément anaphylactique n'était pas tout, car on relevait de plus une sensibilité nerveuse accusée et un trouble hépatique manifeste, même en s'abstenant de manger des lentilles, il avait des vomissements tous les mois. Néanmoins, l'anaphylaxie à certaines substances alimentaires, dénoncée à maintes reprises, par mon collègue M. Lesné, était, dans ce cas, comme dans d'autres, nette et permettait d'efficaces conclusions de diététique.

Il faut donc, lorsque l'enfant est guéri de sa crise, voir s'il n'y a pas eu une erreur alimentaire et chercher à supprimer complètement l'aliment qui a provoqué les vomissements, ou tout au moins désensibiliser le malade à cet aliment en le lui donnant à petites doses, en employant les méthodes classiques de désensibilisation ; à cet égard la peptonothérapie peut être une méthode utile.

L'hygiène alimentaire a donc un rôle important. L'hygiène alimentaire rigoureuse est nécessaire également vis-à-vis du facteur hépatique possible ; à cet égard la proscription des aliments gras, des jaunes d'œufs, s'impose souvent.

Il faut ensuite et progressivement soumettre le malade à certaines cures complémentaires, et c'est ici qu'interviennent, dans les périodes intercalaires, les cures de chlorure de calcium, d'adrénaline ou d'extrait surrénal, d'extrait pancréatique. Si on peut parfois ainsi éloigner le retour des accès, il faut néanmoins se rappeler qu'on ne peut pas les faire disparaître complètement.

Enfin il est bon de faire quelquefois des cures thermales. On enverra ces enfants aux eaux de Châtel-Guyon, par exemple, lorsqu'il y a un élément colitique et de la constipation, ou à Vichy si le facteur acidosique et le facteur hépatique sont importants.

On obtiendrait aussi des résultats dans certains cas en envoyant ces malades à Vittel.

Ce qu'il ne faut pas faire, ce sont certaines thérapeutiques trop actives. Ces enfants guérissent presque toujours ; par conséquent je ne crois pas qu'on doive leur pratiquer des injections de bicarbonate de soude intraveineuses, qui ont été préconisées quelquefois chez eux comme chez les enfants atteints de coma diabétique. Elle sont dangereuses chez l'enfant et mieux vaut s'en abstenir.

De même il ne faut pas faire d'injections de sérum adrénaliné sous la peau, injections qui, sous tension, peuvent donner du sphacèle. De même encore, étant donné que ces enfants sont souvent sensibilisés à certaines protéines alimentaires, je crois qu'il faut s'abstenir de la thérapeutique dite de choc par injection intraveineuse de diverses substances, qui pourrait provoquer des accidents graves.

Les enfants atteints de vomissements périodiques se transforment avec l'âge. Ils tendent spontanément à guérir ou à faire d'autres accidents (asthme, migraine, etc.). S'il faut chez eux continuer à surveiller l'état du foie, il faut le plus souvent se garder d'un pronostic trop sombre.

***

La plupart des pédiâtres ont fait jouer un rôle à ce qu'ils ont appelé les *dyspepsies de l'enfance*. Elles se voient notamment à la fin de la seconde enfance et dans la grande enfance. Récemment, le professeur Taillens, de Lausanne, y a insisté à nouveau, avec beaucoup de sens clinique, il a montré que cette dyspepsie peut présenter tous les degrés, allant des formes les plus légères, dont la séméiologie n'est représentée que par de l'anorexie de la constipation et un peu de retard de poids, jusqu'aux formes les plus graves, avec dépérissement, cachexie, états qui font parfois penser à la tuberculose.

Si parfois la croissance, loin d'être entravée, est supérieure à la taille moyenne, réalisant cette dystrophie staturale pubertaire sur laquelle a insisté M. Hutinel et que M. Boulanger-Pilet vient d'étudier à nouveau, en revanche leur croissance pondérale est retardée .M. Taillens a observé nombre de ces dyspeptiques ayant un poids égal aux deux tiers ou à la moitié de ce qu'il aurait dû être. L'examen clinique et radioscopique ne montre pas aussi souvent qu'on le supposerait de la dilatation de l'estomac. Cet organe n'est bien souvent ni dilaté, ni ptosé. Il s'agit avant tout d'un syndrome dyspeptique fonctionnel ; la dyspepsie est « physiologique et non anatomique », la muqueuse gastrique sécrète en excès ou en moins. Il s'agit de dyspepsie hypo ou hyperchlorhydrique.

Sur 100 enfants dyspeptiques M. Taillens en a vu 67 avec de l'hyperchlorhydrie, 29 avec de l'hypochlorhydrie, 4 avec un chimisme normal.

Le trouble secrétoire n'est pas tout, il faut tenir compte aussi de l'*aérophagie*. L'enfant, à la faveur d'une coqueluche ou d'une autre maladie qui le fait tousser et avaler sa salive avec une certaine quantité d'air, est devenu aérophage et c'est un estomac rempli d'air beaucoup plus qu'un estomac ptosé ou dilaté que révèle la radioscopie. M. Leven a très justement précisé la valeur de ce facteur.

Je ne puis insister sur les caractères cliniques de ces dyspepsies de l'enfance, je voulais seulement vous en rappeler les facteurs essentiels (atonie générale, troubles sécrétoires, aérophagie). Il ne faut pas leur imposer un régime trop strict. Il faut se rappeler le danger des régimes systématiques un moment préconisés contre les fermentations de l'intestin ; sans lait, sans viande et sans œufs, on croyait pouvoir assurer une croissance normale ! Que de déboires n'a-t-on pas eus alors chez les enfants ! Ce qu'il faut prescrire, c'est avant tout la régularité, la lenteur des repas, une mastication suffisante. On évitera seulement les aliments de haut goût, notoirement indigestes : on réduira les graisses, les acides, les épices. Ce sera avant tout un régime de bon sens.

L'application de compresses humides (maillot humide), le repos après les repas seront utilement conseillés. Ces moyens ont pour but non pas de précipiter la digestion,

mais plutôt de la régulariser et de la ralentir, il y a toutefois avantage dans beaucoup de cas à ne pas prescrire trop de repos chez l'enfant.

Il ne faut pas abuser des alcalins. C'est une bonne médication en cas d'hyperchlorhydrie, mais elle ne doit pas être administrée à trop forte dose.

M. Bourget, de Lausanne, associait le bicarbonate et le phosphate de soude à une petite dose de sulfate de soude dans une formule souvent employée et dont il est bon de se rappeler la teneur :

Bicarbonate de soude...........	6 à 8 grammes
Phosphate de soude sec.........	4 grammes
Sulfate de soude sec...........	2 grammes

Uu paquet dans un litre d'eau froide.

Un ou un demi-verre à Bordeaux, deux ou trois fois par jour, une demi-heure avant les repas.

Quelques médecins préfèrent les formules plus anciennes de Hayem, plus riches en sulfate de soude convenant mieux chez les constipés mais moins bien tolérées par certains estomacs. C'est une formule de cet ordre que M. Marfan prescrit à la suite des crises de vomissements périodiques :

Bromure de sodium...............	3 grammes
Bicarbonate de soude...............	5 grammes
Phosphate de soude..............	5 grammes
Sulfate de soude................	10 grammes

Pour un litre d'eau. Un verre à Madère, deux ou trois fois par jour.

Les poudres absorbantes ont leurs indications. On peut conseiller à la fin des repas une bonne pincée de craie préparée, ou le carbonate de bismuth pris à la dose de 10 gr. chaque matin dans un verre d'eau, pendant dix jours, dans certains cas d'hyperchlorhydrie manifeste.

Dans certains cas vous pourrez employer la belladone à faible dose, la strychnine ou certains autres amers. Le condurango rend parfois des services.

Quelquefois, quand il y a insuffisance des sécrétions digestives, on peut pour y suppléer recourir à l'opothérapie gastrique ou pancréatique. Néanmoins les ferments ou les opothérapies ont beaucoup moins d'indications qu'on ne le croyait jadis.

S'il y a dilatation ou ptose gastrique, il faut se rappeler l'utilité de la ceinture antiptosique, de la ceinture hypogastrique qui soutient l'estomac et qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, donne de bons résultats, à condition d'être bien adaptée à son cas, facile à mettre et régulièrement portée.

L'aérophagie nécessite une série de précautions, de trucs, sur lesquels M. Leven a donné nombre de précisions et qui visent, en maintenant volontiers la bouche entr'ouverte, à empêcher l'enfant de déglutir de l'air.

J'ai surtout parlé des vomissements périodiques et des dyspepsies fonctionnelles de l'enfant. Evidemment il faudrait encore envisager ici les maladies vraies de l'estomac chez les enfants, mais elles sont exceptionnelles. Il y a quelques cas d'*ulcère de l'estomac*, pouvant s'accompagner secondairement de *sténose du pylore*, et où se pose, chez l'enfant comme chez l'adulte, la question de l'intervention chirurgicale. J'ai, il y a une quinzaine d'années, fait opérer un enfant ayant eu à 8 ans des symptômes d'ulcère gastrique ayant gardé plusieurs années une sténose du pylore serrée qui l'avait mis dans un état de cachexie extrême. C'est aujourd'hui une jeune femme en parfait état : ce sont là des faits très rares. A plus forte raison, est-il rare de voir des tumeurs de l'estomac chez les jeunes sujets. L'estomac est rarement malade par lui-même chez l'enfant, il a simplement des troubles réactionnels ; le type en est donné par le syndrome des vomissements périodiques, syndrome qui n'est gastrique que par sa localisation et dont les causes sont vraisemblablement plus lointaines.

En dehors de ces vomissements, il y a souvent chez les enfants des états dyspeptiques, mais ceux-ci sont souvent eux-mêmes fonction d'un état général mauvais, qu'ils aient ou non à leur origine une tuberculose latente. il faut les soigner en se rappelant que, par ces soins, on relève l'état général, on favorise la croissance pondérale ou régularise la croissance staturale. Mais la thérapeutique est, avant tout, alors basée sur l'hygiène alimentaire et l'hygiène générale avec quelques médications très simples. Elle ne doit jamais être compliquée ni systématique et un examen complet de l'enfant permet souvent, tout en traitant l'estomac, de remédier aux causes générales qui ont facilité le développement des troubles gastriques.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

ACTUALITÉS GYNÉCOLOGIQUES

Les indications thérapeutiques dans l'infection puerpérale post-abortum

Par A. AMELINE,
interne des hôpitaux.

Cette question, toujours d'actualité, a été longuement discutée, en août 1923, au Congrès de la fièvre puerpérale, surtout pour la partie obstétricale (Strasbourg). Elle a fait l'objet d'un article récent d'AUVRAY (1). Elle vient enfin d'être discutée à la Société de Chirurgie (2). Nous allons essayer de résumer les conclusions, parfois opposées, des différents auteurs.

Il semble bien qu'en réalité le problème repose tout entier sur les *Indications*, « grand cheval de bataille des accoucheurs » (J.-L. FAURE). Si la clinique donnait des moyens précis pour discriminer les différentes étapes de l'infection, la question trouverait une solution élégante.

Ces étapes de l'infection, anatomiquement bien connues, s'enchaînent ainsi :

Infection des débris membraneux ou placentaires retenus dans la cavité utérine :

Infection de la muqueuse :

Propagation au muscle :

Propagation annexielle et péritonéale, ou propagation vasculaire. De là, infection générale.

ALFIÉRI, dans son rapport, avait envisagé trois étapes cliniques :

1° Infection des voies génitales, surtout infection muqueuse :

2° Infection ayant forcé la barrière muqueuse, mais respectant le système circulatoire :

3° Infection générale, dominant le tableau de la localisation pelvienne.

A ces trois étapes correspondraient des thérapeutiques essentiellement différentes :

Traitement local pour la première.

Chirurgical actif pour la seconde.

Général pour la troisième.

Ne pourrait-on pas simplifier le problème, en considé-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 30 septembre 1924.
(2) Société de chirurgie, décembre 1924.

ACTUALITÉS

OBSTÉTRIQUE — GYNÉCOLOGIE

Sur la pathogénie de l'anémie pernicieuse gravidique. (M. Jean COLL DE CORRERA. *Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen*. Séances de juillet 1924, p. 476.)

L'anémie du type pernicieux développée au cours de la gestation reconnaît comme facteur étiologique incontestable la présence de l'œuf ; elle est susceptible de guérison sous l'influence de la seule interruption de la gestation et cela avec une rapidité telle qu'on ne peut retrouver d'exemple pareil dans l'histoire des anémies pernicieuses (Aubertin).

Il existe, pendant la gestation, chez la femme enceinte, une anémie physiologique. Cette anémie, habituellement modérée, est surtout marquée pendant la première moitié de la gestation et paraît atteindre son acmé aux environs du 5e mois. Cette anémie est due à une hématolyse intra-placentaire, dont le but est de fournir au fœtus le fer qui lui est nécessaire pour son développement.

Pourquoi et sous quelle influence, cette hématolyse si active pendant la première moitié de la gestation, est-elle arrêtée dans sa seconde moitié ?

Pour l'A., c'est l'hypercholestérinémie de la gestation, phénomène biologique constant dans la seconde moitié de la gestation, qui joue le rôle de neutralisant vis-à-vis des « ferments placentaires » d'origine syncytiale, lesquels sont responsables de la destruction globulaire chez la femme enceinte.

On connait l'action anti-hémolytique de la cholestérine vis-à-vis de nombreux agents hémolytiques.

Chaque fois que cette recherche a été pratiquée, chez les malades atteintes d'anémie pernicieuse, on a trouvé un sérum très pauvre en cholestérine.

Deux processus sont possibles pour expliquer la production de l'anémie pernicieuse chez les femmes enceintes :

1° Hémolyse syncytiale normale et cholestérigénèse insuffisante ; la destruction de globules rouges maternels, ne rencontrant plus son frein habituel, va se poursuivre, dépassant son taux ordinaire ;

2° Organes cholestérinogènes demeurant suffisants, et fonction villeuse du placenta anormalement exaltée et prolongée.

L'appauvrissement de l'organisme en cholestérine détermine, en outre, une autre grave conséquence : la bile, comme tout l'organisme, étant appauvrie en cholestérine, il y a un défaut de neutralisation des savons dont on connaît l'active action hémolytique, d'où une nouvelle source de toxines hémolysantes qui aggravent la maladie.

L'auteur accepte délibérément la théorie surrénalienne de la cholestérigénèse et note que, chez les malades atteintes d'anémie pernicieuse gravidique, il est souvent facile de mettre en lumière des signes non douteux d'insuffisance surrénale.

Expérimentation. — A) En premier lieu, l'A. a extrait du placenta par l'éther, une substance hémolytique dont l'action n'existe d'ailleurs qu'à la période de l'embryotrophe hématique.

B) Dans une deuxième expérience, l'A. a réalisé, avec une suspension colloïdale de cholestérine, la neutralisation complète et absolue de ses extraits placentaires, *in vitro*.

C) Une lapine a été soumise à des injections quotidiennes de cet extrait, d'où anémie accentuée et urobilinurie progressivement croissante, puis réaction spontanée contre le processus de déglobulisation par l'hypercholestérinémie.

D) Dans une dernière expérience enfin, l'A. a protégé, par injection préalable de cholestérine, une lapine à qui il injectait quotidiennement de fortes doses de ses extraits placentaires.

Henri VIGNES.

Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation. (COTTE : *Gynécologie et Obstétrique*, 1924, tome IX.)

Si le corps jaune était seul à assurer le jeu régulier de la menstruation, sa destruction devrait nécessairement entraîner la suppression des règles suivantes. Or ce phénomène est loin d'être constant. Si FRAENKEL, en effet, a pu voir que dans 8 cas sur 9 la destruction du corps jaune au thermocautère supprimait la menstruation, Cotte a obtenu des résultats différents : dans 15 cas sur 16 l'ablation d'un ovaire renfermant soit un follicule en évolution, soit un corps jaune en plein développement ou l'excision simple d'une de ces formations au bistouri, loin de supprimer les règles suivantes, ont toujours provoqué leur apparition anticipée, et ceci, quelle que soit l'époque à laquelle aient eu lieu les dernières règles.

Pour les cas opérés pendant la seconde quinzaine du mois, on peut se dire que les choses étaient trop avancées pour que la menstruation soit modifiée, le produit de sécrétion glandulaire ayant déjà passé dans la circulation. Mais si cette explication peut, à la rigueur, convenir à ces cas, elle ne saurait s'appliquer a ceux dans lesquelles l'opération a suivi de près les dernières règles.

Cotte rappelle ensuite le phénomène de Lindenthal ; mais ceci est différent de ses propres cas, puisqu'il a extirpé totalement le follicule ou le corps jaune.

Il conclut que ce n'est pas dans le corps jaune qu'il faut chercher la cause de la menstruation.

Mais il y a plus : dans les cas de Cotte, loin de supprimer les règles suivantes, l'ablation d'un ovaire renfermant un follicule à maturité ou l'excision simple de celui-ci avançaient le plus souvent leur apparition, l'hémorragie menstruelle se faisant habituellement d'un à trois jours après l'intervention.

Cotte est tenté d'admettre que les règles ainsi provoquées sont le résultat de l'excitation directe produite sur les nerfs de l'ovaire soit au niveau de son parenchyme, soit au niveau de son pédicule, excitation déterminant, par voie réflexe probablement, une vaso-dilatation des branches de l'utérine d'où l'hémorragie.

Cette influence du système nerveux sur la menstruation dont on peut prévoir l'importance quand on connait la richesse de l'ovaire et de l'utérus en éléments nerveux de toutes sortes, est d'ailleurs facile a mettre en évidence par le fait que de nombreuses interventions conservatrices sur l'utérus et les annexes sont suivies de menstruation anticipée.

Si, dans le jeu normal de la menstruation la poussée congestive et l'hémorragie utérines ont pour point de départ une hormone d'origine ovarienne, cela n'empêche pas que le réflexe de la menstruation puisse être également déclanché par une excitation directe faite au niveau de l'ovaire.

rant des cas simples, un peu schématiques, sur lesquels tout le monde est à peu près d'accord, et des cas plus complexes où commencent les désaccords thérapeutiques ?

Les cas simples.

1er *cas.* — Avortement du 2e au 3e mois, récent (3 jours). Poussée thermique à 38°5, 39°. Ecoulement vaginal assez abondant, malodorant, avec des débris de membranes. Au toucher, utérus gros, mou, peu sensible ; col entrouvert.

Ce schéma correspond à la majorité des cas observés dans les services hospitaliers : il s'agit de rétention évidente de débris placentaires.

Encore que certains auteurs (ALGLAVE) conseillent l'abstention, il semble pour la majorité que l'indication pressante soit de vider l'utérus et de désinfecter sa cavité. On y parvient :

Soit par le curettage. Curettage bien spécial (CUNÉO), très doux, avec la curette mousse, mais absolument complet. Il ne faut pas considérer le curettage comme une manœuvre simple, à confier à des débutants.

Soit par le curage digital, pas toujours possible.

Après l'intervention, iodage discret de la cavité utérine : pas de drain ni de mèche, sauf au cas d'infection très marquée où une mèche antiseptique peut être acceptée pendant quelques heures seulement.

Quelques auteurs préconisent le Dakin intra-utérin, mais discontinu, et pendant 3 ou 4 jours au plus.

D'autres l'irrigation continue intra-utérine avec de l'eau stérilisée ou un liquide faiblement antiseptique.

Les résultats confirment largement cette manière de voir. Presque toujours la défervescence thermique survient, brusque et définitive en 12 heures. Quelquefois seulement elle ne survient qu'après un frisson à 39 ou 40 et au bout de 24 heures. Les malades sortent guéries, sans séquelles, au bout de 8 jours.

2e *cas.* — Avortement récent. Signes d'infection strictement intra-utérine pendant quelques jours ; puis, subitement, douleur généralisée à tout le ventre, ventre de bois, vomissements, arrêt des gaz, faciès péritonéal, hyperthermie, pouls rapide et mou. La péritonite, pelvienne puis généralisée, est évidente.

Un seul traitement possible : la laparatomie, ou dans les cas désespérés, la voie basse, plus rapide et moins shockante.

3e *cas.* — Avortement un peu ancien (8, 10 jours). Malade subictérique, en plein délire, avec frissons, grosses oscillations thermiques de 36°5 à 41°, hémoculture positive au streptocoque. Utérus gros et mou, mais mobile, indolore, sans sécrétions notables. L'infection générale est évidente et ne relève que d'un traitement général (huile camphrée, vaccins ou sérums, choc colloïdo-clasique, abcès de fixation).

Quelques auteurs cependant (J.-L. FAURE) proposent l'hystérectomie pour tarir la source de la septicémie. Cette intervention logique ne saurait donner de brillants résultats dans de tels cas, évidemment désespérés.

Les cas complexes.

Ils s'enchaînent insensiblement du plus simple au plus grave.

1° Existe-t-il des signes nets de propagation de l'infection à la musculature utérine ?

Oui, pour certains, qui s'appuient sur la triade classique de Courbin : utérus gros et mou, pertes noirâtres et fétides, faciès toxique. Elle imposerait, dès son apparition, une intervention immédiate.

Non, pour d'autres, qui admettent la règle posée par J.-L. FAURE : intervenir si aucune défervescence thermique n'est survenue 24 heures après un curettage correctement exécuté.

Quelle intervention ? Pas de curettage itératif : détestable manœuvre en général. Il faut recourir à l'hystérectomie. Hystérectomie vaginale pour la plupart ; hystérectomie abdominale pour ceux qui préfèrent la vérification directe des lésions utérines et péri-utérines.

2° Existe-t-il des signes cliniques nets et précoces d'extension de l'infection aux tissus péri-utérins ?

Il s'agit, au début tout au moins, de simples nuances : faciès moins altéré, oscillations thermiques régulières, pouls rapide mais bien frappé, écoulements vaginaux minimes : localement, fixation progressive de l'utérus avec empâtement latéro, puis péri-utérin. Si l'on peut suspecter une telle localisation (éventualité en somme favorable) l'indication est de suspendre toute thérapeutique active et d'attendre en prescrivant glace sur le ventre et injections vaginales.

Plus tard pourront se poser les indications d'une colpotomie ou de l'incision d'un phlegmon du ligament larges. Nos maîtres, M. CHIFOLIAU, M. GRÉGOIRE, nous ont souvent fait observer combien certaines énormes tuméfactions péri-utérines se résolvaient totalement.

3° Y a-t-il des signes précoces de thrombo-phlébite péri-utérine ? En réalité, il n'en existe guère, et ceux qu'on a donnés : frissons précédant de gros accès fébriles, accélération *régulièrement progressive* du pouls, petits incidents pulmonaires traduisant de minimes embolies, tuméfaction allongée, douloureuse, latéro-utérine, se différencient mal de ceux d'une extension de l'infection au ligament large ou à la trompe.

Dans ces cas on a proposé des ligatures veineuses (veine iliaque primitive, veine cave inférieure au-dessous de l'abouchement des veines rénales) ou même l'association de l'hystérectomie à l'exérèse veineuse (J.-L. FAURE).

Le laboratoire peut-il venir en aide pour la recherche des indications ?

L'examen des sécrétions utérines ne fournit aucun appoint (TUFFIER, J.-L. FAURE).

L'hémoculture elle même n'est pas un élément de pronostic (CUNÉO, J.-L. FAURE).

Il semble, au total, qu'on puisse ainsi conclure :

1° « Il existe des signes précis de rétention » (CHIFOLIAU). Ces signes commandent l'évacuation et la désinfection de l'utérus.

2° Si les signes d'infection persistent après curettage *complet*, ou si la malade arrive avec des signes d'infection non plus locale, mais générale, il faut supprimer l'utérus, foyer d'infection.

3° Si l'on suspecte une localisation péri-utérine (véritable abcès de fixation naturel) il semble que l'expectative armée soit la ligne de conduite correcte.

4° Les cas difficiles sont les cas limites où l'infection, ayant sûrement dépassé le stade muqueux, ne peut être précisée dans son degré et sa localisation. Ces cas sont livrés en somme à la sagacité et à l'expérience du gynécologue.

LETTRE DE LYON

L'œuvre de Jaboulay

L'université de Lyon se prépare à inaugurer dans quelques jours, à la Faculté de Médecine, le monument élevé à la mémoire du professeur Jaboulay. La guerre a retardé considérablement cet évènement, et si la médaille commémorative a pu être distribuée il y a deux ans, il reste à accomplir la seconde partie du programme exécuté par Larrivé, destiné à laisser une double image durable et tangible de Jaboulay.

Douze ans en effet, ont passé depuis l'accident de Melun où, le 4 novembre 1913, vers les huit heures du soir, le rapide de Lyon prit en écharpe un train poste en retard. Une quarantaine de personnes y trouvèrent la mort. De ce nombre fut Jaboulay allant à Paris pour faire partie d'un jury d'agrégation. Ses restes furent identifiés

à grand'peine par ses amis et élèves, Audry, Briau, E. Martin. Ils reposent dans le petit cimetière de Saint-Genis-Laval, près de Lyon, où notre Maître était né le 3 juillet 1860.

Jaboulay disparut ainsi à 52 ans en pleine possession d'un talent qui avait encore à produire pour le plus grand profit de la chirurgie.

Son œuvre n'en reste pas moins belle et digne des témoignages d'admiration que l'on veut fixer dans le marbre et le bronze.

***

L'œuvre de Jaboulay doit être considérée chez l'anatomiste, le chirurgien, et le professeur.

Il fut anatomiste au début de sa carrière médicale. Externe des hôpitaux en 1879. Interne en 1881, il fit sa thèse en 1885 sur le microbe de l'ostéomyélite.

A ce moment il fut nommé chef des travaux anatomiques et l'année suivante, 1886, devint agrégé d'anatomie avec une thèse sur les relations des nerfs optiques avec le système nerveux central.

Cette orientation explique la publication de quelques travaux d'anatomie pure :

Etudes sur le squelette du pied, sur la torsion du col du fémur, sur la pronation et la supination, ainsi que des articles de physiologie dans le Dictionnaire de Dechambre sur le trijumeau, l'hypoglosse, que nous résumions pour la préparation du concours d'internat.

Mais on peut dire que l'anatomie lui rendit plus de services qu'il ne lui en rendit. Ce fut l'anatomie qui contribua, en dehors des dons heureux de sa nature, à lui donner une maîtrise opératoire remarquable, une assurance et une sécurité grandes devant les complexités pathologiques de l'anatomie chirurgicale pour parer à l'imprévu et imaginer des solutions suivant les possibilités.

A l'heure actuelle, il est impossible avec les nouveaux règlements de passer du scalpel au bistouri, et Jaboulay ne pourrait plus être simultanément anatomiste et chirurgien. Mais ce n'est pas en considérant notre chirurgien que l'on pourrait croire que la réforme effectuée soit forcément un bien.

Pour nous, médecins, l'anatomie ne vaut que par les applications que l'on peut en faire : réduite à une science théorique elle est stérile pour l'art de guérir et ne tire d'intérêt que de l'anatomie comparée.

Nommé chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu en 1892, il prit un service en 1896. Il cessait alors d'enseigner l'anatomie, et instruisait sur la pathologie dans son service jusqu'en 1902 où il fut appelé à remplacer Ollier.

***

Il avait alors la facilité de passer des longues méditations théoriques de la dissection aux possibilités actives des réalités chirurgicales.

Ce fut un chirurgien au faire original, et Pollosson pouvait parler avec vérité de la méthode de Jaboulay.

Comme chirurgien, de tout temps Jaboulay observa deux grandes règles, le silence et l'asepsie.

Le silence d'abord. On ne parlait pas dans le service pendant l'opération, aussi il tenait les masques pour la muselière des chirurgiens bavards. Il n'en avait pas besoin.

Son infirmier, Louis, bien adapté à son Maître, mettait dans sa main tendue l'instrument nécessaire. A l'aide, il indiquait d'un geste le mouvement à faire, et devant ce silencieux, personne n'osait parler. Tout y gagnait en rapidité et en précision. Pas de temps perdu, l'instrumentation était simple, peu encombrante, parfois originale.

Il fallait voir l'élégance du geste de la main qui pour l'incision du cancer du sein semblait décrire une légère arabesque, du bistouri cherchant à petits coups le clivage de l'énucléation intra-glandulaire d'un goitre, des doigts retenant sans attrition une anse intestinale fuyante.

L'impression sur le malade n'était pas moins profonde. Le physique du chirurgien s'y prêtait. Si l'homme était de taille moyenne, le visage pâle et régulier, une abondante chevelure de cheveux bouclés noirs que nous avons vu virer lentement à l'argent contribuaient à inspirer une sorte de fascination.

De la sorte, on pouvait voir Jaboulay opérer sans anesthésie des goitres volumineux car, prétendait-il, les incisions sur la ligne médiane sont peu douloureuses, et de fait, le malade ne bronchait pas, à la stupéfaction de tous.

Jaboulay fut partisan de bonne heure de la supériorité de l'asepsie sur l'antisepsie qui ne devait s'employer qu'en désespoir de cause.

Il avait surtout en horreur l'iodoforme, et le sublimé le trouvait hostile ; il aurait voulu opérer dans une cage de verre, et il avait imaginé dans sa clinique un belvédère derrière des vitres pour les spectateurs.

Il s'était mis sans difficulté à opérer avec des gants car il y voyait une application de ses propres théories. Muni de toutes ces conditions, il voulait la guérison des plaies opératoires en sept jours.

Les travaux de Jaboulay épars dans de nombreux journaux et revues ont été réunis dans trois ouvrages édités chez Storck.

Ce fut d'abord, la « Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde » publiée par E. Martin en 1900, puis un ouvrage en deux volumes : « Chirurgie des centres nerveux, des viscères, et des membres » qui lui servit d'exposé de titres pour la chaire de clinique chirurgicale en 1902. Enfin un volume de « Leçons cliniques » publiées par Cavaillon en 1904. Dans ces trois ouvrages se trouvent les indications bibliographiques de toutes ses publications antérieures à 1904.

Depuis, c'est le *Lyon Médical* et le *Lyon chirurgical* qui ont été les dépositaires de ses travaux postérieurs avec les thèses de ses élèves.

Dans le premier de ses ouvrages sur la chirurgie du grand sympathique, on a la conviction que ce nerf a été interrogé et abordé suivant un ordre physiologique. Par lui, on a voulu traiter la maladie de Basedow, l'épilepsie, la vision, les névralgies, les troubles trophiques.

On a maintenant l'impression que c'est l'intervention pour les névralgies et les troubles trophiques qui a été la plus féconde en résultats, et les travaux récents de Leriche en ont été le développement fructueux.

Dans la chirurgie des goitres, l'exothyropexie a eu son heure d'actualité, mais l'énucléation intra-glandulaire de Socin a été bien réglée, et présentée comme une méthode définitive.

Le second ouvrage de Jaboulay aborde une quantité considérable de sujets qui portent tous une empreinte originale, et à leur sujet Jaboulay s'exprime ainsi :

« Nous avons employé nos procédés particuliers pour trépaner le crâne, drainer le péricarde, suturer les vaisseaux, extirper le larynx, l'épiglotte ou l'amygdale, rétrécir la cavité thoracique, anastomoser l'estomac et l'intestin, réaliser l'évacuation des collections du péritoine, énucléer la prostate ou l'utérus, supprimer la poche d'une hydrocèle ou d'une hydronéphrose, ouvrir des

voies dérivatives à la circulation porte, fixer le rein, la rate ou une vésicule biliaire incisée, assurer la continence d'un orifice de gastrostomie ou de cystostomie, coapter les fragments d'une pseudarthrose, ou d'une résection du genou, pratiquer certaines amputations partielles du pied, etc. »

Du grand nombre des interventions nouvelles proposées, il s'en dégage quand même un certain nombre qui dominent l'ensemble. Nous ne pouvons évidemment tout citer!

C'est la désarticulation inter-ilio-abdominale qui montre jusqu'où peut aller l'audace chirurgicale reposant sur une solide base anatomique, le drainage rectal des appendicites pelviennes, la pyloroplastie pour certains rétrécissements cicatriciels du pylore, le retournement de la vaginale pour traiter l'hydrocèle sans récidive, le drainage du genou par le cul-de-sac sous-tricipital.

N'oublions pas que ce fut Jaboulay qui pratiqua le premier en France, en 1891, la cholédocotomie. Rappelons son procédé de gastro-entéro-anastomose sans suture par son bouton spécial. Ce sont là des méthodes variées qui ont subi des fortunes diverses, dont beaucoup sont restées pour ainsi dire au répertoire chirurgical, qui témoignent d'un souci perpétuel de perfectionner, de simplifier les méthodes et, pour dire comme l'auteur. qui représentent un effort thérapeutique.

Il est ordinaire que chaque savant ait un sujet de prédilection. En chirurgie lyonnaise, Ollier a étudié l'os et l'ossification, Poncet s'est attaché à la tuberculose, Jaboulay fut attiré par le cancer.

Depuis longtemps, il faisait des recherches thérapeutiques, expérimentant, en apparence sans suite les substances les plus hétéroclites, la phlorhydzine, l'éosine, la quinine, car il croyait ferme à l'origine parasitaire des néoplasmes.

L'étude du cancer chez les poissons, chez la chèvre, de l'ascaridiose, de la mélanose l'avait affirmé dans cette voie. Nous allions lui chercher des tumeurs mélaniques de chevaux blancs à l'équarrissage, et il faisait des cultures variées des diverses tumeurs sur des milieux multiples.

Ses idées sur le cancer ne sont pas périmées. Elles peuvent se soutenir encore avec vraisemblance et d'autres théories adverses ne sont pas mieux assises. Le traitement par la quinine n'est pas non plus à rejeter. Il offre une ressource indéniable pour le traitement des phénomènes inflammatoires des cancers infectés que n'apportent pas les autres méthodes.

L'année même de sa mort, *Lyon médical*, 1913, il exposait ses idées dans son discours de président de la Société de médecine avec un accent de sincérité et de certitude qui n'avait d'égal que la fermeté de ses critiques à l'égard de l'anatomie pathologique. On éprouve une impression à voir un chirurgien, auquel on ne peut refuser la maîtrise et l'audace, dire que la chirurgie n'est qu'un pis-aller que le traitement médical sera plus radical et que la radiothérapie a un grand avenir.

On peut dire que l'étude du cancer domina la vie scientifique de Jaboulay. Sans doute en quête de méthodes nouvelles il auscultait le cœur, l'abdomen même de ses malades, il examinait lui-même le fond d'œil, le larynx, disant qu'on devait savoir tout faire ; sans doute il fit le tour de la pathologie externe pour vérifier, modifier, rénover les procédés opératoires, sans doute il ne négligeait pas la tuberculose, mais il avait pour elle une tactique de lenteur, il croyait surtout au traitement général et à l'huile de foie de morue, mais il réservait toutes ses méditations, toutes ses préférences au cancer, car mieux que la tuberculose, il est chirurgical, mieux connu des chirurgiens qui peuvent en apprécier la gravité, les récidives et les déboires thérapeutiques.

***

Jaboulay fut nommé professeur de clinique en 1902. Il remplaçait Ollier et vraiment le contraste était grand entre ces deux hommes si différents d'allure physique et d'occupations scientifiques.

Jaboulay a publié un seul volume de ses cliniques. On peut voir à sa lecture combien leur ordonnance diffère des leçons cliniques alors publiées. Une étude symptomatique brève, un diagnostic positif basé sur l'anatomie des régions, un diagnostic différentiel court et une thérapeutique comportant chaque fois une donnée originale c'est toujours la même disposition tout le long répétée.

En général les professeurs publient les leçons de leurs premières années d'enseignement et on ne voit guère de volumes se succéder indéfiniment tout le long d'une carrière professorale. comme si cela voulait dire que ce serait toujours la même chose, mais les volumes publiés servent utilement et nécessairement à montrer la méthode du professeur et sa façon de comprendre l'enseignement.

Pour Jaboulay le grand enseignement était l'exemple. Il fallait le voir interroger, examiner, juger. Rapidement il allait au point important, affirmait un diagnostic et posait l'indication. Quant à la méthode opératoire, on pouvait dire, avec Pollosson, qu'elle relevait d'une maîtrise difficilement imitable, mais utile à connaître car elle fournissait le modèle idéal.

Nous l'avons connu dans son service, attiré comme tant d'autres par son esprit original et après avoir été externe nous y revînmes comme interne.

Nous lui avons soumis nos premières rédactions d'observations, il nous a fait faire nos premières présentations dans les sociétés savantes. Ce sont des choses que l'on n'oublie pas. Plus tard, dans la voie médicale que nous avions choisie, il ne cessa de nous encourager avec la plus grande sympathie, et si nous rappelons ces faits c'est pour montrer le fond de bonté, caché par une allure modeste et timide, qu'il conservait au moindre de ses élèves.

Il acceptait nos discussions, nos objections avec bonne grâce, sans affectation, car son service était, sans en avoir l'air, une école d'émulation remarquable où tous rivalisaient pour l'honneur du service.

Il se livrait peu, il avait quelques familiers et c'était pour nous une surprise amusante de le voir plaisanter avec un ami comme Leclerc qui émettait devant lui des paradoxes faciles sur la chirurgie.

D'une indépendance un peu jalouse et ombrageuse, il avait gardé une allure de solitaire timide qui convient à ceux qui ont travaillé beaucoup et souffert pour arriver à leurs fins.

Jaboulay fit honneur à la chirurgie lyonnaise. Nous pouvons le dire sincèrement quand douze ans nous séparent de sa mort, car il ne sera jamais trop tard pour parler encore de lui.

E. Pallasse,
Médecin des hôpitaux de Lyon.

Antonin Poncet

Le 8 mars 1925, la Faculté de Médecine de Lyon inaugure le buste d'un de ses représentants les plus éminents, le Professeur Antonin Poncet. Un sculpteur de talent, M. Leriche, a fixé dans le bronze, non pas un de ces bustes d'allure académique, officielle, et souvent un peu froide, mais les traits vivants du Maitre lyonnais ; il nous le montre dans son attitude familière, la tête légèrement inclinée sur l'épaule, la main fixée par le pouce dans l'emmanchure de son gilet, avec cet air un peu gouailleur qui lui était très particulier.

Il revivra désormais, avec une ressemblance frappante, dans cette Faculté dont il fut l'un des animateurs, l'un des maîtres les plus distingués.

Né le 28 mars 1849, à St-Trivier-sur-Moignans, dans la Dombe, et élevé par son grand-père qui était médecin, il avait pris, en accompagnant ce dernier auprès de ses malades, le goût des études médicales.

Sa carrière fut particulièrement brillante. Interne des hôpitaux en 1869, il est nommé en 1874 chef de clinique du Professeur Desgranges, en 1878 chef des travaux de médecine opératoire, et, la même année, agrégé de chirurgie ; il fit alors, sur l'hématocèle rétro-utérine, une thèse d'agrégation que l'on est heureux de consulter à l'heure actuelle. L'année suivante, il était reçu chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu.

Le 25 mars 1882, il devient professeur de médecine opératoire, et le 29 mars 1892, à la mort de Léon Tripier, il est nommé professeur de clinique chirurgicale, il y restera jusqu'à sa mort, le 16 septembre 1913.

La vie scientifique de mon maître se résume en deux périodes : l'une avant, et l'autre après 1897.

Dans la première, Poncet fit preuve d'une activité physique formidable : sa matinée est consacrée à un service hospitalier très important où les opérations se succèdent, où la visite au lit du malade absorbe un temps considérable. Arrivé à l'hôpital avant 8 heures, il en sort à une heure, et à deux heures il est à la Faculté, groupant autour de lui prosecteurs, aides d'anatomie, chefs de table et étudiants, pour son cours ou les travaux pratiques de médecine opératoire.

Après 1897, suivant le mot de Pollosson, « le chirurgien céda la place au savant, l'homme d'action se changea en penseur ». Poncet, qui jusqu'alors avait fait tout par lui-même, y compris les opérations les plus insignifiantes, estima que son devoir était autre. Il laissa le bistouri à ses élèves, les surveillant étroitement, les conseillant sans cesse ; il resta le cerveau qui dirige toutes choses, et jusque dans leurs moindres détails. Son activité était toujours la même, mais elle se manifestait autrement. Lui, qui avait toujours cherché à voir grand, à trouver dans l'observation des faits particuliers la loi générale qui les dirige et qui s'en dégage, put alors plus librement, et d'une façon particulièrement heureuse, aborder de grands problèmes de pathologie générale, et il fut véritablement servi par une mémoire admirable, par un immense bon sens, par la clarté et la précision de ses conceptions.

Que restera-t-il de l'œuvre de cet homme qui fut en même temps un évocateur hardi ?

Il avait abordé la chirurgie à une période où la fréquence des complications infectieuses, leur gravité, pesaient lourdement sur les statistiques. De là ses recherches sur l'antisepsie et l'asepsie, sur le drainage des plaies. De là, la création dans son service d'une salle d'opérations et d'une salle de pansements qui furent considérées à l'Hôtel-Dieu pendant de nombreuses années comme un modèle du genre ; des voyages en Angleterre, en Amérique, etc., lui avaient permis de voir les installations des autres et d'en faire bénéficier ses compatriotes. De l'ensemble de ses recherches est née sa doctrine de la *Chirurgie à ciel ouvert* qui fut l'objet de son discours au Congrès de chirurgie de 1899, qu'il présida cette année-là.

Dans le domaine de la clinique, il aborda les sujets les plus variés. La chirurgie osseuse, qu'il avait plus spécialement étudiée étant jeune, resta toujours un de ses sujets de prédilection, et il s'intéressait aux troubles de croissance des os, à l'achondroplasie, au nanisme, ainsi qu'aux sécrétions internes qui les commandaient plus ou moins.

L'appendicite retint beaucoup son attention et je n'en veux comme preuve que ses nombreuses communications personnelles, les thèses ou les articles de ses élèves (Vignard, etc.)

Avec Dor, il fit sur l'actinomycose des recherches de la plus haute importance, et le Traité de l'actinomycose, qu'il écrivit avec Bérard, restera un des plus beaux documents qui ont paru sur ce sujet. Quelques autres mycoses, la botryomycose par exemple, furent l'objet de ses études.

La chirurgie du corps thyroïde fut une des œuvres les plus importantes et des thèses comme celle de Bérard, de Carrel, etc, montrent la part qui revient au Maître dans les progrès qui furent réalisés sur ce point.

Lorsque j'eus l'honneur d'être son externe, il ajoutait à ces questions primordiales ses recherches sur l'hypertrophie de la prostate. Les constations anatomiques que ses élèves firent sur sa demande leur montrèrent que la prostate adhère aux éléments voisins et n'est pas entourée d'un plan de clivage, car ils étudièrent des prostates normales et non les connexions des fibromes intraprostatiques. Poncet s'aiguilla dès lors sur la cystostomie pour sauver ses malades, mais la grandeur de son esprit ne lui fit éprouver aucune déception lorsqu'il vit devenir classique la prostatectomie que, sur la foi de son entourage, il avait jugée impossible.

Ses études sur les rétrécissements de l'urètre furent condensées dans le Traité de l'urétrostomie périnéale, qu'il écrivit avec Delore.

Plus tard enfin, Poncet abordant les grands problèmes de pathologie générale, tira de son expérience clinique et de ses méditations la doctrine du rhumatisme tuberculeux et de la tuberculose inflammatoire qui firent l'objet des travaux de ses nombreux élèves, de Leriche en particulier, et qui restera une des gloires de sa vie.

Il faudrait prolonger outre mesure cette énumération si l'on voulait parler des sujets de moindre importance que Poncet étudia ou fit étudier. Car Poncet ne fut pas seulement un savant, un grand chirurgien, il fut un chef d'école, un animateur. Il aimait à s'entourer d'élèves qu'il faisait travailler et la plupart des chirurgiens lyonnais furent ses élèves. C'était un honneur et un plaisir d'être choisi par un tel maître. Les choses les plus ardues paraissaient faciles lorsqu'il nous les avait expliquées, et quelques bonnes paroles, quelques idées directrices judicieusement données dissipaient les découragements. Et l'on prenait plaisir à vivre dans l'intimité de cet homme si bon, si bienveillant, d'une culture générale si forte, qui voyait si juste, et qui voyait si grand. Ces qualités personnelles qui restent vivantes dans l'esprit et le cœur de tous ceux qui, comme moi, ont eu l'avantage d'être son collaborateur, Leriche a su véritablement les faire revivre dans ce buste qui perpétuera à la Faculté le souvenir d'un maître dont l'influence se fit sentir non seulement à Lyon, mais dans la France entière, et qui étendit, au-delà de nos frontières, le bon renom de la chirurgie et de la science françaises.

Léon THÉVENOT.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton* ; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

ANALYSES

CHIRURGIE

Les amputations spontanées de l'appendice. (F. Delmas. Thèse de doctorat, Paris, 1924.)

L'auteur envisage les diverses éventualités que peuvent entraîner les amputations spontanées de l'appendice. Ces amputations se produisent le plus souvent à la suite d'appendicites aiguës avec abcès péri-appendiculaire ayant nécessité une intervention, simple incision de la collection suppurée. Mais elles peuvent aussi survenir à la suite d'appendicites n'ayant pas nécessité d'opération. Ces cas sont rares : il en existe en tout 14, dont 5 rapportés par l'auteur.

Au point de vue clinique, aucun signe ne permet de songer, au cours d'une première crise d'appendicite, à la section partielle ou complète de l'appendice. S'il s'agit d'une récidive chez un sujet antérieurement opéré, il est difficile d'en faire le diagnostic en raison de la notion d'intervention antérieure.

Le plus souvent, c'est au cours de l'opération que le diagnostic a pu être fait

Si l'on a affaire à un malade qui n'a jamais été opéré, les signes d'appendicite rétrocæcale ou d'appendicite pelvienne, orienteront les recherches, en présence d'un appendice trouvé amputé, et dont la partie distale est cachée : mais ce sont surtout les caractères anatomiques du moignon appendiculaire qui permettront de reconnaître l'auto-amputation. On y pensera en présence d'un appendice anormalement court, si la frange graisseuse que l'on trouve normalement à l'extrémité de l'appendice fait défaut, si cette extrémité présente un aspect cicatriciel, et l'on devra chercher le bout périphérique. On recherchera par le toucher surtout un noyau dur et scléreux vestige du bout distal de l'appendice.

Si l'on a affaire, au contraire, à un malade antérieurement opéré, c'est en général en crise aiguë que l'on intervient, et alors bien souvent l'extirpation de l'appendice est impossible en raison de l'état général du malade.

Dans ces cas, on se bornera à faire un large drainage du foyer.

Pourquoi l'appendicite doit être opérée ? (G.-L. Faure. *Presse Médicale*, nov. 1924, n° 93.)

L'auteur estime que la conduite à tenir en présence d'appendicite chronique d'emblée ne doit pas être modifiée actuellement. La symptomatologie de l'appendicite chronique se confond avec celle des colopathies ; il y a lieu dans le doute de pratiquer l'appendicectomie.

La fréquence de l'appendicite chronique d'emblée est extrêmement grande. Presque tous les appendices enlevés par l'auteur présentaient des lésions, même quand c'étaient des appendices enlevés accessoirement au cours de laparotomies.

Les lésions appendiculaires livrées à elles-mêmes font courir au malade plus de risques que l'opération. Il faut commencer à soigner les lésions les plus dangereuses quitte à s'occuper des lésions de colite si elles persistent.

Enfin très souvent après les appendicectomies l'état moral des malades est amélioré.

Les risques opératoires étant à l'heure actuelle minimes, dans le doute où l'on est d'apprécier cliniquement l'importance des lésions appendiculaires, l'intervention est indiquée.

L. Digonnet.

Sur le diagnostic de l'appendicite chronique. (Brulé. *Presse Médicale*, n° 91, 12 nov. 1924.)

M. Brulé, dans son article, passe en revue les divers signes classiques de l'appendicite chronique d'emblée. Ses signes sont, en réalité, plus des signes de colite que des signes d'appendicite. La symptomatologie de l'appendicite chronique est surtout une symptomatologie d'emprunt qui ne peut être différenciée de celle que l'on observe dans les colopathies.

Au reste il y a disproportion entre le peu de lésions anatomiques de l'appendice et l'importance des signes cliniques.

L'auteur pense que les signes que présentent les malades étant surtout des signes intestinaux, il y a lieu de soigner médicalement les lésions appendiculaires. Il y a lieu d'appliquer le traitement médical véritable traitement dépreuve avant de pratiquer l'appendicectomie.

L. Digonnet.

Prostatectomie par voie haute. (Legueu. *Journal des Praticiens*, n° 46, 15 nov. 1924.)

L'A., dans une leçon clinique fait le parallèle entre la prostatectomie périnéale et la prostatectomie haute par voie endovésicale.

Celle-ci doit être préférée à la prostatectomie par voie périnéale.

Dans la prostatectomie haute, il n'y a que rarement incontinence d'urine consécutive (celle-ci se produit 1 fois sur 50), grâce à la portion membraneuse toujours respectée au cours de l'intervention.

La vessie à la suite de l'intervention reprend sa tonicité et la rétention urinaire disparaît.

L'adénome prostatique étant sus-montanal, les canaux éjaculateurs sont respectés et les fonctions génitales conservées, sauf que l'éjaculation ne se fait plus dans l'urètre.

L'azotémie diminue, l'infection urinaire, si elle existait antérieurement, disparaît.

La récidive est impossible après énucléation par voie haute.

Il n'y a pas de complications d'orchite si on a soin de ne pas laisser la sonde à demeure plus de 24 heures.

Enfin il y a une amélioration de l'état général, du psychisme du sujet.

Tous ces avantages, font que l'énucléation de l'adénome prostatique par voie hypogastrique doit être préférée à la prostatectomie périnéale qui est loin de donner d'aussi bons résultats.

L. Digonnet.

Indications et technique du drainage à la Mikulicz. (M. Rouhier. *La Médecine*, oct. 1924.)

Indications. — Dans les opérations aseptiques il ne doit être considéré que comme un secours exceptionnel. Mais dans les cas d'hémorragie en nappe, dans les cas où l'on est obligé d'intervenir en milieu septique, le Mikulicz, rend des services incomparables.

Il est le seul moyen que l'on ait de laisser le ventre ouvert sans que l'intestin fasse issue au dehors, ou vienne se souiller dans le foyer.

C'est surtout dans les interventions sur le petit bassin, dans les salpingites suppurées, très adhérentes, où le pus s'écoule parfois au cours de l'opération, où les annexes laissent après leur décollement des surfaces irrégulières, dépéritonisées, où l'hémostase et la péritonisation sont impossibles, que le Mikulicz a ses indications types.

Le Mikulicz seul réalise en quelques minutes une hémostase sûre et le drainage efficace du petit bassin.

Le Prof. J.-L. Faure emploie *systématiquement* le Mikulicz dans toutes ses hystérectomies élargies pour cancer du col utérin, ce qui lui a permis d'abaisser dans des proportions considérables la mortalité opératoire.

Technique. — Le Mikulicz est fait à l'aide d'un champ retourné qui constitue un véritable sac, au fond duquel est fixé un fil. Ce sac à retournement est étalé de façon à épouser toute la cavité pelvienne. Puis on remplit le sac de mèches juxtaposées peu serrées, ayant chacune leur extrémité à l'extérieur du sac.

La fermeture de l'abdomen est faite ensuite, en ayant soin de ne pas trop serrer le sac, et en éloignant le collet du sac de la symphyse pubienne, afin d'éviter les éventrations ultérieures.

Pour ce qui est des soins consécutifs : commencer à enlever les mèches 48 h. après l'intervention, les retirer toutes le 4e ou 5e jour. Quant au sac, ne l'enlever que le 9e ou 10e jour, quand il vient sans difficultés, sans faire souffrir, ni faire saigner les malades.

L. Digonnet.

Traitement sanglant des fractures malléolaires. (GATELLIER et CHASTANG. *Journal de Chirurgie*, nov. 1924.)

Les A. proposent une nouvelle voie d'abord pour le traitement sanglant des fractures malléolaires.

Voie juxta-rétro-péronière qui permet d'agir sur la malléole externe et le fragment marginal postérieur.

1° Incision, menée parallèlement au bord postérieur du péroné commençant à 12 cm. de la pointe de la malléole, pour se recourber en avant au niveau du sommet de cette malléole.

2° Ouverture de la gaine des péroniers dans toute son étendue.

3° Luxation en avant, sous un écarteur, des tendons péroniers.

4° Libération du fragment péronier inférieur des muscles qui sont insérés à sa face postérieure le fléchisseur propre du gros orteil, court péronier latéral).

5° Section des ligaments péronéotibial antérieur et postérieur.

6° On rabat en bas, en la faisant pivoter sur sa pointe, la malléole externe.

7° On récline en dedans les tendons postérieurs et le tendon d'Achille ; ces manœuvres donnent un large jour sur la région.

8° Après nettoyage, on réduit la luxation externe de l'astragale, et c'est à ce moment que l'on peut être amené à agir directement sur la malléole interne qui empêche la réduction. On fait l'incision de 3 cm. un peu au-dessus de la pointe de la malléole tibiale.

9° Réduction et vissage, sous le contrôle de la vue, du fragment marginal postérieur.

10° Vissage de la malléole externe, rabattue à nouveau en position normale.

Réduction des tendons péroniers et réfection de leur gaine

11° En dedans pour la malléole interne : suture périostée au niveau de la fracture.

Dans les cas de fracture haute du péroné, ne pas hésiter à sectionner le péroné à 7 cm. de la pointe.

L. DIGONNET.

Pour diminuer le risque opératoire. (1 vol., DUPUY DE FRENELLE. Maloine édit).

Dans son livre, le Dr Dupuy de Frenelle met en valeur les recherches à pratiquer avant toute intervention chirurgicale.

Outre les renseignements que l'on peut obtenir par la mesure de la tension différentielle ; il faudra s'attacher à l'étude de l'appareil circulatoire, du sang en particulier.

On fera *la numération des globules blancs* : un leucémique à grosse rate ne doit pas être opéré ; par contre une suppuration chronique s'accompagne d'une leucocytose qui ne contre-indique pas l'intervention.

Le taux de l'hémoglobine devra être recherché systématiquement. L'hémoglobinomètre de Tallquist permettra facilement de l'évaluer par comparaison d'une tache obtenue sur une feuille de papier buvard avec le sang à examiner d'une part, et d'autre part les colorations étalons de l'appareil.

La coagulation du sang, doit être aussi étudiée.

On recherchera : 1° la durée *du temps de coagulation*, qui normalement varie entre cinq et dix minutes.

2° La *rétractilité du caillot*.

Enfin l'examen des fonctions rénales et hépatiques, le dosage de l'urée sanguine, la mesure de la tension artérielle, sont d'une importance capitale chez tous les malades qui doivent être opérés.

L. DIGONNET.

L'examen du sang dans l'appendicite. (DE MARTEL et ANTOINE. *Société de gastroentérologie de Paris*, 8 déc. 1924)

Les A. pratiquent des examens de sang en série au cours de l'appendicite. Ils recherchent la formule sanguine le matin, chez l'homme à jeun (formule qui serait très fixe chez un sujet sain). Ces examens en série leur permettent, dans l'impossibilité où se trouve la clinique de leur fournir ce renseignement de savoir *quand une appendicite aiguë est refroidie.*

Ce moment est celui où les malades sont revenus à une formule sanguine normale sans leucocytose ni polynucléose.

L. DIGONNET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 février 1925.

Note sur les greffes osseuses ; les greffons tués. — M. *Léon Imbert* (de Marseille) s'est proposé, dans cette nouvelle série de recherches, d'étudier l'évolution des greffons *tués*, c'est-à-dire soumis à l'action de la chaleur ou des agents chimiques avant d'être inclus dans le foyer de résection.

Deux fois il a procédé par calcination : le transplant, détaché de l'animal même sur lequel il sera greffé, est laissé plusieurs minutes dans une flamme Bunsen ; il est devenu un bloc noirâtre fissuré qui, remis en place, ne donne aucune réparation osseuse, mais résiste fort bien à la résorption ; sept mois après il est aussi volumineux, aussi dense, aussi opaque que le premier jour. L'expérience a été modifiée en calcinant seulement une extrémité du greffon ; le bout calciné s'est transformé en un séquestre résistant, tandis que l'autre bout, laissé vivant, a pris part à un travail d'ostéogénèse qui a fini par le fusionner avec l'extrémité osseuse voisine.

Trois fois les greffons ont été soumis à l'ablation soit dans l'eau soit dans le sérum ; les deux greffons bouillis dans leur totalité se sont résorbés progressivement, sans donner naissance à aucune formation osseuse ; ils ont vécu d'une *vie destructive*, mais n'ont pas joué le rôle de séquestre comme les fragments calcifiés. Enfin, chez un chien, le greffon a été soumis à l'ébullition, mais par une de ses extrémités seulement ; ce bout est demeuré immobile, avec tendance marquée à la résorption, mais l'autre bout, celui qui n'a pas été bouilli, a parfaitement fourni un cal qui l'a soudé à l'extrémité osseuse la plus voisine.

Une fois, le greffon a été soumis à l'immersion dans l'alcool pendant 3 mois 1/2, il a été ensuite inclus chez un autre animal ; le transplant ainsi traité n'a pas fait de séquestre ; il s'est résorbé comme s'il avait été bouilli, mais avec une rapidité moindre.

Enfin, deux greffons ont été complètement décalcifiés par un séjour de quatre semaines en solution acide ; leur inclusion dans un foyer de résection n'a produit aucune formation osseuse ; ils se sont sans doute résorbés, mais leur évolution n'a pu naturellement être suivie par la radiographie.

En résumé, l'ensemble de ces recherches est nettement défavorable aux greffons tués : aucun d'eux n'a donné un cal, et ils se sont progressivement résorbés ; il est à remarquer, du reste ; que la résistance à la résorption a été beaucoup plus marquée pour les greffons calcinés qui semblent être devenus entièrement inassimilables pour l'organisme.

L'isolement individuel à la consultation externe des hôpitaux d'enfants. — M. *A. Lesage*.— La salle commune de la consultation externe dans les hôpitaux d'enfants est considérée, avec raison, par les pédiatres, comme un foyer possible de contagion. Le triage à l'entrée — grand progrès — n'évite cependant pas tout danger, en particulier le risque de contamination rougeoleuse.

La perfection serait de n'admettre aucun malade aigu dans la salle commune, mais ceci reviendrait à en supprimer presque tout l'effectif.

L'auteur a, dès 1909, attiré l'attention sur l'importance de l'isolement individuel. Dès l'arrivée d'un enfant atteint d'une maladie contagieuse, le trieur, le dirige immédiatement sur le pavillon correspondant. Tous les autres enfants sont placés, dès leur entrée, en isolement individuel où l'examen médical est

pratiqué. Il y a là un changement surtout dans les habitudes médicales : le médecin va à l'enfant et non plus l'enfant au médecin. Mais l'avantage prophylactique n'est pas douteux et depuis plusieurs années l'auteur en a fait l'expérimentation démonstrative à sa consultation externe de l'hôpital Hérold.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 février 1925

L'évolution anatomique des anévrysmes et les raisons de l'inefficacité du traitement antitréponémique. — M. *Maurice Renaud*. — Il est couramment admis que la production des anévrysmes est secondaire à une artérite syphilitique et les malades qui en sont atteints sont presque toujours soumis à un traitement spécifique. Or, celui ci ne conduit jamais à la guérison et les améliorations qu'on lui attribue sont généralement illusoires. Etudiant trois observations, M. Renaud cherche, dans la structure anatomique des poches et dans leur mode d'extension, les raisons de cette inefficacité du traitement.

Le premier cas fut observé chez une hémiplégique de soixante-huit ans. Aucun symptôme ne permettait d'assigner une date au début de son développement. Le cas fut suivi pendant deux ans, jusqu'à la mort qui survint par rupture.

Il s'agissait d'une poche fusiforme de la partie haute de l'aorte abdominale, qui était presque entièrement comblée par des caillots ne laissant qu'une étroite lumière. La paroi était constituée par une mince lame fibreuse ne contractant aucune adhérence avec les tissus voisins. L'anévrysme coïncidait avec des lésions considérables d'athérome et une sclérose de la mitrale avec calcification.

Le deuxième cas fut observé chez un homme de soixante ans qui disait n'avoir jamais été malade jusqu'au jour où survint une hémoptysie. Celle-ci fut l'occasion d'un examen qui fit découvrir un anévrysme de la crosse provoquant une voussure sous-claviculaire et dont le début devait donc être déjà lointain. La lésion resta longtemps bien tolérée et la mort survint cinq ans plus tard. L'autopsie montra une ectasie de la portion ascendante de l'aorte du volume d'une tête d'enfant, occupant tout le thorax et ayant passé entre deux côtes pour venir faire saillie sous la peau de la région sous-claviculaire. Comblée de caillots, la poche est bordée par une lame scléreuse fort mince qui a été manifestement créée par l'inflammation des lames conjonctives que le sang venait battre. L'anévrysme, à proprement parler, n'a pas de paroi propre. C'est un énorme hématome.

Le troisième cas, dont l'évolution semble avoir été beaucoup plus rapide, fut observé chez une femme encore jeune, qui mourut en deux ans, après avoir présenté un double syndrome cardiaque et infectieux ; l'anévrysme, qui comprimait l'étage moyen du cœur n'avait que le volume d'une mandarine. La poche en était plutôt mince. Elle ne contractait extérieurement aucune adhérence. Faite de lames conjonctives et fibrineuses, elle ne montre qu'un minimum de lésions inflammatoires. Au niveau du collet on voit la charpente de l'aorte se terminer par un anneau saillant qui limite la zone effondrée et marque l'entrée de la poche. En dehors d'elle, la celluleuse se décolle par en haut des autres tuniques de l'aorte, puis, à mesure que l'anévrysme augmente, le tissu conjonctif qu'elle trouve devant lui et dont elle fait mécaniquement sa paroi. Il est remarquable qu'au collet même du sac les lésions inflammatoires sont infiniment légères et ne s'étendent qu'à peine du côté de l'anévrysme.

Il est donc évident que, dans ces trois cas, l'anévrysme s'est étendu à la façon d'un hématome et non pas à la façon d'une lésion scléro-gommeuse.

Quelle que soit la nature de la lésion primitive on peut affirmer que la lésion, une fois constituée, ne relève pas de l'inflammation. Même s'il avait été au point de départ, le tréponème ne jouerait plus, dans la suite, aucun rôle. C'est une considération qui ne manque pas d'intérêt pratique.

De telles observations montrent, d'une part, que la structure des poches anévrysmales n'est pas susceptible d'être modifiée par le traitement spécifique et, d'autre part, en raison de leur longue évolution, de la tolérance dont peut longtemps faire preuve l'organisme, il faut se montrer très circonspect quand on veut rapporter à l'influence heureuse du traitement une atténuation des accidents qui fait partie du cours normal de l'affection.

M. *Milian*. — Les lésions étudiées par M. Maurice Renaud sont trop anciennes pour avoir conservé aucun caractère spécifique et il n'est pas surprenant que tout phénomène inflammatoire en ait disparu. Tout ceci n'autorise pas à dire que le traitement antisyphilitique est inutile, il empêche tout au moins l'extension des lésions.

M. *Maurice Renaud* a voulu, dans son travail, souligner l'absence de péri-artérite et l'absence de médiastinite scléro-gommeuse.

M. *Ménétrier*. — Il n'existe pas de lésions de péri artérite grossière en pareil cas, mais les lésions de péri-artérite microscopique sont présentes.

Syndrome de la queue de cheval. Rdaio-diagnostic lipiodolé. Arachnoïdite adhésive. — MM. *P. Harvier et Chabrun* présentent l'observation d'un tuberculeux atteint, depuis deux mois, d'un syndrome de la queue de cheval avec anesthésie en selle des dernières paires sacrées.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, de pression normale, hyper albumineux, renfermant une quantité élevée de lymphocytes et de cellules endothéliales, dans lequel les réactions de B.-Wassermann et du benjoin colloïdal sont négatives.

Le lipiodol, injecté par voie sous-arachnoïdienne, dégoutte en stalactites du bord inférieur de la première vertèbre lombaire jusqu'à la première pièce du sacrum, puis s'éparpille en grains plus ou moins volumineux, suivant une direction divergente, dessinant le trajet de quelques racines de la queue de cheval.

Les auteurs concluent à un processus d'arachnoïdite adhésive étendu du cône médullaire à la région sacrée et cloisonnant l'espace sous arachnoïdien.

Intoxication mortelle par le véronal ; avortement. — MM. *L. Rivet, Ch. Jany et M. Herbain* relatent un cas d'intoxication par absorption massive de 10 grammes de véronal Merck. La mort survint au bout de 70 heures d'un coma absolu, pendant lequel la malade fit un avortement de quatre mois environ. Le véronal fut décelé dans les urines par la méthode de Fabre. Les pharmaciens pouvant délivrer le véronal sans ordonnance, on s'explique que les cas de ce genre se multiplient.

MM. *Pagniez, Huber et Hallé* citent des cas observés par eux d'intoxication par le véronal.

M. de *Massary* a fréquemment vu ce produit utilisé pour le suicide.

M. *Flandin* cite un cas d'intoxication par le dial.

M. *Aubertin*.—Le véronal est fréquemment employé comme moyen de suicide.

M. *Caussade* cite un cas de mort par le somnifène chez un sujet atteint d'hépatite syphilitique et se demande si l'atteinte antérieure du foie de rend pas certains sujets particulièrement vulnérables.

M. *Pagniez* est d'avis que quand une dose suffisante — plus de 6 gr. pour le véronal — a été absorbée, la mort survient même s'il y a intégrité hépatique.

Méningococcémie avec méningite à méningocoque B. Auto-vaccinothérapie. — MM. *Etienne, Francfort et Dombray*. — Observation d'un cas extrêmement grave mais influencé par le sérum polyvalent ; puis chocs très graves par la sérothérapie spécifique antiméningococque B. Evolution sous la forme cachectisante prolongée. Guérison absolue en quelques jours par un autovaccin.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Séance du 11 février 1925

Cent cas de cancers traités par les radiations de courte longueur d'onde (radium et radiothérapie profonde). Résultats actuels et réflexions. — M. *Desplats*. — Il s'agit de malades inopérables ou des récidivés ; il faut donc se garder de vouloir édifier une statistique comparable aux statistiques chirurgicales, mais seulement se demander à propos de chacune des séries de cas présentés, dans quelle mesure la thérapeutique employée a justifié ce qu'on en attendait.

Sur 98 cas que l'auteur retient (4 ayant été perdus de vue), 29 n'ont pas bénéficié du traitement d'une façon appréciable ; 44 ont obtenu des résultats palliatifs très appréciables, et parfois prolongés pendant plusieurs années (jusqu'à 6 ans) de guérison apparente, 25 peuvent être considérés actuellement comme guéris.

Les catégories de malades qui ont fourni les résultats les plus encourageants, sont les cancers graves de la peau (5 guérisons, 1 insuccès), les cancers des lèvres (3 guérisons, pas d'insuccès), les cancers de la langue (6 résultats palliatifs des plus importants chez des malades au-dessus des ressources de l'art pour la plupart, sur 7 cas), les cancers du pharynx et de l'amygdale, les tumeurs du cou, les tumeurs du médiastin (1 cas guéri depuis 4 ans), les cancers du col et de la matrice.

Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie. — M. *Lepoutre*. — Plus de 8 mois après une crise d'appendicite d'allure bénigne, une femme de 48 ans présente des urines purulentes, avec phénomènes de cystite.

L'examen montre qu'il existe un abcès pelvien, d'origine appendiculaire, ouvert dans la vessie. L'ablation de l'appendice suivie d'un traitement prolongé met fin aux accidents.

Varicocèle pelvien. — M. *Courty* présente deux observations de varicocèle pelvien ; il rappelle que cette maladie récemment décrite par Cartano, de Buenos-Aires, a fait l'objet de la thèse de Devalz (Paris 1858).

Dans la première observation, il s'agit d'un varicocèle pur sans lésion génitale associée, caractérisé par : douleurs abdomino-pelviennes, douleur au toucher des culs-de-sac vaginaux, dyspareunie, métrorragies. Résection de veine dans des ligaments larges et dans le ligament lombo-ovarien droit. Guérison de tous les troubles.

Pour la 2e observation, il y a une métrite chronique associée, et ovarite scléro-kystique. L'hystérectomie subtotale amène la guérison.

Un cas de mal de Pott avancé à symptomatologie fruste. — M. *Bavelaer*. — L'A. présente les radiographies d'une fillette de 4 ans atteinte de mal de Pott avancé, avec effondrement total de la 4e, et d'une partie de la 5e lombaire.

Malgré ces graves lésions osseuses, bien visibles surtout sur la radiographie de profil, les symptômes cliniques furent très discrets. La colonne vertébrale est, en effet, extrêmement faible les lésions des corps vertébraux ayant provoqué surtout un tassement vertical, avec un très léger déplacement latéral pouvant en imposer pour un début de scoliose.

Les douleurs dans la région lombaire ne commencèrent que quinze jours avant l'examen radiographique, et la petite malade se présente à l'examen, se tenant debout, et marchant encore sans peine, sans aucun symptôme du côté des membres inférieurs.

Ce cas montre une fois de plus la marche fréquemment insidieuse des maux de Pott, et la nécessité de pratiquer un examen radiographique dès l'apparition d'un point douloureux sur la colonne dorso-lombaire, même en l'absence de toute déviation latérale, de gibbosité ou de troubles du côté des membres inférieurs.

Le Dr **A. David** signale à ses collègues, la fréquence des ictères en cette période de l'année. Lui-même vient d'en observer en quelques semaines quatre cas qu'il rapporte brièvement.

Il s'agit d'ictères infectieux, bénins, succédant à des manifestations grippales, parfois d'une grande intensité et avec forte élévation thermique : ces ictères cèdent sans incident après dix ou quinze jours de traitement et de régime. Aucun des caractères observés ne permet de penser à une spirochétose ; par ailleurs on ne retrouve pas la notion directe d'épidémicité.

Cette fréquence de l'ictère a déjà été constatée l'an dernier à la même époque. Il semble qu'on puisse en voir l'origine dans une détermination intestinale de la grippe.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La minéralisation des tissus par l'alimentation

Dans l'*Hygiène Alimentaire* de DUJARDIN-BEAUMETZ, livre à l'heure actuelle trop délaissé, nous trouvons cette phrase qui témoigne de l'intuition de cet éminent thérapeute :

« Si vous voulez introduire des phosphates dans l'économie, ce n'est pas aux innombrables spécialités qui inondent aujourd'hui le commerce pharmaceutique, mais aux graines et aux parties des graines qui en contiennent le plus, qu'il faut avoir recours ».

A cette époque, les travaux de TOPFER et de SCHULZE sur les lécithines, ceux de POSTERNAK et du Pr GILBERT sur l'éther phosphorique de l'inosite, n'étaient point encore parus et DUJARDIN-BEAUMETZ, par la seule expérimentation clinique, avait déjà élucidé le problème de l'alimentation thérapeutique phosphorée par les végétaux.

Les travaux récents n'ont fait que confirmer ces observations Les dernières recherches des Américains, sur la croissance et les vitamines montrent que les embryons des graines sont spécialement riches en dérivés phosphorés organiques, en nucléo-albumines, en diastases et qu'ils constituent des aliments de croissance particulièrement actifs. C'est ce qui explique le légitime succès de la *Nergine Heudebert*, farine extraite du germe de blé dégraissé et stabilisé, qui renferme 30 à 40 % de matières azotées et 6 à 10 % de matières phosphorées (lécithines et phosphatides).

En raison de sa constitution chimique, la *Nergine* doit être considérée comme un aliment tonique et minéralisateur ; elle agit en raison de la digestibilité et de l'assimilation parfaite de ses composés azotés et phosphorés naturels.

Elle doit être ordonnée :

Aux femmes enceintes et aux nourrices ;

Aux enfants, comme nourriture complémentaire à la fin de l'allaitement, surtout au moment du sevrage et de la dentition et pendant toute la croissance ;

Aux rachitiques, lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux ;

Aux jeunes gens, en période de croissance et de formation ;

Aux dyspeptiques et aux convalescents ;

Aux neurasthéniques, aux affaiblis, aux surmenés : en un mot à tous ceux qui ont besoin de se reminéraliser et de reconstituer leurs tissus nerveux.

Pr C.

VARIÉTÉS

Fernel

Le Dr P.-A. Capitaine vient de consacrer à Jean Fernel un travail consciencieux, clair et bien documenté (1). Il a laissé de côté les théories psychologiques et métaphysiques, déjà étudiées par Figard, pour n'envisager que le côté médical de l'œuvre du premier médecin de Henri II. Ses conclusions sont une acceptation du jugement que Bordeu formulait dans ses *Recherches sur l'histoire de la médecine* :

« Quel dommage, écrivait Bordeu, que Fernel ait vécu dans un siècle aussi peu favorable à l'éclat ou du moins à la durée que méritaient ses ouvrages.

A peine virent-ils le jour qu'ils furent éclipsés par le tourbillon impétueux des chimistes qui vint boulverser la médecine ; à peine ces ouvrages eurent-ils le temps d'être connus et goûtés que les plus savants médecins s'empressèrent de courir la nouvelle carrière ouverte par Paracelse, à qui rien ne résista, qui assujettit tout à ses lois, qui ébranla le galénisme jusque dans ses fondements.

Si quelque médecin résista aux doctrines de Paracelse, s'il y en eut qui ne furent point éblouis par ses paradoxes hardis et par ses découvertes, qu'on ne pouvait méconnaître, ce furent en partie des esprits paresseux et timides, obligés enfin d'abandonner ce Fernel, lorsque la circulation du sang vint répandre sur la médecine un jour éblouissant.

« J'aurai voulu, dit Bordeu, que Fernel ait eu tous ces matériaux à manier : quelle différence de son style à celui de nos faiseurs d'institute. Quoi qu'il en soit, Fernel ne fut point un génie créateur, inventeur, destiné à réformer l'art : il l'embellit de l'ouvrage le mieux fait qui ait paru. Il fut un peu trop enfoncé dans l'école : il en éclaira les dogmes, jusque-là obscurs, traînants, mêlés de toutes les fadeurs de la dialectique.

Fernel s'attacha au char pesant des Arabes et des sectateurs corrompus de Galien ; mais il fit un corps élégant de leur doctrine fastidieuse.

Les modernes ont prit de lui l'ordre et la clarté ; il n'en est point qui ait pu en saisir le style et l'expression.

Il a fourni quelque chose à l'extension et au développement de toutes les nouvelles sectes qui ont pris naissance dans la chimie et dans la circulation du sang ; il a toujours été d'un grand secours à ceux qui ont enseigné la médecine ; ses ouvrages seront à jamais une sorte de code du dogme, ils seront toujours supportables et toujours lus.

Ils serviront de guide à ceux qui entreprendront de réduire la médecine à des principes généraux et à la traiter suivant les vœux des dogmatiques ; c'est ainsi que le fond des opinions de Descartes vieillira, mais que sa méthode ne cessera point d'avoir tous les agréments de la nouveauté.

Il fut le plus grand, le plus élégant des régents ou des professeurs : une école faite pour instruire la jeunesse des éléments du dogme ne saurait choisir un meilleur modèle ».

Fernel avait eu de son vivant l'honneur fort rare de voir ses œuvres commentées et enseignées à l'égard de celles des Anciens. Elles furent tenues en haute estime longtemps après lui et jusqu'au cours du XVIIIe siècle gardèrent une place importante dans la littérature médicale. Aujourd'hui on se souvient surtout que Fernel fut le premier à mesurer une portion du méridien. C'est pourquoi il faut savoir gré au Dr Capitaine de nous avoir mieux fait connaître les doctrines médicales du médecin picard.

(1) Dr P.-A. Capitaine. — Un grand médecin du XVIe siècle : Jean Fernel, thèse de Paris 27 février 1925, in-8°. 104 p. (Librairie Le François, 91, Boulevard Saint-Germain. Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Expertise des professions dans les accidents du travail. *Rééducation Orientation et aptitudes professionnelles. Mutilations. Travail et salaire Apprentissage.* Répertoire médical des Professions et Industries par le Dr Daussat, Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine. Un volume in-18 de 328 pages, avec album de 73 figures. Prix : 20 fr.

Ce nouveau livre de l'« *Expertise des professions* » fait suite à l'«*Invalidité maladie* » paru récemment qui traitait plus particulièrement des assurances sociales, en faveur des ouvriers malades. Il ne manquera pas d intéresser également tous ceux qui s'occupent d'apprentissage, d'orientation et des questions d'hygiène du travail professionnel, surmenage (surproduction et sursalaire), accidents qu'il peut entraîner et qu'il faut savoir prévenir. Les magistrats et les médecins trouveront réunis dans cet ouvrage, et au sujet de l'indemnisation des incapacités professionnelles, un grand nombre de renseignements, épars et disséminés dans diverses publications. La question des aptitudes professionnelles, illustrée et expliquée par un Album spécial, fait également l'objet de longs développements d'un intérêt pratique considérable.

L'Ami du Lettré. Année littéraire et artistique pour 1925. Un volume in-16, illustré, de 480 pages : 10 fr. Les éditions G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris.

Conscients de former, par leur variété même, un organisme sûr de sa vitalité et de sa durée, les courriéristes littéraires se sont groupés dans une Association dont l'action ne se limite pas à des banquets intermittents. C'est à ce groupe que nous devons. *L'Ami du Lettré*, le plus amusant, le plus utile des almanachs, recueil d'éphémérides qui ne seront pas tous éphémères, produit d échanges d'idées, recueil de souvenirs fixés avec esprit, renseignements de toute nature sur la vie littéraire et artistique de l'année. Les publicites de l'avenir, les collectionneurs d'ana, les liseurs de toutes classes y trouveront leur butin préparé. Tous ou presque tous les courriéristes littéraires ont collaboré à ce petit livre plein de dates, de noms, de titres, écrin débordant de notations spirituelles sur les hommes et les œuvres de ce temps, un calendrier, par Léon Treich, qui est à lui seul une curiosité du plus vif attrait, les salons et cafés, les prix littéraires, les journeaux et les revues, les enquêtes et les grands artistes de la saison, les figures nouvelles, les disparus, etc., etc., en bref : *toute l'histoire littéraire et artistique de* 1924 et, grâce à ces écrivains qui « ont des dossiers et de la mémoire » un livre à garder comme un précieux instrument de travail. un passe-temps dont le goût peut durer.

La 3e édition (1925) **du Formulaire Astier.** 1 volume in-18 raisin 1300 pages, reliure souple. Prix : 30 fr. (Librairie du *Monde Médical*, 47, rue du Docteur-Blanche, Paris, 16e.)

La troisième édition du « Formulaire Astier » n'est pas une pure et simple réimpression de l'édition de 1922, car elle comporte d'importants changements.

Dans la Pharmacologie, beaucoup de suppressions concernent de vieux produits tombés en désuétude ; quelques articles développés sont consacrés aux médicaments à la mode : préparations bismuthiques, ouabaïne, quinidine, etc. ; l'indication, pour chaque substance, de sa place éventuelle dans les fameux tableaux A. B. et C. ; un petit chapitre, qui manque à peu près spartout, sur l'heure à laquelle il convient de prendre les divers remèdes.

Les Médications physiques comprennent toutes les notions nécessaires au médecin soit pour noter certaines indications : thorium et curiethérapie, par exemple, soit pour pratiquer certaines méthodes thérapeutiques très en faveur : culture physique, symnastique respiratoire.

Le chapitre des Médications biologiques a été également revu avec soin. Signalons parmi les additions, la bactériophagie, certaines pratiques nouvelles relatives à la vaccino ou à la sérothérapie.

Dans le Traitement des maladies, plusieurs modifications importantes : l'article dermatologie a été entièrement refondu ; nouveaux, aussi, les articles de spécialités relatifs à la stomatologie et à l'urologie d'urgence. La chirurgie générale d'urgence a également été remise au point, en tenant compte des discussions du tout dernier congrès.

Dans les Médications d'urgence, on trouvera la méthode de Sylvestre, pour lutter contre l'asphyxie et, exposée avec tous les détails nécessaires, la méthode de MM. Legendre et Nicloux, pour combattre l'intoxication oxycarbonée.

A la Législation, a été ajouté le tableau des poids et mesures en usage dans les pays de langue anglaise.

Par ce simple aperçu, il est aisé de voir que la troisième édition du « Formulaire Astier » n'a rien d'une réimpression. Elle a tenu le plus grand compte de toutes les suggestions soumises par les lecteurs de la précédente édition, et elle s'est efforcée, sans augmenter de beaucoup le nombre de pages de cette dernière, d'exposer, dans un ordre logique, toutes les considérations nécessaires au traitement. Grâce à elle, le praticien pourra dans un minimum de temps, assurer à son malade les meilleurs soins et le faire bénéficier des découvertes les plus récentes.

Etudes de psychiatrie sociologique, par Henri DAMAYE, directeur des asiles d'aliénés expert près les tribunaux et administrations. Prix : 8 francs. A. Maloine, éditeur, 27 rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Cet ouvrage étudie surtout les nombreuses variétés de demi-fous. Il est le complément des Eléments de Neuro-psychiatrie si appréciés dans le monde médical. L'auteur nous promène à travers la Société, l'Armée, l'Eglise, l'Université, nous montrant les nombreuses anomalies qu'on y rencontre, les plus dangereuses étant souvent les plus petites, celles qu'on méconnaît ou dont on ne se méfie pas, M. Damaye expose comment l'enfance est souvent viciée, déformée par une éducation mal comprise dans la famille et au collège. Les causes de la dépopulation, au fond d'ordre biologique, sont exposées d'une façon très intéressante. Ouvrage éminemment instructif pour tous les médecins.

Le nu dans l'art, par le Pr Paul RICHER. Un volume in-8° avec nombreuses illustrations. Prix : 40 francs. Plon-Nourrit et Cie, 8, rue Garancière, Paris, VIe.

Dans l'enseignement de l'anatomie artistique, où le maître éminent a marqué sa trace, il a apporté un ensemble de démonstrations d'une harmonieuse unité, fondé sur l'observation attentive et sur une documentation d'une incomparable richesse. Abordant dans ce nouvel ouvrage la délicate question du nu dans les œuvres d'art, il est resté fidèle à sa sévère méthode de présentation des faits pour notre plus grande instruction. Logiquement, dans cet ordre d'idées, il a été d'abord conduit à envisager la manière très diverse dont la figure humaine a été comprise dans les grandes civilisations de l'ancien Orient : — en Egypte, où l'art sembla avoir été obsédé par la pensée dominatrice d'une survie indéfinie, et où le nu, tout simplifié qu'il soit, soulève les plus curieux problèmes ; — en Chaldée, qui nous a donné des figures féminines pleines de séduction et des dessins d'animaux d'un réalisme saisissant ; — en Assyrie enfin, pays tributaire de la Chaldée pour l'inspiration, se signalant par une singulière accentuation des formes musculaires.

Dans ce savant exposé, qu'éclairent de nombreuses illustrations empruntées aux musées célèbres, aux vestiges les plus authentiques, aux ouvrages des initiateurs de l'orientalisme, on apprend avec une surprise charmée qu'à travers le hiératisme, imposé par les religions orientales, des gestes et des attitudes, se trahit un indéniable effort vers la vérité de l'expression, vers une perfection visant à une traduction libre de la nature ; si la beauté féminine se montre rarement à découvert, elle est souvent à peine voilée, juste ce qui convient aux sévérités de la loi des harems. On voit là aussi que les civilisations étudiées ont tiré tout de leur génie propre et rayonnent encore sur les arts d'Occident leur donnant une leçon d'une remarquable précision.

Chronologie à l'usage des candidats aux examens d'histoire, par E. CAVAIGNAC. Un volume in-8 de la *Bibliothèque historique*. Prix : 12 francs. Payot, 106, boulevard Saint-Germain, Paris.

L'ouvrage se compose de deux parties :

1° Une partie technique, contenant l'explication des ères, des calendriers, bref de ce qui sert à l'établissement des dates historiques. Un appendice spécial est consacré à la *Chronologie chrétienne primitive*, en raison de l'intérêt particulier des questions relatives au point de départ de l'ère universellement employée aujourd'hui.

2° Un memento des principales dates qui peuvent être utiles dans les divers examens d'histoire pour lesquels l'emploi d'une *chronologie* est autorisé. On s'est attaché surtout :

a) Pour les époques les plus anciennes, en particulier pour l'Orient, à tenir ce momento au courant du progrès des connaissances qui continue ;

b) D donner quelque développement aux dates les plus récentes (jusqu'en 1919), spécialement à celles qui ont de l'intérêt pour les origines de la grande guerre et pour la guerre même.

Cet ouvrage s'adresse à toutes les personnes qui s'intéressent à l'histoire et qui trouveront dans ce livre original une histoire universelle complète par les dates, d'une lecture très instructive.

Du côté de l'Ombre. Carnets d'un médecin de prison, par Louis DELATTRE. 1 Vol. Prix : 10 francs. Office de publicité, 36, rue Neuve. Bruxelles, 1925.

En publiant ce livre trouvé presque entièrement dans les carnets d'un médecin de prison, l'auteur a voulu, dit-il, transcrire « le testament d'un serviteur de l'âme qui s'est tenu, des années, penché sur la souffrance humaine, et ne pouvant, à beaucoup de malheureux, tendre la main, a dû souvent, au soir de sa journée, laisser parler son cœur, pour retrouver sa paix. »





Les vaccins et la pratique de la vaccinothérapie, par MM. Jacques PARISOT et Pierre SIMONIN. In-8°, avec 8 figures (2 planches hors texte). Prix : 16 francs. A. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris ,6e.

Ce qu'offre ce livre à tous ceux qu'intéresse le problème de l'immunisation curative par les vaccin s microbiens, c'est avec les résultats de recherches personnelles et les fruits d'une expérience déjà longue, une mise au point de la question.

Une première partie expose les conceptions générales que l'on se fait actuellement de l'immunité, les principes qui conduisirent à l'immunisation active contre l'infection, préventivement d'abord, puis dans le but de la combattre, la maladie une fois déclarée : bases de la vaccinothérapie, ces notions permettent sinon l'intime pénétration, du moins une vue de plus en plus approchée de son mécanis me d'action.

L'étude des vaccins microbiens, de leur constitution, de leur préparation dans ses divers procédés ; l'étude détaillée de leur utilisation, menant à la recherche des conditions les plus propices à leur intervention, font l'objet de la deuxième partie : technique de la vaccinothérapie, d'où découlent les directives générales de la conduite du traitement.

La troisième partie enfin est une revue critique des multiples applications de la vaccinothérapie ; elle s'efforce, parmi des résultats souvent encore inconstants ou incertains, de mettre en lumière ceux en qui l'on a droit d'espérer et que peut retenir la pratique médicale.

Ceux qui poursuivent, comme ceux qui souhaiteraient entreprendre des recherches purement scientifiques, trouveront condensés en ces pages, outre des vues d'ensemble, une multitude de faits épars.

Le médecin, trop souvent en butte aujourd'hui aux suggestions intéressées des uns, aux sollicitations pressantes de malades circonvenus par une propagande de vulgarisation simpliste, aspire à des données certaines sur lesquelles il puisse appuyer son jugement, a besoin de repères assurés sur lesquels règler sa conduite. Cet ouvrage, par son côté didactique, par sa riche documentation, par l'esprit de critique désintéressée qui l'anime, lui fournira, avec les notions indispensables à une mise en œuvre rationnelle des vaccins, les éléments d'une juste appréciation de la valeur, des indications et des limites de la vaccinothérapie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Formulaire pratique des régimes, par H. DAUSSET, in-8° : 14 fr. (Maloine).

Les Mutilations volontaires par armes à feu. Etude médico légale au cours de la guerre européenne, par P. CHAVIGNY, in-8°, 14 fig. : 8 fr. (Maloine).

Consultation et formulaire de thérapeutique gynécologique, par M. SENÉCHAL, .• éd., in-8° : 18 fr. (Maloine).

L'Oreille et ses rapports avec la taille la grande envergure, le buste, le pied, le crâne chez les criminels, par le Dr Ch. PERRIER, in-8°, 50 fig. : 15 fr. (Maloine).

Le Cancer. Technique de la thérapeutique médicale moderne, par J. LERICHE, in-8° : 6 fr. (Maloine).

Les Syndromes respiratoires, par E. SERGENT, 2e fascicule, in-8°, 500 p., fig. et 42 pl. hors texte : 50 fr. (Doin).

La Leucopédèse gastrique, par G. MARCHAL, in-8°, 204 p., 6 fig. : 15 fr. (Doin).

Paraplégies spasmodiques syphilitiques. Symptomatologie clinique, Syndrome humoral. Diagnostic et traitement, par L. GIROT, in-8°, 160 p., 20 fig. : 20 fr. (Doin).

Le musée d'Unterlinden à Colmar. Guide pour le musée, par J.-J. WALTZ. suivi du catalogue des peintures, sculptures et objets d'arts conservés dans la chapelle, par Ch. CHAMPION, avec 27 illustrations. 7 fr. 50 (H. Floury).

La gourmandise à bon marché. Recettes simples et pratiques, par Paul BOUILLARD. Préface de Clément VAUTEL, in-12, 288 p. ; 7 fr. 50 (A Michel).

La femme amoureuse dans la vie et dans la littérature. Etude psycho-physiologique, par Henri d'ALMÉRAS. Tome V. La jeune fille. un vol., in-12. 330 p. : 7 fr. 50 (A. Michel).

Chacun son Tour, par Charles HUMBERT : 7 fr. 50 (Editions de l'Ile-de-France).

La Russie des Soviets, par J. MOCH, in-12. 45 ill., 7 cartes et 16 tableaux. (Editions de l'Ile-de-France).

France, Allemagne, Angleterre, par Maximilien HARDEN, in-12 : 8 fr. 50 (Edition de l'Ile-de-France).

L'Evasion des capitaux allemands, par L. WULFSOHN et G. WERNLÉ. 5 fr. (Edition de l'Ile-de-France).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 11. Le Numéro : 50 Centimes 14 MARS 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie .... 40 fr.
Union postale................ 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Composition du jury : MM. les docteurs Chevrier, Hartmann, Grégoire, Cauchoix, Gernez, Legueu et Apert.

Liste des candidats : MM. les docteurs Quénu, Monod, Braine, Petit-Dutaillis, Michon, de Gaudart d'Allaine, Bloch (René), Senèque, Fey, Oberlin, Richard, Wilmoth, Boppe, Gatellier, Moulonguet, Bloch (Jacques), Lorin, Charrier, Maurer, Girode, Tourneix et Pascalis

Faculté de médecine de Paris. — THESES. — 9 *mars.* — M. CHABANIER. Du rôle du vin dans le diabète. — M. Fontaine. Etude du traitement du pied bot chez le nourrisson.

10 *mars.* — M. DUSSUEL (P.). Etude des kystes de la cloison recto-vaginale. — M. PANIS. Le traitement chirurgical des fractures du tibia. — M. BAZOUGE. Etude de la gangrène du poumon.

12 *mars.* — M. DERRIEN. Etude de l'anatomie pathologique des syndromes parkinsonniens. — M. SELIGMANN. Polynucléose et bacille céphalo-rachidien dans la granulie. — M. VALIERE. Etude des troubles oculaires sensoriels.

Facultés de médecine. — PARIS. — M. Terrien, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à partir du 1er mars 1925, professeur de clinique ophtalmologique à ladite Faculté, en remplacement de M. de Lapersonne, admis à la retraite.

STRASBOURG. — M. Canuyt, chargé de cours là la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à partir du 1er mars 1925, professeur d'oto-rhino-laryngologie à ladite Facuté (chaire vacante).

PARIS. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er avril 1925, à M. Rouvière, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un emploi de chargé de cours permanent de chirurgie orthopédique chez l'adulte.

Cet emploi serait supprimé si les fonds de concours, dont le versement permet d'en effectuer la création, venaient à faire défaut.

Asile d'aliénés. — Le poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant par suite de la nomination de M. le docteur Perret au poste de directeur médecin de cet établissement.

M. le docteur Schutzenberger, médecin des asiles, classé avec le n° 6 sur la liste des candidats reçus au concours de 1924, a été nommé, médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche). en remplacement de M. le docteur J. Reboul-Lachaux, non installé

Conférence du professeur Jacobaeus. — Mardi 3 mars, a eu lieu dans le petit amphithéâtre de la Faculté la conférence du Pr H. C. Jacobaeus, de Stockholm, sur « La thoracoscopie et ses applications à la cautérisation des adhérences au cours du pneumothorax artificiel ». La conférence, organisée par l'A.D.R.M., était présidée par M. le Doyen et avait attiré une nombreuse assistance tant d'étudiants que de médecins.

En un français conçis et clair le Pr Jacobaeus exposa les origines de sa méthode, ses principales applications et développa sa technique de la cautérisation des adhérences pleurales. A l'aide de merveilleuses projections photographiques qu'il fit passer devant l'écran, il démontra la possibilité d'obtenir le collapsus complet du poumon, lorsqu'il existe des brides qui retiennent ce dernier à la paroi, en détruisant avec le galvano-cautère, sous le contrôle du thoracoscope, ces adhérences.

Le lendemain, à l'hôpital Laënnec, le Pr Jacobaeus fit une démonstration de sa méthode, sous le patronage du Pr L. Bernard et des docteurs Rist et Bourgeois. Devant une assistance nombreuse qui comprenait la plupart des phtisiologues français et des médecins étrangers, il exécuta sur plusieurs sujets et avec un plein succès la cautérisation de nombreuses adhérences pleurales.

Une dernière démonstration eut lieu enfin sur de jeunes sujets à l'hôpital Hérold, dans le service du Dr Armand-Delille.

Le court séjour du Pr Jacobaeus à Paris lui a donné l'occasion de faire connaître au public médical une méthode encore trop ignorée (Hervé) et qui vient apporter un progrès appréciable pour l'application du pneumothorax thérapeutique.

Association de la Presse médicale française. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association de la Presse médicale française s'est tenue samedi 28 février, dans les salons de l'Hôtel Lutetia, sous la présidence de M. le Pr agrégé Maurice Loeper.

61 membres étaient présents ou représentés.

Après une allocution du président, le Dr Pierra, secrétaire général a donné lecture de son rapport moral et fait ressortir, en particulier les progrès constants de l'Association, qui groupe aujourd'hui 86 revues et journaux de langue française et à laquelle a adhéré la quasi-unanimité des grands éditeurs médicaux. Puis le trésorier M. Georges Baillière, a fait connaître la situation financière.

L'Assemblée a prononcé ensuite l'admission définitive des membres reçus en 1924, MM. DEQUIDT (*Le Mouvement sanitaire*), DESGREZ (*Bulletin général de thérapeutique*), GAUTRELET (*La Médecine*), GENTY (*Revue internationale de médecine et de chirurgie*), GOUDARD (*Bulletin de la Société médicale de Pau*), GROLLET (*Revue de pathologie comparée*), HAMONIC (*Revue clinique d'andrologie et de gynécologie*), HARTMANN (*Gynécologie et obstétrique*), IMBERT (*Marseille médical*), LISBONNE (*Revue de chirurgie*), PETTIT (*Bulletin de la Société de biologie*), PIERRET (*Journal de physiologie et de pathologie générale*), VIGOT (*Archives de médecine et d'hygiène coloniales*), comme membres titulaires et FALLOISE (*Revue belge de la tuberculose*), comme membre correspondant étranger.

MM. le professeur CRUCHET et le professeur agrégé FIESSINGER, membres sortants du Conseil d'administration, ont été réélus à l'unanimité. Le Conseil reste donc composé, pour l'année 1925, de la façon suivante : MM. LOEPER (*Le Progrès médical*), président ; CRUCHET (*Journal de médecine de Bordeaux*) et Noël FIESSINGER (*Journal des praticiens*), vice-présidents ; PIERRA (*Revue française de gynécologie*), secrétaire général ; BAILLIERE (*Paris médical*), trésorier ; COMBEMALE (*L'Echo médical du Nord*), ; GARDETTE (*La presse thermale et climatique*), LERICHE (*Lyon chirurgical*), M. LE SOURD (*Gazette des hôpitaux*), ancien président de l'Association, reste président honoraire et continue également à faire partie du Conseil.

Rappelons à nos lecteurs que toute la correspondance de l'Association (candidatures, demandes de renseignements, etc.), doit être adressée au secrétaire général, M. le Dr PIERRA, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

Hôpital Beaujon. — *Cours pratique d'oto-rhino-laryngologie avec examen des malades.* — Le Dr BALDENWECK, otologiste des hôpitaux, commencera, le vendredi 20 mars 1925, un cours élémentaire et pratique d'oto-rhino-larynologie, avec examen des malades par les élèves, avec le concours des docteurs GUVILLIER et GRANET, assistants ; QUIRIN, chef de laboratoire.

Cet enseignement aura lieu tous les jours (sauf le dimanche) et durera jusqu'au 1er mai. Il comprendra deux parties :

1° Lundi, mercredi et vendredi, examen des malades. Chaque élève aura sa table, examinera personnellement les malades, sous la direction du chef de service, des assistants et des moniteurs qui donneront les explications théoriques et pratiques particulières à chaque cas, et sera exercé à la pratique des petites interventions courantes de la spécialité.

2° Mardi, jeudi et samedi, enseignement théorique propédeutique, d'une part, et opérations, d'autre part.

Les opérations seront pratiquées devant les élèves. Elles seront précédées d'une courte démonstration du cas à opérer, des indications opératoires propres à ce cas et suivies de la discussion des lésions constatées et du procédé opératoire utilisé.

L'enseignement propédeutique aura lieu à 11 heures, suivant le programme ci-dessous : Modes d'examen et techniques instrumen-

tales en oto-rhino-laryngologie. — Les grands syndromes, leur signification diagnostique et leur traitement : 1° L'obstruction nasale et naso-pharyngée ; 2° les sécrétions nasales et naso-pharyngées ; 3° Les écoulements auriculaires. Les surdités. Les épreuves vestibulaires ; 4° Les vertiges. Le nystagmus. Les épreuves d'audition ; 5° Les enrouements, les aphonies et les dyspnées ; 6° Les dysphagies pharyngées et œsophagiennes. — Les grands processus : 1° La syphilis ; 2° La tuberculose ; 3° Le cancer ; 4° Les complications des otites ; 5° Les complications des sinusites. — Généralités : 1° Radiographie et laboratoire au service de l'O.-R.-L. ; 2° Les agents physiques dans la thérapeutique O.-R.-L. ; 3° Conseils pour l'installation, choix de l'appareillage et de l'instrumentation indispensables.

Le nombre des places est limité. Le prix du cours est de 300 francs. S'inscrire à l'hôpital Beaujon, auprès de M. le Dr Cuvillier, assistant. Un certificat sera délivré à la fin du cours et, dans la limite des postes d'examen disponibles, les élèves pourront être admis à faire un stage de trois mois, renouvelable.

Dispensaires antituberculeux. — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé du service des dispensaires dans le Territoire de Belfort, est ouvert.

Les dossiers des candidats devront être adressés au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, VIe.

Cinquième Salon des médecins. — Nous rappelons, avec plaisir, à nos lecteurs qu'il ouvrira le dimanche 15 mars prochain, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence promise de M. J. Godard, ministre de l'hygiène, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, et que, jusqu.au vendredi 27 mars inclus, il sera ouvert gracieusement tous les matins, de 10 heures à midi et l'après-midi, de 2 à 5 heures, à tous les médecins, pharmaciens , chirurgiens dentistes, vétérinaires, étudiants ainsi qu'à leurs familles.

Enfin, un banquet suivi d'une soirée musicale le clôturera le dimanche soir 29 mars, à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Lutetia.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Paul Rabier, secrétaire-organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe).

VIe Congrès italien de radiologie médicale (Trieste, 7-10 mai 1925). — Ce Congrès aura lieu à Trieste, du 7 au 10 mai 1925, Les sujets fixés par l'assemblée de la Société italienne de radiologie médicale au dernier Congrès de Palerme, sont les suivants :

1° « Radiologie des voies biliaires », professeur Pasquale Tandoia (Naples).

2° « Radiologie des affections de la plèvre », professeur Giacomo Pesci (Gênes).

3° « Radiothérapie des glandes endocrines », professeur Eugenio Milani (Rome).

Le président du Congrès est le docteur Massimiliano Gortan, Ospedale Civico Regina Elena à Trieste, qui reçoit les inscriptions jusqu'au 31 mars. Le secrétaire est le professeur Mario Ponzio, Ospedale Mauriziano, Turin.

Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 16 mai 1925, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

En raison de l'importance des questions à l'ordre du jour, les membres de l'Association sont instamment priés d'y assister.

Le banquet de l'Internat aura lieu le soir au Palais d'Orsay sous la présidence du docteur Desnos, membre de l'Académie de médecine.

Pour tous renseignements relatifs à l'Association s'adresser au docteur F. Bonnet-Roy, secrétaire général, 13, rue de Turin, ou à M. L. Arnette, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

Société oto-neuro-oculistique du Sud-Est. — A Marseille est fondée une nouvelle Société à l'exemple de la Société oto-neuro-oculistique de Strasbourg.

La première séance a eu lieu le 24 janvier 1925.

Le bureau est ainsi constitué : M. H. Roger, président ; M. Bremond et G. Farnarier, vice-présidents ; J. Reboul-Lachaux, secrétaire ; J. Parrocel, trésorier. Les travaux seront publiés dans la *Revue d'oto-neuro-oculistique* (Paris, Doin, édit.).

Pour le sanatorium des étudiants (Œuvre créée par l'Union nationale des Associations d'étudiants de France). — Aux termes d'une récente circulaire, le ministre de l'Instruction publique avait demandé aux recteurs de faire un appel à tous les étudiants de France afin qu'ils versent leur obole pour la création de l'œuvre bien conçue et très bien conduite du Sanatorium des étudiants.

Nos jeunes camrades viennent d'y répondre avec un élan que nous nous plaisons d'autant mieux à signaler, que la dureté des temps rend modiques les ressources dont ils disposent.

Prochainement, nous donnerons les résultats des listes de souscription déposées dans les secrétariats de toutes les Facultés et des grandes écoles.

Rappelons que la situation financière de cette œuvre si belle dont l'initiative revient à la Section de médecine de l'Association, fait bien augurer de l'avenir. Elle atteint maintenant deux millions, c'est à-dire les deux tiers des sommes qui sont nécessaires pour achever sa construction.

Tous les fonds dovient être adressés à M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (chèques postaux : Lyon 188-37). (Pour tous renseignements et demande de notice détaillée, s'adresser au secrétaire général, M. Crouzat, 1, rue Pierre-Curie, Paris Ve. Bureaux ouverts de 14 à 18 heures 30).

Nécrologie. — M. le Dr Auguste Hermantier, de Gagnières (Gard).

REVUE GÉNÉRALE

Troubles oculaires et grossesse,

Par **Jean BLUM** et **Gabriel BARBARO**,
Internes des hôpitaux de Paris.

Au cours de la grossesse il n'est pas rare de voir apparaître les troubles oculaires les plus variés.

Les uns, dans la règle bénins, font partie du cortège des perturbations fonctionnelles que détermine la gestation.

Les autres, sur lesquels nous insisterons davantage, sont la conséquence ou la localisation d'une affection plus générale. Témoins de la sévérité de l'intoxication gravidique, ils dominent quelquefois tout le tableau clinique, et, dans tous les cas, posent des problèmes pronostiques et thérapeutiques des plus graves, puisque bien souvent la vie de la femme est en jeu.

Cette division est d'autant plus schématique que l'élément toxi-infectieux de la gravidité n'est pas sans jouer son rôle dans la genèse des premiers accidents, mais, comme le fait déjà remarquer TERRIEN dans un travail datant de 1903, cette classification est commode et peut être retenue en pratique.

Nous ne ferons donc qu'énumérer cet ensemble de troubles fonctionnels et nerveux si variables dans leurs manifestations et leur intensité et si multiples dans leurs localisations.

Troubles bénins

En présence d'une femme enceinte qui accuse une diminution d'acuité visuelle parfois considérable et toujours inquiétante pour la patiente, il convient avant tout de vérifier s'il ne s'agit pas simplement d'un vice de réfraction bien toléré jusqu'alors, que la grossesse objective en quelque sorte, *et c'est l'immense majorité des cas.*

Il suffit de donner les verres correcteurs pour voir disparaître tous les troubles, pour supprimer l'asthénopie accommodative, l'asthénopie musculaire associée parfois à de la diplopie croisée.

Après l'accouchement le port de lunettes devient souvent inutile.

On peut noter l'atteinte d'un quelconque des nerfs moteurs de l'œil, isolée ou associée à d'autres paralysies.

Nous signalerons également les faits de mydriase ou de myosis temporaires.

L'hémianopsie a été constatée ; DESMARRES invoquait sa nature hystérique. Il convient de n'admettre qu'avec réserves l'opinion de LÖHLEIN qui trouve une hémianopsie bitemporale chez 80 % des femmes enceintes dans les semaines qui précèdent l'accouchement. Pour cet auteur, l'hémianopsie serait fonction d'une hypertrophie passagère de l'hypophyse.

Sans insister sur les scotomes scintillants, les photophobies, signalons l'héméralopie, qui avait déjà fait l'objet d'un travail de UTHOFF et sur laquelle KLAFTEN récemment a attiré de nouveau l'attention.

Parfois, à l'exemple des autres secrétions, la secrétion des larmes est augmentée : réduit à cette seule manifestation, ce trouble incommode assez peu la malade ; mais dans quelques cas, il s'y ajoute une véritable tuméfaction douloureuse des glandes lacrymales (NIEDEN).

On comprend, enfin, que chez des sujets déjà débilités, la grossesse soit un facteur d'éclosion ou d'aggravation de manifestations diverses : c'est ainsi que l'exophtalmie des basedowiennes et l'exophtalmie pulsatile (SATTLER) s'accentuent. On peut assister à l'apparition de kératites ulcéreuses, d'hémorragies sous-conjonctivales récidivantes en dehors de tout autre état pathologique. La grossesse exerce également une influence fâcheuse sur le glaucome. Enfin PFLUGER et SOWER incriminent la grossesse comme facteur prédisposant à la cataracte.

Il était nécessaire de rappeler ces manifestations locales bénignes.

Accidents graves

Nous en arrivons maintenant aux accidents graves, relevant plus spécialement de la toxémie gravidique et dont les aspects diffèrent suivant qu'il existe ou non des lésions ophtalmocospiques. Ce criterium permet de distinguer :

L'amaurose gravidique d'une part ;
La rétinite et névrite de l'autre.

Ces complications oculaires sont en somme une des conséquences de l'intoxication gravidique dont le signe clinique capital est l'albuminurie ; albuminurie gravidique proprement dite, c'est-à-dire qui apparaît pour la première fois à l'occasion d'une grossesse, en dehors de tout état pathologique antérieur, de tout passé rénal, et qui disparaît en général après l'accouchement. Parfois le seul symptôme de cette complication est l'existence d'albumine dans l'urine, en quantité variable, de quelques centigrammes à plusieurs grammes.

Dans ces cas d'albuminurie latente, seule l'analyse d'urines systématiquement pratiquée dans les derniers mois de la grossesse, permet de dépister l'affection. Dans d'autres cas, l'albuminurie s'accompagne d'un cortège de signes cliniques qui attirent l'attention ; ce sont les œdèmes, parfois peu marqués, qu'il faut savoir rechercher (œdème malléolaire, bouffissures des paupières) ; la céphalée fixe, tenace, l'insomnie, l'hypertension artérielle ; ces signes constituent en somme le syndrome prééclamptique.

C'est au cours d'un pareil état ou comme première manifestation de l'intoxicatton gravidique qu'apparaissent les complications oculaires.

Amaurose gravidique.

L'amaurose gravidique est la perte totale de la vision, sans aucune lésion décelable à l'ophtalmoscope. C'est, suivant l'expression rapportée par BURNIER dans sa thèse : « l'état ou la malade ne voit rien et où le médecin ne voit rien non plus ». De fréquence moindre que la rétinite (51 cas contre 153 de rétinite d'après BURNIER) l'amaurose atteint, semble t-il, surtout les primipares vers la fin de la grossesse, avant, pendant ou après l'accouchement.

Le *début de l'amaurose est ordinairement brutal*, la malade devient aveugle en quelques minutes et les deux yeux sont atteints également.

Parfois cette cécité brusque est précédée d'une phase d'obnubilation, de photopsies et d'une période de parésie accommodative (SOURDILLE) qui peut durer quelques jours. Puis les accidents se déroulent rapidement, et en quelques heures l'amaurose devient complète. Les troubles de la vision peuvent aller de la réduction de l'acuité à la perception lumineuse jusqu'à la cécité absolue.

A l'examen, les yeux n'offrent pas de modifications spéciales : les pupilles sont en mydriase, plus rarement en myosis ; elles réagissent habituellement à la lumière malgré la cécité (3 fois sur 5 d'après ROCHON-DUVI-

GNEAUD). Cette dernière particularité semble en faveur de l'origine centrale des troubles visuels.

Quand le réflexe pupillaire est aboli, le pronostic est défavorable, cependant la cécité ultérieure n'est pas fatale.

Le caractère essentiel de l'amaurose est avant tout un symptôme négatif ; *c'est l'absence totale de toute lésion ophtalmoscopique*. A titre exceptionnel, on a pu signaler soit un léger œdème papillaire, soit quelques hémorragies rétiniennes en relation peut être avec les coups d'hypertension de l'éclampsie.

Quand il existe des signes objectifs, c'est qu'à l'amaurose s'associe une rétinite dont la fixité contraste d'ailleurs avec la fugacité de l'amaurose.

Manifestation de l'éclampsisme, l'amaurose affecte un mode d'apparition variable. Tantôt elle ne s'accompagne d'aucune convulsion, elle constitue alors un véritable équivalent éclamptique sans crise. Tantôt elle précède de peu la crise, l'annonçant à la manière d'un signal d'alarme (BURNIER). D'autres fois enfin l'amaurose apparaît à la fin de la crise, ou au sortir d'une période de coma.

En effet, cette fugacité n'est pas un des moindres caractères de l'amaurose gravidique ; sa durée varie de quelques heures dans les cas bénins, à quelques jours, plus rarement quelques semaines, dans les cas graves. Le retour de la vision est en général complet, il s'effectue soit brusquement quand l'amaurose date de quelques heures, soit lentement quand la perte de la vue a duré plusieurs jours. Cependant on a signalé la persistance d'un scotome (SCHMIDT-RIMPLER) ou d'une hémianopsie.

Les crises d'amaurose peuvent se répéter ; dans ce cas on pourrait voir s'installer une atrophie optique. D'autre part, l'amaurose est susceptible de récidiver au cours de grossesses ultérieures. Ces séquelles possibles doivent faire réserver le pronostic habituellement favorable de l'affection. *Mais en fait, ce qui domine le pronostic de l'amaurose gravidique, c'est la gravité de l'éclampsie*, le trouble visuel n'est qu'un épiphénomène qui disparaît complètemeut avec la guérison de l'éclampsie.

Rétinite et névrite gravidiques.

A l'amaurose s'opposent la rétinite et la névrite gravidiques ; ce sont là deux lésions que les auteurs se sont attachés à décrire et qui posent des problèmes d'ordre pronostique, pathogénique et thérapeutique de grande importance. *Par leur traduction ophtalmoscopique*, elles ne doivent pas échapper à un examen systématiquement pratiqué chez toute femme présentant des signes d'intoxication gravidique.

La rétinite peut s'observer : soit chez des femmes enceintes atteintes de néphrite chronique ou de néphrite aiguë consécutive à une infection intercurrente ou provoquée par un refroidissement ; soit chez des femmes n'ayant aucun passé rénal et qui présentent du fait de leur gestation une rétinite associée à des signes de toxémie gravidique. C'est la rétinite gravidique proprement dite, la seule que nous décrirons.

Cette distinction capitale, sur laquelle on ne saurait trop insister, domine tout le pronostic.

HISTORIQUE :

Longtemps, les auteurs avaient assimilé la rétinite gravidique à la rétinite albuminurique banale ; ces deux affections présentent le même aspect et paraissent relever d'une même cause : l'albuminurie. On peut remonter à DE GRAEFE (1855), à MACKENZIE, DESMARRES (1858), à DEVAL (1868), qui en rapportèrent de nombreux exemples.

En 1893, SILEX publie une première série d'observations.

En 1911, BURNIER, dans sa thèse, envisage la question dans son ensemble et établit une statistique portant sur 11216 parturientes, dont 134 albuminuriques.

ROCHON-DUVIGNEAUD reprend la question en 1912 à l'occasion du congrès d'ophtalmologie et, complétant les notions précédentes, fait une mise au point à laquelle les données nouvelles n'ont presque rien ajouté depuis. Nous lui avons fait les plus larges emprunts.

FRÉQUENCE ABSOLUE :

La rétinite gravidique est rare, beaucoup plus que la rétinite albuminurique banale, mais il faut tenir compte du fait que l'examen oculaire n'est pas toujours pratiqué chez les femmes susceptibles d'être atteintes de cette affection. Aussi sa fréquence réelle est elle difficile à préciser

D'après SILEX on en observerait un cas sur 3000 femmes enceintes ; d'après BURNIER il en existerait un cas pour 3700 accouchées et un cas sur 48 femmes albuminuriques. SCHIOTZ (1921), dans une série de la Christiania Clinic, trouve une proportion plus considérable de troubles oculaires graves (1 pour 240 grossesses).

FRÉQUENCE RELATIVE CHEZ LES PRIMIPARES ET CHEZ LES MULTIPARES.

On pensait autrefois que la rétinite était plus fréquente chez les primipares. Le fait n'a pas été confirmé par BURNIER, qui a trouvé 51 primipares pour 68 multipares. Dans 16 cas rapportés par LEBER (1915), 10 étaient primipares ; NETTLESHIP, sur 19 cas, trouve seulement 4 primipares, et SCHIOTZ 16 primipares contre 24 multipares.

EPOQUE D'APPARITION :

Les rapports de l'apparition des accidents oculaires avec l'âge de la grossesse paraissent établis d'une façon à peu près certaine ; c'est une complication qui survient surtout dans les trois derniers mois de la grossesse. Les statistiques suivantes en donnent la preuve.

Pour BURNIER, la retinite gravidique apparaît :

dans 21 p. cent des cas avant le 6e mois ;
— 38 p. cent — pendant le 6e et le 7e mois ;
— 33 p. cent — pendant le 8e et le 9e mois ;
— 8 p. cent — dans le post-partum

Les chiffres cités par SCHIOTZ sont superposables aux précédents :

8 p. cent à 6 mois ;
25 p. cent à 7 mois ;
38 p. cent à 8 mois ;
21 p. cent à 9 mois ;
8 p. cent dans le post-partum.

SYMPTOMES :

Cliniquement le début de la rétinite gravidique est insidieux. — L'affection apparaît ordinairement chez une femme qui présente déjà depuis quelque temps des signes d'intoxication gravidique plus ou moins nets, dont le plus caractéristique est l'albuminurie. Mais cette albuminurie n'accompagne pas constamment la rétinite, c'est ainsi que BURNIER a pu relever 7 observations de rétinite sans aucune trace d'albumine dans les urines. Quelquefois même l'atteinte oculaire constitue le premier

signe de l'intoxication gravidique, l'albuminurie n'apparaissant qu'ensuite (rétinite préalbuminurique de BURNIER).

A l'encontre de l'amaurose, la rétinite s'installe lentement, progressivement. L'acuité visuelle diminue, mais souvent ce signe subjectif passe inaperçu, l'intensité des troubles n'étant pas le corollaire de l'étendue des lésions anatomiques, mais de leur siège. L'affaiblissement de la vue peut évoluer de façon continue ou se faire par étapes; il offre tous les degrés depuis le simple brouillard jusqu'à la cécité.

C'est dire de quelle importance se révèle l'examen ophtalmoscopique, qui pratiqué systématiquement, permet d'instituer un traitement précoce.

Les *signes objectifs diffèrent* peu de ceux de la rétinite brightique : bilatérale comme elle, la rétinite gravidique a pour caractère le *trépied* suivant :

de *l'œdème papillo-rétinien*,
des *hémorragies* (taches rouges),
des *exsudats* (taches blanches).

Un trouble gris rougeâtre occupe les bords de la papille, dont il estompe les contours et hausse le niveau. Il s'étend jusqu'à 2 ou 3 diamètres papillaires dans toutes les directions et du côté temporal peut atteindre la macula.

Dans ce trouble qui les voile par places, cheminent les vaisseaux : veines larges, gonflées, bien visibles, tandis que les artères sont plus faibles, plus étroites, plus sinueuses, moins distinctes.

On décrit également à ces dernières un reflet lumineux axial qui les ferait ressembler à des fils de cuivre ou d'argent: cette modification, fréquente chez les artérioscléreux, est anormale chez un sujet jeune (GUNN et SILEX, CHEVEY).

En somme, c'est l'aspect habituel de tout œdème papillaire; mais pour un observateur averti, différent au seul aspect ophtalmoscopique de la stase des tumeurs cérébrales : saillie moindre et moins à pic, tissu papillaire plus trouble, veines moins tortueuses (ROCHON-DUVIGNEAUD).

Les *hémorragies* sont très nombreuses dans le voisinage immédiat de la papille, empruntant aux caractères anatomiques de cette région leurs formes en stries ou en flammèches de direction radiée selon le sens des fibres optiques, de dimensions variables. Le long des vaisseaux, dans la rétine même, ont voit des hémorragies disséminées ou en archipel, plus souvent au voisinage des veines que des artères, en pointillé ou en plaques.

Les *exsudats* se groupent autour de deux centres, papille et macula.

Les *foyers péripapillaires* sont les plus constants, mais les moins réguliers.

Tantôt isolés, tantôt disséminés, parfois ils confluent en placards qui forment une ceinture autour du nerf optique, sans jamais semble-t-il, envahir la papille. Ils vont de l'opalescence rétinienne diffuse aux plaques blanches les plus denses et jusqu'aux grains brillants.

L'étoile maculaire n'a rien de constant ; très souvent, au contraire, elle manque totalement.

Au début, la fovea peut être le siège d'une infiltration diffuse sans morphologie nette (observation de COUTELA). Ultérieurement, dans les cas types, se constituent des foyers blancs qui se dirigent en rayons convergents vers la fovea. Il en résulte une figure en étoile caractéristique ou en fragment d'étoile à deux ou trois rayons.

Ces trois formes de lésions s'observent dans les cas les plus nets ; mais tous les intermédiaires existent entre la rétinite la plus discrète, limitée à quelques exsudats blancs et la plus intense, avec papillite-hémorragique et surtout vastes placards exsudatifs (rétinite blanche).

Mais un seul de ces signes suffit à justifier et à poser le diagnostic.

Toutes ces altérations rétiniennes sont parfois voilées par un trouble nuageux du vitré (GRÆFE-MAGNUS).

Dans tous les cas, les réactions pupillaires sont conservées, mais peuvent être paresseuses.

Ces signes objectifs dominent tout le tableau clinique : les troubles visuels peuvent rester ce qu'ils étaient au début, nullement en rapport avec les altérations du fond d'œil : ils dépendent avant tout de leur localisation.

Une lésion maculaire minime attire plus l'attention de la malade, et pour cause, qu'un œdème prononcé ou des hémorragies au voisinage de la papille.

C'est dire que l'examen du champ visuel pourrait donner les aspects les plus variables.

La vision des couleurs n'a été l'objet que d'observations dissociées : trouble de la vision périphérique des couleurs (BURNIER), achromatopsie totale (PANAS), xanthopsie (YAMAGUCHI).

EVOLUTION ET COMPLICATIONS :

Tant que dure la grossesse, il paraît exceptionnel que la rétinite s'amende, même sous l'influence du régime qui, s'il améliore l'état général et retarde l'apparition des crises d'éclampsie, ne paraît avoir aucune influence sur la vision.

La vue continue à baisser ou l'acuité reste stationnaire *jusqu'au jour de l'accouchement qui marque le terme et des accidents généraux et des accidents oculaires.*

L'amélioration de la vision demande un temps variable suivant l'intensité des lésions et leur gravité.

En général, il y a arrêt dans la marche des accidents et retour de l'acuité parallèlement à la résorption des exsudats. Celle-ci peut être totale au bout d'un temps variable, le plus souvent de plusieurs mois — si l'on excepte ces réliquats minuscules — pointillé ou opalescence des parois artérielles, surtout taches pigmentaires qu'un examen minutieux à fort grossissement arriverait à juger.

Mais dans nombre de cas l'ophtamoscope montre des altérations papillo-rétiniennes qui vont de pair avec les modifications les plus variables de l'acuité visuelle.

Blancheur de la pupille sans conséquence fonctionnelle appréciable ;

Rétrécissement des artères ou épaississement blanchâtre de leurs parois ;

Foyers de chorio-rétinite enfin, péripapillaire, maculaire et le plus souvent périphérique, d'un diagnostic délicat en ce cas avec la choroïdite spécifique. Ils apparaissent sous l'aspect de plaques décolorées ou de placards pigmentés, dont l'association peut réaliser une véritable rétinite tigrée (MAGNUS).

Mais le pronostic visuel est avant tout assombri par la possibilité de deux complications.

a) *l'atrophie du nerf optique.*

b) *le décollement de la rétine.*

a) L'atrophie du nerf optique — phase terminale de la neuro-rétinite ou plus rarement conséquence de l'obstruction de l'artère de la rétine (SMITT-RIMPLER), se caractérise par une décoloration plus ou moins complète de la papille et peut déterminer la cécité (13 % des cas, d'après BURNIER).

◆

b) A côté de l'atrophie optique, le décollement rétinien qui survient dans 17 pour cent des cas (BURNIER) est précédé ou non de quelques signes prodromiques, il débute de façon rapide et même brutale, spontanément ou sous l'influence d'un effort.

Il est en général bilatéral (18 fois sur 25, BURNIER) ; parfois total, le plus souvent partiel. La vision se trouve réduite à la perception des objets à quelques centimètres ou seulement à la perception lumineuse.

A l'ophtalmoscope, la lésion se caractérise facilement par la teinte grisâtre de ce soulèvement ou cheminent les vaisseaux, coudés, parfois même interrompus au niveau des plis.

Mais si le décollement se montre avec une fréquence relativement grande, il semble posséder une tendance particulière à la guérison en un temps variable ; de huit jours à trois mois, et bien souvent il ne persiste qu'une pigmentation irrégulière, des foyers noirâtres en secteur.

Il s'en faut que l'acuité, malgré cette évolution spontanée, revienne à son état antérieur ; dans la plupart des cas signalés (19 sur 25), elle oscille encore 1/13 et 1/16.

En regard de la fréquence de ces deux complications les autres accidents comptent peu ; nous pouvons citer, cependant des hémorragies du vitré (SILEX), l'atrophie choroïdienne et rétinienne, enfin, à titre exceptionnel, le glaucome, et l'iritis, d'ailleurs discutés.

NÉVRITE OPTIQUE :

Nous ne décrirons la névrite que comme une forme clinique de la précédente. Si classiquement on lui donnait une place à côté de la rétinite, ROCHON-DUVIGNEAUD se refuse à la reconnaître comme entité morbide.

Pour lui, il s'agit d'une papillite identique à celle qui est en général associée à la rétinite, et d'autant que certaines observations de névrite notent, à côté de cette papille saillante, rougeâtre, œdémateuse, une zone d'infiltration rétinienne plus ou moins étendue.

Entre rétinite et névrite, il n'y a donc qu'une question de degré : c'est la même maladie en tant que conditions cliniques d'apparition, d'évolution, de récidives, l'une sous un aspect diffus, l'autre sous une forme circonscrite.

PRONOSTIC :

Le pronostic de la rétinite gravidique pure est loin d'être aussi grave que celui de la rétinite survenant chez une femme enceinte atteinte de néphrite chronique ou aiguë, mais il n'en doit pas moins être réservé tant au point de vue visuel que vital.

En ce qui concerne la vision, le pronostic est fonction :

1° De l'étendue et de la localisation des lésions rétiniennes ; suivant qu'elles sont diffuses ou qu'elles atteignent seulement la macula.

2° De l'âge de la grossesse au moment de l'apparition des troubles oculaires; les rétinites apparues au début de la grossesse sont plus graves que celles survenues au huitième ou au neuvième mois.

3° De la rapidité de l'intervention thérapeutique (interruption de la grossesse).

Les chiffres suivants, empruntés aux statistiques de divers auteurs montrent la proportion ordinaire des guérisons dans la rétinite gravidique.

	GUÉRISONS	AMÉLIORATION MAIS VISION DIMINUÉE	QUASI-CÉCITÉ OU CÉCITÉ COMPLÈTE
Silex (1)	29 %	47 %	24 %
Burnier	19 %	36.5 %	44.5 %
Rochon-Duvigneaud	28 %	58 %	14 %

(1) Silex note que 65 % des malades voyaient assez pour pouvoir lire.

Le pronostic vital maternel est loin d'être bénin. La mort survient assez fréquemment au cours d'accidents éclamptiques (dans 13 % des cas de BURNIER, 11, 7 % des cas pour ROCHON-DUVIGNEAUD) ; car la rétinite gravidique traduit toujours une atteinte profonde de l'organisme, annonçant des accidents redoutables, à moins d'une thérapeutique précoce et active.

Un autre élément de pronostic doit être pris en considération : c'est la persistance possible d'une néphrite après l'accouchement. Ces faits sont loin d'être rares. Récemment SCHIÖTZ observant pendant un temps assez long 33 rétinites gravidiques, a vu se développer après la délivrance une néphrite chronique chez 17 d'entre elles. La plupart de ces femmes, qui ne présentaient aucun signe de néphrite avant la grossesse, eurent dans la suite une tension artérielle élevée à 17 et même 22, et des signes urinaires consistant en cylindrurie et albuminurie.

D'autres fois la rétinite gravidique *récidive* au cours de grossesses ultérieures (14 % des cas pour BURNIER, 19 fois sur 24 cas pour ROCHON-DUVIGNEAUD). Il en résulte ordinairement une aggravation des lésions oculaires qui peut aboutir à la cécité et une aggravation de la lésion rénale ; le pronostic en est assombri d'autant. La gravité de ces récidives est en effet considérable, puisque sur les 19 observations de ROCHON-DUVIGNEAUD, on trouve 9 cas de mort, 5 cas de cécité et seulement 5 de restauration visuelle partielle.

Quant au pronostic fœtal, il est des plus défavorable, la mortalité est d'environ 80 % et ce fait doit entrer en ligne de compte dans la conduite du traitement.

DIAGNOSTIC :

Le diagnostic est simple lorsqu'on se trouve en présence d'une femme enceinte présentant de l'albuminurie, ou d'autres troubles d'intoxication gravidique.

Mais parfois les manifestations oculaires devancent les autres symptômes ou ceux-ci peuvent être frustes au point de passer inaperçus.

On éliminera alors toutes les causes de stase papillaire, en particulier les causes cérébrales, les névrites rétro-bulbaires liées à une intoxication ou une infection surajoutée, les neuro-rétinites diverses parmi lesquelles nous retiendrons avant tout la rétinite syphilitique ; celle-ci peut d'autant plus prêter à confusion, que la grossesse est susceptible de provoquer, au niveau de l'œil comme des autres organes, une véritable poussée tréponémique, justiciable d'un traitement spécifique intensif.

En fait, la principale difficulté à résoudre est de savoir si la gravidité est seule en cause, ou s'il faut incriminer une néphrite antérieure ou même développée pendant la grossesse à l'occasion d'une maladie intercurrente.

Les malades devront donc être interrogées minutieusement sur leurs antécédents morbides, sur leur passé rénal. Cette recherche des antécédents néphritiques est,

nous l'avons vu, d'autant plus importante, que, si elle est affirmative, le pronostic en est de beaucoup aggravé. Peu de brightiques devenues enceintes survivent, beaucoup meurent pendant la grossesse, même avec des accidents plutôt urémiques qu'éclamptiques, les autres succombent en général après la délivrance.

Le dosage de l'urée dans le sang peut-il être en la circonstance de quelque secours ?

Cette question encore mal connue, sera exposée plus complètement au chapitre suivant. Disons seulement que l'hyperazotémie est constante dans les rétinites albuminuriques des brightiques (WIDAL, MORAX et WEILL), tandis que dans les rétinites gravidiques pures, elle manque souvent ; quand elle existe, cette hyperazotémie paraît passagère.

Il serait intéressant d'établir par des recherches systématiques si cette notion permet de distinguer d'une façon certaine, les rétinites gravidiques pures des rétinites gravidiques développées chez des brightiques ; on conçoit l'importance d'un tel critère tant au point de vue du diagnostic que du pronostic.

PATHOGÉNIE :

La pathogénie de la rétinite gravidique est encore incertaine. D'une façon très schématique on peut dire que deux grandes théories sont actuellement en présence : la théorie toxique et la théorie mécanique.

1° *Théorie toxique* :

Les lésions de la rétine proviendraient d'une véritable intoxication locale par un poison en circulation dans le sang. Etant donnée la fréquence de l'atteinte rénale qui accompagne les rétinites gravidiques, plusieurs auteurs ont attribué cette intoxication à la rétention azotée. Cette hypoazotémie qui, nous l'avons vu, est à peu près constante dans les rétinites des brightiques fait souvent défaut dans les rétinites gravidiques pures. Les chiffres fournis à ce propos sont en effet variables :

KILIAN, sur 7 cas de toxémie gravidique, trouve dans cinq cas une rétention azotée marquée avec quatre neuro-rétinites et dans deux cas, dont une neuro-rétinite, une rétention chlorurée avec œdèmes.

Récemment, COUVELAIRE a rapporté un cas de rétinite avec néphrite, hypertension, sans rétention azotée ; Brindeau en a observé un cas analogue.

SCHIÖTZ, sur 11 rétinites, note un cas de rétention azotée marquée et quatre cas de rétention azotée légère.

Cette hyperazotémie, lorsqu'elle existe, semble passagère ; POTTET et COUVELAIRE ont observé chez une gestante que le taux de l'urée sanguine, au moment de l'apparition d'une rétinite, s'était élevé à 2 grammes 18 pour revenir à la normale lors de la régression des troubles oculaires.

Comme on le voit, la question de la rétention azotée dans les rétinites gravidiques est loin d'être résolue, de nouvelles recherches permettront sans doute de formuler une conclusion.

D'autres auteurs ont pensé qu'il fallait chercher ailleurs que dans la rétention azotée l'origine des lésions rétiniennes. CHAUFFARD incriminait l'hypercholestérinémie. HANNSEN et KNACK supposent l'existence d'un poison inconnu.

Ces hypothèses, quoique intéressantes, n'ont pas été encore vérifiées.

2° *Théorie mécanique.*

Pour les partisans de la théorie mécanique, l'intoxication gravidique n'agirait pas directement sur la rétine, mais indirectement par troubles vasculaires, en provoquant de l'hypertension ou une ischémie.

L'*hypertension* jouerait un rôle important dans la production des lésions rétiniennes, c'est ainsi que SCHIÖTZ sur 17 cas de neuro-rétinite constate 13 fois une hypertension notable ; HORNICKER montre que lorsque la tension artérielle atteint ou dépasse 20 cm Hg, la rétinite était constante (100 %). Mais quel est le mécanisme de cette hypertension ? Celle-ci serait due à une vaso-constriction généralisée, portant aussi bien sur les reins que sur la rétine ; telle est la base de la théorie de la *rétinite par ischémie* (VOLHARD), admise actuellement par un assez grand nombre d'auteurs étrangers (SCHIÖTZ, WESSELEY, CARTWRIGHT-CHENEY.)

TRAITEMENT ;

Le traitement devra répondre à deux indications :

1° Eviter les accidents par la surveillance médicale attentive de toute femme présentant des signes même légers d'intoxication gravidique. C'est la prophylaxie de l'éclampsisme, actuellement bien connue, grâce à laquelle l'éclampsie est devenue une complication rare chez les femmes qui ont été régulièrement suivies durant leur grossesse ;

2° Une fois la rétinite déclarée, il faut la traiter. Nous verrons dans quels cas la majorité des auteurs proposent l'interruption de la grossesse comme une thérapeutique d'urgence, souvent victorieuse, à la condition de ne pas y recourir trop tardivement.

1° *Prophylaxie de l'éclampsisme* :

L'examen des urines, qu'il est d'usage de pratiquer dès le 5e mois de la grossesse, peut fournir des indications de la plus haute importance en décelant une albuminurie même minime, de quelques centigrammes par exemple. C'est là un signe précieux que l'on ne négligera en aucun cas de rechercher. Cependant l'examen des urines ne suffit pas, ainsi que l'a montré BURNIER : les troubles oculaires peuvent précéder l'apparition de l'albuminurie, ou même celle-ci peut manquer complètement. Il faut donc rechercher avec soin tous les petits signes de l'éclampsisme : œdèmes légers et fugaces, petits troubles visuels, vomissements ; élévation progressive de la tension artérielle. Ce dernier signe, dont l'importance a été démontrée par les travaux de VAQUEZ, de NOBÉCOURT, de MACÉ et CHIRIÉ, d'AUBERTIN, traduit l'approche des accidents éclamptiques. C'est ce que LE LORIER a décrit sous le nom de petite hypertension d'alarme de la toxémie gravidique convulsivante ; pour cet auteur la zone d'alarme est comprise entre 13 et 15 (RIVA-ROCCI) au-delà de 15, commence la zone dangereuse.

Dans tous les cas, l'examen ophtalmologique s'impose, *a fortiori* si la gestante présente des antécédents de néphrite chronique, ou si elle a déjà éprouvé une atteinte toxique à une grossesse antérieure.

L'ophtalmoscope permet en effet de déceler de faibles lésions du fond de l'œil, en l'absence de tout signe oculaire subjectif ; on devra y recourir au moindre soupçon et bien souvent le traitement prophylactique institué à temps suffit à arrêter la marche des accidents.

Ce traitement prophylactique consiste en la mise au repos de la malade, l'administration d'un régime lacto-végétarien déchloruré, les grandes évacuations intestinales. Si l'atteinte paraît plus sévère, le régime lacté absolu s'impose, de même que les saignées modérées répétées (300 à 400 grammes).

2° *Traitement curatif.* — Grâce à l'ophtalmoscope, il est possible de différencier la neuro-rétinite avec lésions visibles, de l'amaurose pure. Dans ce dernier cas, eu égard au caractère transitoire de l'accident, à son pronostic relativement favorable dès que cesse la cause, les indications thérapeutiques se confondent avec celles des manifestations éclamptiques ou prééclamptiques que l'amaurose accompagne ou annonce.

Lorsque le diagnostic de neuro-rétinite est établi, quelle est la conduite à tenir ? Les accoucheurs ont de tout temps remarqué que l'interruption de la grossesse exerçait une action favorable sur l'évolution des troubles oculaires. La statistique de Rochon-Duvigneaud en offre une preuve évidente :

Sur 53 cas d'affections gravidiques du fond de l'œil chez des femmes ayant mené leur grossesse à terme, il note :

8 morts (15 %).
11 cécités (20 %).

Sur 34 grossesses interrompues par avortement spontané la proportion est de :

4 morts (12 %).
4 cécités (12 %).

Enfin sur 68 malades dont a provoqué l'avortement ou l'accouchement avant terme, on ne relève plus que :

3 morts (4 %).
4 cécités (6 %).

Ces chiffres montrent bien que le pronostic présente son maximum de gravité dans les cas où l'on a laissé évoluer la grossesse jusqu'au terme ; il s'améliore avec l'avortement spontané naturel il est plus favorable encore quand on provoque l'avortement ou l'accouchement avant terme. Le meilleur pronostic vital et visuel est donné par l'interruption artificiel de la grossesse (Rochon-Duvigneaud).

Si l'accord est fait entre tous les auteurs pour interrompre la grossesse lorsque les lésions apparaissent dans les six premiers mois ; il n'en est pas de même en ce qui concerne la conduite à tenir dans les trois derniers mois. Deux intérêts paraissent en effet opposés, d'un côte celui de la mère, de l'autre celui de l'enfant. Certains auteurs pensent que l'on peut à ce moment temporiser pour sauver la vie de l'enfant, car, disent-ils, malgré l'interruption de la grossesse la vie de la mère est menacée et le rétablissement de la vue n'est pas certain ; on ne gagne rien à sacrifier l'enfant.

Cette opinion est actuellement repoussée par le plus grand nombre des accoucheurs et des ophtalmologistes. En effet la vie de l'enfant paraît très compromise : sur 61 observations de rétinites où le sort de l'enfant est noté, Burnier a trouvé 37 cas de mort du fœtus avant l'accouchement. Sur les 25 enfants nés vivants, 13 ont succombé dès les premiers jours qui ont suivi la naissance, ce qui donne une mortalité fœtale de 79 %.

En présence de tels chiffres, il semble bien que l'on soit en droit d'interrompre immédiatement la grossesse dès que l'on constate des signes ophtalmoscopiques d'une rétinite, les résultats défavorables obtenus dans les cas traités par l'interruption artificielle sont souvent dus à une intervention trop tardive.

Enfin lorsqu'une femme aura déjà eu une neuro-rétinite gravidique, il faudra lui exposer les dangers qu'elle court en devenant à nouveau enceinte, l'aggravation possible des lésions rénales et oculaires. Si une grossesse survient, elle devra être surveillée de très près et l'avortement provoqué peut être indiqué dès l'apparition de signes d'intolérance.

BIBLIOGRAPHIE

Burnier. — Albuminurie gravidiqne et troubles oculaires (*Thèse de Paris*, 1911).

Chauffard. — Les dépôts locaux de cholestérine (*Revue de mdecine*, octobre 1911).

Cartwrightt Cheney. — Les toxémies de la grossesse du point de vue ophtalmologique. (*The Journal of the American medical Association*, nov. 1924, n° 18, p. 1383.)

Coutela. — Observation *in* Rochon-Duvigneaud. (Rapport à la Soc. franç. d'ophtalmologie 1922.)

Coutela. — *La Médecine*, avril 1922, p. 256 : Troubles visuels et gestation.

Couvelaire. — Deux cas de rétinite gravidique sans hyperazotémie. (*Bull. Soc. obstét. et gyn.*, Paris, 1920. IX, 238-242.)

De Lapersonne et Cantonnet. — *Manuel de neurologie oculaire*, 1923, p. 386.

Encyclopédie française d'ophtalmologie, Tome VI, p. 810 et suivantes ; tome IV, p. 134 ; tome VII, p. 784.)

Hannssen et Knack. — *Klin. Monatsblatt. für. Augenheit*, 1917, p. 26.).

Kilian. — *In* article Cartwright Chevey : *The Journal of the American medical Association*, nov. 1924, n° 18, p. 1384.)

Klaften. — Beitrag zur Kenntnis der Schwangerschaft Hemeralopie. (*Zentralblatt. f. Gynäk*, 1923, n° 32, p. 1288.)

Le Lorier. — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante. (*Presse Médicale*, n° 2, 6 janvier 1923)

Lohlein. — Die bitemporale Hemianopsie der Schwangeren. (*Monatschr. f. Geb. u. Gynäk*, vol. LXV, cahier 3-4, janvier 1924, p. 129.)

Nettleship. — La rétinite rénale. (*Annales d'oculistique*, février 1899, p. 137.)

Rochon-Duvigneaud. — La rétinite albuminurique. (*Rapport à la Société française d'ophtalmologie*, 1912.)

Schiötz. — *Klin. Monatsbl. f. Augenheit*, 1921.

Silex. — Ueber Retinis album. gravid. (*Berlin. Klin. Wochenscrift*, 1895. p. 385.)

Terrien. — Affections oculaires d'origine menstruelle. (*Gazette des hôpitaux*, 1903, p. 111.)

Terrien et Cousin. — Affections de l'œil en médecine générale, 1924, p. 348 et suivantes.

Uhthoff. — 31e session de la Société ophtalmologique d'Heidelberg, 1903, p. 4 et 21.

Valude. — *Annales d'oculistique*, CVII, 1892, p. 271-275.

Volhard. — Verhandlung-Heidelberg. Ophtalm. Gesellschaft., 1916.

Weil et Wilhelm. — *Bull.* Soc. obstétrique et gyn., Paris 15 janvier 1911, p. 18.

Widal, Morax et Weil. — *Bull.* de la Société médicale des hôpitaux, 22 avril 1910.

TRAVAUX ORIGINAUX

A propos de la réaction de Bordet-Wassermann dans le Sodoku

Par MM. Paul Blum et Robert Clément,
Chefs de clinique médicale de la Faculté.

Si la réaction de Bordet-Wassermann est susceptible de donner des résultats d'apparence contradictoire, suivant la méthode utilisée, ou l'antigène employé, il est cependant avéré que dans la syphilis secondaire en activité on obtient un pourcentage de 99,5 p. 100 de résultats positifs, avec toutes les méthodes. L'un de nous, à propos d'une étude comparative sur la séro-réaction dans la lèpre et dans la syphilis l'a déjà démontré avec le professeur Jeanselme et MM. Marcel Bloch et Edmond Ter-

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire pratique des régimes, par le Dr Henri Dausset. In-8°, 1925. Prix : 14 fr. (A. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, à Paris.)

L'auteur pour arriver à faire pratique, s'est mis à la place du médecin obligé de prescrire instantanément un régime, et aussi à la place d'un malade obligé d'appliquer ce régime.

A leur intention, il a classé les documents en utilisant l'ordre *alphabétique* très commode pour les recherches. Pour plus de clarté, il a mis de côté toute théorie et toute discussion.

A l'occasion de chaque catégorie de maladies, l'auteur note en quelques lignes, les raisons scientifiques de la diététique à suivre, les directives générales, puis sur deux colonnes et par rang de lettres, donne la liste des aliments, permis sur un côté et déconseillés de l'autre ; suivent quelques remarques sur les indications particulières à chaque forme de la maladie.

De sorte qu'en prescrivant son régime, s'il a sous les yeux les tableaux de ce formulaire, le médecin pourra sans rien oublier, individualiser le régime en le modifiant à son gré et suivant les besoins, ou au contraire le prescrire tel que en bloc.

De même, le malade qui souvent ne sait plus si tel ou tel aliment lui est permis, sauf prescriptions spéciales, pourra se renseigner imméditaement.

Quelques *tableaux*, donnant les chiffres indispensables à connaître, une courte énumération des *qualités de chaque aliment*, des listes importantes de types de *menus* et quelques *recettes*, complètent le formulaire et permettent d'avoir rapidement sous la forme du dictionnaire le renseignement cherché.

Les Fontaines bretonnes. 1 volume in-8°, collection « Memorana », 45 illustrations, par Paul Gruyer. Broché : 3 fr. (H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris.)

Après avoir donné dans la collection « Memoranda », les *Calvaires bretons* et les *Saints bretons*, M. Paul Gruyer nous donne un volume non moins captivant : *Les Fontaines bretonnes*.

En des pages fort intéressantes, l'auteur fait l'historique de ces monuments si curieux et souvent si artistiques que l'on rencontre fréquemment en Armorique, autour desquels se presse la foule le jour des Pardons, et qui reflètent si bien l'âme religieuse de la Bretagne. Puis, en 45 planches défilent les plus belles fontaines de l'Armorique, depuis celles du Moyen-Age et de la Renaissance comme la Fontaine du Folgoët, jusqu'aux fontaines du XVIIIe et du XIXe siécles, comme celle de Sainte-Anne d'Auray. C'est un des côtés les plus attachants de l'art breton qui nous est révélé.

Berthe Morisot, par A. Fourreau. Un volume in-8 « Maîtres de l'art moderne », 144 pages, dont 40 héliogravures. Broché : 12 fr. ; relié : 15 fr. (Rieder, éditeur, 1 place St-Sulpice, Paris.)

Dans l'étude qu'il a consacrée à Berthe Morisot, M. Armand Fourreau n'a pas seulement cherché à mettre en lumière la vie et l'œuvre, peu connues du grand public, de la très moderne artiste sur laquelle les documents biographiques et critiques sont rares ; il s'est encore attaché à montrer, par l'examen de ses ouvrages les plus caractéristiques, comme son talent, formé à la grande leçon de Corot, s'est peu à peu émancipé, développé, épanoui ; enfin comment elle s'est placée dans l'art de son temps, au premier rang des peintres de la lumière, entre la tradition qu'elle continue et l'impressionnisme qu'elle y incorpore.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Sommaire du numéro de février 1925 : La Collection Gaugnat, par Léon Werth. — Les Grandes influences au XIXe siècle, par Waldemar George. — Constant Le Breton, par P.-L. Duchartre. — Les dessins de Romney, par Seymour de Ricci.

Chronique : La section du Livre au Salon d'automne ; les Expositions ; Le Mouvement des arts appliqués ; la Gravure ; Musées ; Fouilles et Découvertes ; les Livres d'art ; les Ventes. Le numéro : 5 fr. Abonnement, France : 50 fr. Librairie de France, 110, boulevard Saint-Germain, Paris.

Revue des cours et conférences. Sommaire du numéro du 28 février 1925 : M. Marion : L'agriculture et les classes rurales au XVIIe et XVIIIe siècles (III). — F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (IV). — G. Ascoli : Voltaire (IX). — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son « Journal » (IX). — L. Villat : Napoléon Empereur et la fin de l'Empire (III). — Th. Grabowski : Histoire de la littérature polonaise (II). — J. Plattard : L'Université de Poitiers au temps de Ronsard, A. de Luppée ; Thèse de M. B. Fay. Bibliographie.

Le numéro : 3 fr. Abonnement : 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Revue hebdomadaire. Les conférences de M. A. Bellesort sur *Voltaire* et celles de M. Louis Gillet sur *Eugène Delacroix* paraissent *in extenso* dans la *Revue Hebdomadaire*, organe officiel de la Société des conférences.



ris (1), à l'aide de statistiques. Les conclusions de ce travail tendaient à diminuer la valeur de la proposition émise jadis que la réaction de B. Wassermann était toujours positive dans la lèpre, en réalité les résultats sont des plus discordants suivant la méthode utilisée. Il est donc peut-être exagéré de dire que la réaction de Bordet-Wassermann n'a pas la valeur spécifique qu'on était en droit d'espérer ; son interprétation a besoin d'être raisonnée en tenant compte de la clinique, surtout des antécédents, des tares héréditaires, des traitements reçus et surtout de la valeur chimique et biologique et antigènes.

On sait en effet, par exemple, la sensibilité particulière de la réaction pratiquée avec l'antigène cholestérine, type Desmoulières dont les résultats contradictoires avec ceux de la méthode de Bordet-Wassermann, Neisser-Bruck primitive sont de nature à jeter un trouble profond dans la conscience des praticiens traitants.

C'est dans cet esprit que nous voulons parler ici de la séro-fixation de Bordet-Wassermann dans le Sodoku. Un fait clinique très impressionnant, que nous rapportons ici, nous a montré une réaction de Bordet-Wassermann positive totale avec plusieurs antigènes et plusieurs méthodes, chez un sujet où la syphilis n'était pas en cause, et qui était atteint d'une affection spirochétosique, le sodoku.

Il est absolument indiscutable que certaines spirochétoses peuvent donner aux sujets qui en sont atteints une réaction de déviation du complément positive. Les sujets atteints de sodoku, par exemple, présentent fréquemment une réaction positive. L'un de nous, dans sa thèse (2), relève dans la littérature 26 cas où la réaction fut recherchée : 14 cas furent positifs et 12 négatifs, soit une proportion de 54 % de cas positifs. Dans les 14 cas positifs la réaction fut pratiquée 11 fois selon la technique propre de Wassermann et avec des antigènes contrôlés ; plusieurs fois elle porta sur des antigènes différents. Dans un cas de Mantovanni la réaction fut faite avec quatre antigènes, dont un foie hérédosyphilitique de nouveau-né. Il y eut deux Hecht et un Sachs-Georgi. Bien entendu dans toutes ces observations la syphilis ne pouvait être soupçonnée, les auteurs y insistent chaque fois. Il s'agissait, par exemple deux fois de beaux enfants de 6 ans (de Lange et Wolf, Montovanni) un autre était père de 6 enfants bien portants, etc. Récemment, MM. Laignel-Lavastine, Boutet, Serrant et Arbeit (3) ont publié un cas dans lequel le Bordet-Wassermann et le Hecht étaient positifs. Le B.-W. devint négatif et le Hecht faiblement positif après traitement.

Dans le liquide céphalo-rachidien la réaction de déviation du complément ne fut recherchée que deux fois dont une fois par l'un de nous ; elle fut trouvée négative.

Voici une observation intéressante à ce sujet car elle a presque la valeur d'une expérience, la réaction ayant été pratiquée et trouvée négative chez la malade avant qu'elle ne contractât le sodoku.

Mme L..., 44 ans, a présenté à la fin de la guerre des troubles neurasthéniques qui avaient entraîné une altération progressive de l'état général avec inappétence et troubles gastro-intestinaux.

L'examen ne révélait en 1920 aucun signe objectif d'altération organique viscérale ou du système nerveux. Cependant par prudence le médecin de la malade fit pratiquer une réaction de Bordet-Wassermann. Elle fut complètement négative. Deux ans plus tard, en septembre 1922, la malade est mordue par un rat dans un restaurant au niveau de la malléole péronière gauche. La morsure fut légère et ne laissa après elle aucune trace. La plaie, de petite dimension, se cicatrisa complètement en quelques jours sous une croûtelle qui tomba spontanément.

Trois semaines après se développe au niveau même de la morsure une lymphangite en traînée qui resta cependant circonscrite à la région malléolaire.

Brusquement la température s'élève à 39°8, la malade est secouée en même temps de frissons, puis couverte de sueurs abondantes, tandis que s'installent de violentes et multiples douleurs articulaires.

Vingt-quatre heures plus tard, apparaît un érythème polymorphe généralisé, où l'élément noueux domine, à la face, au cou, sur le tronc, sur les membres. Les douleurs polyarticulaires persistent. Au niveau de la muqueuse linguale on découvre de petites érosions non douloureuses (herpès ulcéré ?) syphiloïde d'aspect. Les ganglions inguinaux et cervicaux sont un peu gros, surtout dans l'aine gauche.

Hémoculture négative.

Réaction de Bordet-Wassermann complètement positive.

La malade est dans un profond état de prostration, asthéniée et apathique. On a beaucoup de mal à lui faire accepter l'idée d'un traitement arsenical intraveineux. Une première injection de 0 gr. 30 de novarsénobenzol amène une amélioration très nette. Elle est suivie cinq jours après d'une injection de 0 gr. 45 et cinq jours plus tard de 0 gr. 60.

Les symptômes rétrocédèrent vite. La fièvre tomba d'abord, puis l'érythème polymorphe disparut ainsi que les douleurs articulaires.

L'amélioration progressive de l'état général se poursuivit et devint meilleur qu'avant la morsure.

Il n'a été trouvé aucun signe de syphilis chronique chez cette malade, elle a eu deux enfants, âgés actuellement de 26 et 18 ans, très bien portants ; elle n'a jamais fait de fausse couche. Son mari examiné ne présente aucun signe de syphilis.

On sait que l'agent pathogène du sodoku : le spironéma sodoku (Futaki, 1916) est voisin du treponema pallidum et appartient à la même famille des spirochétidés.

D'autre part, le début de cette curieuse affection se rapproche beaucoup de la période primaire de la syphilis. Effraction minime des téguments, petite plaie qui cicatrise en 3 à 4 jours, longue incubation de 15 jours en moyenne mais pouvant durer de 3 à 22 jours, puis réveil *in situ*, reviviscence du chancre d'inoculation avec lymphangite et adénopathie de territoire, inflammatoire mais jamais suppurative, avant que l'affection ne se généralise et ne donne des troubles généraux, viscéraux ou nerveux.

La réaction de déviation du complément de Bordet-Wassermann telle qu'elle est pratiquée dans la plupart des laboratoires avec des antigènes variés donne donc dans ces cas une *réaction de groupe*. La sensibilisatrice que développe dans le sérum humain la présence de l'agent pathogène du sodoku dans l'organisme donne en présence des mêmes antigènes la même réaction que la sensibilisatrice du sérum des syphilitiques.

(1) Prof. Jeanselme, Paul Blum, Marcel Bloch et E. Terris. — Les réactions de fixation au cours de la lèpre. — IIIe Conférence de la lèpre, 1923. (Baillière, édit., page 231).

(2) Robert Clément. — Le sodoku. Thèse de Paris, 1923.

(3) In *Bull. de la Soc. médicale des hôpitaux de Paris*. 7 février 1924, p. 105.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 Mars 1925

La chronaxie en théorie et en pratique. — *M. Lapicque* a défini, en 1909, la chronaxie comme une mesure indépendante de toute théorie et de toute expression mathématique. Tout ce dont on a besoin au point de vue physiologique c'est de repérer sur l'échelle des durées les courbes d'excitation et ces courbes étant toutes semblables il suffit d'en repérer un seul point pourvu que ce point soit toujours semblablement placé sur la courbe. Deux mesures expérimentales seulement sont nécessaires. L'auteur a choisi : 1° avec une durée de passage très longue par rapport à l'excitation en jeu, la hauteur de seuil minima : *rhéobase* ; 2° avec une intensité double de la rhéobase la durée de passage qui, juste, retrouve le seuil.

C'est cette durée que l'auteur appelle *chronaxie*. Cette définition universellement adoptée est conventielle mais correcte et, dès lors, le physiologiste et le médecin n'ont qu'à effectuer les deux mesures expérimentales convenues. Reste la difficulté instrumentale qui sera tôt ou tard aplanie.

L'intolérance et l'hypersensibilité aux germes microbiens dans la pratique chirurgicale. — *M. Louis Bazy.* — Le chirurgien peut être amené à mettre en jeu l'intolérance et l'hypersensibilité aux microbes des porteurs de germes dans deux circonstances : 1° inoculation à un sujet en puissance d'infection des germes morts (pseudo-vaccinothérapie) ; 2° libération, à l'occasion d'une intervention chirurgicale, des germes que le jeu des défenses naturelles de l'organisme avait pu jusque là maintenir cantonnés au foyer initial de l'infection.

L'action des vaccins, la rapidité de cette action, les accidents, les insuccès de la bactériothérapie, la supériorité habituelle des produits solubles (type endococcines de Vallée), s'expliquent dans une certaine mesure si l'on considère la bactériothérapie dans les infections chirurgicales comme une surinfection.

La libération provoquée, par une opération chirurgicale, de germes en dehors d'un foyer limité représente également et essentiellement une surinfection.

L'intradermo-réaction permet de tâter la susceptibilité de l'organisme qui va encourir le choc de la surinfection et de renforcer les défenses organiques par immunisation ou désensibilisation préopératoires.

Diagnostic électrique du rachitisme incipiens. — *MM. Gillot et Bure*, en recherchant l'hyperexcitation électrique des nerfs (nerf facial au niveau de l'orbiculaire des paupières), arrivent à déceler très précocement le rachitisme, ce qui permet de le traiter à temps.

Ce symptôme précoce relève de l'hypocalcémie. Il n'a de valeur qu'à partir de l'âge de trois mois.

L'insuline dans l'acidose des opérés non diabétiques. — *M. Rastouil.* — L'expérience de l'auteur l'amène à conclure que lorsqu'un opéré non diabétique fait de la dénutrition ou qu'il est soumis, avec un état général défectueux, à une intervention grave, il faut rechercher l'acidose systématiquement. Il ne serait pas prudent d'attendre l'apparition de l'oligurie et des urines rares. L'acidose constatée, il faut recourir à l'insuline en prenant des précautions pour éviter les accidents d'hypoglycémie.

MM. A. Lacassagne et E. Weil. — Anémie aiguë et leucémie myéloïde mortelles provoquées par la manipulation de substances radio-actives.

M. B. Roussy. — De la nécessité de posséder un anthropomètre normal abstrait pour mesurer les états pathologiques, les anomalies et autres états anormaux de l'être humain.

Elections. — MM. Derrien (de Montpellier) et Doyon (de Lyon) sont élus membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 mars 1925

Barbillon et *Thibierge* présentent deux ouvrages destinés à la bibliothèque de la Société. Le premier est l'œuvre du présentateur. C'est un recueil de réflexions biologiques intitulé : Vivre, penser et mourir ». Le second est une histoire des hôpitaux de Lyon, écrite sous la direction de *Jean Lacassagne*, par des médecins et des pharmaciens de ces hôpitaux ; toute la vie médicale lyonnaise d'autrefois revit dans ces pages, qui mériteraient une analyse détaillée.

Le fonctionnement de l'Hospice des Enfants trouvés à l'époque de l'exposition des enfants de J.-J. Rousseau est encore peu connu du public lettré, *Variot* met au point cette page d'histoire hospitalière. L'auteur résout par des arguments probants l'énigme de l'abandon des enfants de Jean-Jacques. Le registre de la maison de la Couche, conservé aux Enfants-Assistés mentionne le nom d'un garçon Joseph-Catherine, ayant vécu 1 mois et 23 jours. A la page où se trouve ce nom et en face de lui, a été épinglé un papier dans lequel le nom de famille Rousseau est mal orthographié, puis corrigé avec l'orthographe exacte.

Or une lettre adressée à la maréchale de Luxembourg confirme — il suffit de rapprocher les dates — que le premier-né de Jean-Jacques fut abandonné par lui en 1746. A cette époque les enfants étaient déposés à l'Hôtel-Dieu. Les abandons d'enfants augmentaient progressivement chaque année depuis le début du siècle. On ne faisait même pas mystère du nom des parents, tant la chose était commune. Rousseau raconte comment il a été amené à se conformer à cette fâcheuse coutume : « Puisque c'est l'usage du pays. Quand on y est, on peut le suivre ». De l'Hôtel Dieu, on transportait les enfants dans des asiles... Là, il n'était pas encore questions d'hygiène des nouveau-nés et un grand nombre mourait, faute de soins éclairés. Les plus heureux étaient envoyés en nourrice dans les campagnes.

Ils portaient le nom « d'enfants de lait » et les nourrices étaient recrutées par des meneurs et meneuses. Il fallait un certificat du curé et une visite médicale pour être admise, comme nourrice. Dans les asiles de Paris, il existait aussi quelques nourrices, mais en nombre insuffisant.

La première idée des hospices d'enfants avait été rapportée d'Italie par Saint Vincent de Paul qui avait obtenu de la Reine Anne d'Autriche et des dames de l'aristocratie les premiers secours en argent. Pendant longtemps les Filles de la Charité continuèrent à surveiller les enfants en nourrice jouant le rôle des infirmières visiteuses d'aujourd'hui. En comparant le XVIIe siècle et le XVIIIe avec les temps modernes, l'auteur a pu établir que les mêmes conditions qui avaient entretenu un pourcentage de mortalité considérable dans les anciens asiles, reparaissaient, dès que l'hygiène et surtout l'alimentation des nouveau-nés étaient négligées. L'expérience de la guerre a confirmé ces faits.

L'histoire du glaucome est relativement récente. Le glaucome fut longtemps considéré comme une mauvaise cataracte. *Terson* relate les premières mentions de l'hypertonie oculaire dans cette affection. Son travail représente une contribution importante à l'histoire des affections oculaires.

Dr Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 février 1925.

Intoxication aiguë par le véronal et les autres dérivés de la malonylurée (barbiturisme). — *MM. G. Caussade et A. Tardieu*, par l'analyse de cinq observations personnelles, arrivent aux conclusions suivantes :

L'empoisonnement par les hypnotiques doit être considéré comme un chapitre de l'étude actuelle du suicide. L'intoxication aiguë se traduit toujours par la léthargie ou par le coma identique à celui de toutes les intoxications d'origine externe. Il peut être léger, profond, réaliser le carus ou le coma vigil. Parmi les signes oculaires : nystagmus et diplopie. Les auteurs


VIN BRAVAIS
VIN BRAVAIS
PRIX DE LA

décrivent, dans l'une de leurs observations, l'ophtalmoplégie externe nucléaire subaiguë et fugace (diplopie croisée). L'état des pupilles, d'une grande variabilité, est d'une faible valeur diagnostique. Du point de vue urinaire : anurie, plus souvent oligurie, rarement polyurie ; albuminurie ou glycosurie ; cylindrurie. Présence de pigments et de sels biliaires, d'urobiline, de constatation quasi-constante. Fréquemment, azotémie transitoire. Sans complication pulmonaire, s'installe souvent une fièvre légère, parfois l'hyperthermie, évoluant parallèlement au coma. Associés au coma, coexistent les signes suivants : hypersécrétion salivaire, sueurs profuses, convulsions cloniques ou toniques, d'allure parfois tétanique ou épileptique ; enfin disparition du réflexe cornéen et des réflexes abdominaux.

Du point de vue psychiatrique : épisodes délirants, d'ordre confusionnel avec agitation ataxo-adynamique, onirisme hallucinatoire et anxieux : dysarthrie paréto-spasmodique de Logre, avec crispation très spéciale de la commissure des lèvres.

Des manifestations cutanées sont souvent observées. L'éruption est des plus variée : pustuleuse, bulleuse, morbilliforme, scarlatiniforme, urticarienne, etc.. souvent symétrique, toujours prurigineuse et suivie d'une lente desquamation. Ces toxidermies peuvent en imposer pour une scarlatine, une rougeole, un érysipèle, etc. ; mais éphémères et fugaces, elles ne durent que quelques jours.

Quand cette intoxication réalise le syndrome suivant : léthargie, ophtalmoplégie, asthénie et fièvre, le diagnostic peut être très délicat entre la léthargie véronalique et celle de l'encéphalo-névraxite épidémique, des tumeurs et hémorragies cérébrales, de la méningite syphilitique de la base, et des comas paroxystiques.

Une contre-indication à l'emploi, même à doses minimes, du véronal ou des dérivés de l'acide barbiturique : altérations hépatiques, organiques ou fonctionnelles, quelle que soit leur étiologie.

La véronalisme réalisant un coma uréo-alcoolique, la saignée abondante se montre très efficace.

Sérum zonateux et varicelle. — *MM. Sicard et Paraf* apportent un fait nouveau en faveur de la dualité étiologique du zona et de la varicelle. Ils ont eu l'occasion d'inoculer du sérum de zonateux à des enfants en contact avec des varicelleux. Or, ces enfants ont contracté la varicelle. Le sérum des zonateux n'a donc pas de pouvoir immunisant préventif vis-à-vis de la varicelle, tandis que le sérum des varicelleux, comme on le sait, se montre efficace dans les mêmes conditions.

M. Netter considère qu'il y a une relation entre la varicellle et le zona, bien qu'on ne puisse la déceler dans les sérosités. Il compare ces faits à ce qui en botanique est classé sous le nom de phénomènes de mutation.

Dilatation des bronches diagnostiquée par le lipiodol. — *M. Coyon.* — Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une bronchopneumonie grippale, présenta de la dilatation bronchique que l'injection de lipiodol permit de diagnostiquer et de localiser. Devant la précision du diagnostic, l'auteur se demande s'il faut avoir ici recours à la collapsothérapie par pneumothorax artificiel ou à la phrénicotomie.

M. Chauffard n'est pas d'avis de pratiquer la phrénicotomie, l'état général étant satisfaisant.

M. Rist pense que le pneumothorax artificiel est ici très indiqué, il a remarqué que le lipiodol donne une sédation remarquable des symptômes pendant un certain temps, mais cette amélioration est transitoire.

Radio-lipiodol de l'abcès froid migrateur. — *MM. Sicard et Forestier* insistent de nouveau sur l'intérêt de l'épreuve lipiodolée pour les abcès froids migrateurs. L'injection en pleine poche purulente d'une dizaine de centimètres cubes de lipiodol permet de reconnaître les dimensions, le contour et surtout le point de départ de l'abcès.

Dans le cas que les auteurs présentent, alors que la clinique et la seule radiologie étaient impuissantes à affirmer un diagnostic clinique, la méthode lipiodolée a précisé l'origine osseuse apophysaire épineuse de l'abcès, a délimité exactement l'étendue et le volume de la suppuration. Il suffit après l'injection de lipiodol de radiographier le sujet dans les trois positions, verticale, horizontale et déclive, pour obtenir des images parfaitement indicatrices. Le lipiodol est, dans ces conditions remarquablement toléré, et est susceptible même d'agir favorablement au point de vue thérapeutique.

Ostéo-arthrite coxo-fémorale, d'origine typhique. chez l'adulte. — *MM. G. Caussade et A. Tardieu* rapportent trois observations d'arthrite typhique de la hanche survenue au décours ou pendant la convalescence de la dothiénentérie.

La première concerne un homme de 27 ans qui, au quarante huitième jour d'une typhoïde très sévère, avec rechute et nombreuses complications (ictère, hémorragies intestinales, albuminurie, myocardite et phlébite), fut atteint d'une arthrite coxo-fémorale droite suppurée, dont l'évolution rapide aboutit à l'ankylose presque complète et au raccourcissement réel de 1 cm. et demi. Sur le cliché radiographique ; déformation de la tête fémorale et du cotyle ; disparition du col anatomique ; décalcification légère et uniformément répartie. Le traitement orthopédique (appareil plâtré de coxalgique), a donné des résultats satisfaisants en ce sens qu'il limita le processus morbide sans empêcher toutefois l'infirmité.

La seconde, se rapporte à un soldat de 27 ans qui, plusieurs mois après une fièvre typhoïde à rechute, eut une sciatique et une arthrite coxo-fémorale droite, de nature éberthienne. La radiographie montre un aspect dentelé de la tête fémorale et son aplatissement ; l'interligne sinueux et mal délimité ; l'enfoncement de la tête par la pression exercée par le rebord cotyloïdien. La nature typhique a pu être établie grâce à l'anamnèse. Le traitement physiothérapique est demeuré sans effet. La guérison se fit par l'ankylose, avec un raccourcissement réel d'un centimètre.

La troisième, concerne un homme de 57 ans qui, au cours de la convalescence d'une typhoïde à bacilles d'Eberth, eut une arthrite de la hanche gauche ayant abouti à l'ankylose avec raccourcissement réel d'un centimètre et demi. La radiographie montre l'hypertrophie de la tête fémorale et la disparition presque complète de l'interligne articulaire. Autour du grand trochanter, ostéophytes.

Du point de vue anatomique : dans les trois cas, la lésion initiale et essentielle est osseuse, à la fois acétabulaire et fémorale ; la tendance à l'hypertrophie est constante.

L'ostéo-arthrite typhique de la hanche est une complication souvent méconnue en raison de son début insidieux et de son allure latente. Elle doit être recherchée minutieusement comme la spondylite et l'ostéo-périostite. De la précocité du diagnostic dépend l'efficacité de la vaccinothérapie.

Maladie osseuse de Recklinghausen. — *M. André Léri et Mlle Linossier* présentent un malade atteint de maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen généralisée.

Ce malade a toute une série de déformations qui pouvaient faire penser à un rachitisme accentué : genu valgum bilatéral, pieds plats, thorax très étroit, tête très grosse, voûte très ogivale. etc. Mais l'apparition récente de tumeurs des maxillaires a fait songer à l'ostéite fibreuse et a incité à faire des radiographies du squelette.

On a constaté : une épaisseur du crâne énorme avec formation de cavités pseudo-kystiques, des pseudo-kystes dans les tumeurs osseuses des maxillaires, un écrasement prononcé des têtes humérales devenues kystiques, une transformation des os iliaques et des têtes fémorales en une masse polykystique, des kystes et des tumeurs osseuses plus ou moins compactes disséminées dans presque tous les os du squelette et faisant saillie dans leur canal médullaire, etc.

Deux particularités notamment sont à noter dans cette observation : 1° le raccourcissement jusqu'ici non signalé des dernières phalanges des doigts et des orteils, résultant de la disparition des lunules terminales des phalangettes qui sont comme rongées par un processus kystique ; 2° l'existence d'une réaction de Wassermann positive et de la guérison antérieure rapide de douleurs prolongées par un traitement spécifique, constatations qui posent la question des rapports de la maladie osseuse de Recklinghausen avec la syphilis.

Cette affection ne paraît peut-être aussi rare que parce qu'elle est peu connue et qu'on ne la recherche pas ; les auteurs en ont observé trois cas en quelques mois.

Syndrome adiposo-génital lié à une encéphalite léthargique. — *MM. L. Rivet, L. Rouquès* et *Ch. Jany* relatent l'observation d'une femme de 31 ans, qui fut atteinte, en mars dernier, d'une encéphalite léthargique typique. On vit apparaître une polyurie tenace et une obésité marquée, avec engraissement de 16 kilogr. ; les règles étaient supprimées. La polyurie céda à des injections d'hypophyse-ovaire. Puis, à la suite de diverses opothérapies pluriglandulaires, les règles réapparurent au bout de sept mois d'absence. Mais l'augmentation de poids persista, et ne fléchit que sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

A noter que la malade fit, au début, une rétention d'urine, qui céda d'emblée et définitivement à l'injection de pilocarpine. Les auteurs insistent sur l'efficacité de ce procédé préconisé par Cain et Oury dans le traitement des rétentions d'urine de cause nerveuse.

Provocation de l'épilepsie jacksonienne par l'hyperpnée expérimentale. Valeur diagnostique de ce test clinique. — *MM. Georges Guillain, Alajouanine* et *Thévenard* rappellent que, lorsqu'on fait exécuter à un sujet normal, durant 15 à 30 minutes, des respirations aussi profondes qu'il est possible à la cadence de 12 à 20 par minute, on provoque des phénomènes de tétanie dans les muscles de la face et des membres ; Joshua Rosett a montré que cette épreuve exagérait les hypertonies pyramidales et extrapyramidales, les athétoses, les tremblements fibrillaires.

MM. Guillain, Alajouanine et Thévenard attirent l'attention sur ce fait que chez un sujet présentant des crises d'épilepsie jacksonienne l'épreuve de l'hyperpnée peut amener en quelques minutes des secousses convulsives, de l'hypertonie tétaniforme dans certains groupes musculaires où débute le signal-symptom ; le malade qu'ils présentent ayant des crises jacksoniennes à début brachial peu fréquentes réagit ainsi à chaque épreuve d'hyperpnée.

Cette épreuve de l'hyperpnée leur paraît avoir une importance dans certains cas d'épilepsie jacksonienne pour préciser un diagnostic. Bien des malades viennent consulter pour des phénomènes convulsifs qui paraissent être des crises jacksoniennes, mais ces crises sont rares, elles se produisent la nuit, elles n'ont pas été observées par le médecin, on comprend combien il peut être utile de pouvoir les provoquer par une épreuve non dangereuse. D'autre part, le début de l'hypertonie de la tétanie, des spasmes dans certains groupes musculaires des membres supérieurs ou inférieurs ou de la face peuvent fixer un signal-symptom, partant préciser une localisation lésionnelle et donner ainsi des renseignements très précieux pour le déterminisme d'une intervention chirurgicale.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 février 1925

Fibro-kystes, fractures itératives. — M. *Duguet* communique l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme au niveau du tibia droit, fut atteint d'une tuméfaction allongée au niveau même du traumatisme, puis d'une fracture spontanée qui fut consolidée. Trois mois après, à l'occasion d'un simple faux pas, nouvelle facture laissant un cal volumineux, indolore. Wassermann négatif. Il restait une zone compacte, verticale. Cal pas solide. M. Duguet intervient alors. Il trouve une cavité centrale contenant une masse rouge. Il fait un évidement, suture les parties terminales. Il se produit une ostéite. Nouvelle intervention. Greffe ostéo-périostique. Bon résultat depuis cinq mois.

Plaies cérébrales. — M. de *Martel* fait un rapport sur un travail de M. Béraud relatif au traitement chirurgical des plaies cérébrales.

Il est d'usage, dans ces cas, de pratiquer une incision cruciale et, après nettoyage de la plaie, ablation des corps étrangers, de traiter ensuite cette plaie sans fermeture. M. Béraud a traité les cas qui se sont présentés à son observation par fermeture sans drainage. M. de Martel, contrairement à la règle qui veut qu'on ne ferme jamais ces plaies, les a, comme M. Béraud, traitées par fermeture, mais avec drainage. Cette technique a donné à M. Béraud de bons résultats, puisqu'au lieu de 50 p. 100 de mortalité, qui est le pourcentage classique, il n'a eu que 25 p. 100 de mortalité. Au point de vue des accidents éloignés, sur 47 cas, il a eu 4 morts éloignées accidentelles.

M. Béraud taille un grand lambeau, examine les parois osseuses, fait un soigneux nettoyage après avoir enlevé les corps étrangers, débris osseux ou projectiles, puis fait une suture complète sans drainage.

M. de Martel trouve cela un peu excessif. Quant à lui, il a toujours drainé. Il reconnaît cependant que la fermeture totale rend les soins consécutifs plus faciles. M. Béraud est d'avis d'intervenir autant que possible immédiatement après la blessure. M. de Martel préfère attendre quelques jours. M. Béraud reconnaît lui-même qu'une statistique de 47 cas est insuffisante. Les résultats qu'il a obtenus n'en plaident pas moins en faveur de sa méthode.

Chirurgie du pancréas. — M. Louis *Bazy* fait un rappport sur une observation de M. Sikora (de Tulle). Il s'agit d'un malade qui portait une volumineuse tumeur intraabdominale que M. Sikora reconnut pour un hématome enkysté du pancréas. Arrivé sur la poche, il l'incisa et en évacua un liquide mélangé de sang et de pus. La poche put être enlevée. Mais il reste une fistule pancréatique. Traitement consécutif antidiabétique. Guérison.

Dans un second cas, d'origine traumatique (accident d'automobile). M. Sikora suivit la même conduite. Fistule pancréatique. Guérison dix mois après.

M. Louis Bazy rapproche de ces faits un cas qui lui est personnel. Grosse tumeur, qu'il vide d'abord par ponction. Il constate que la poche adhère au pancréas par une bande étroite. Au moment où il va chercher à libérer cette adhérence se produit une énorme hémorragie qu'il ne put arrêter qu'en suturant et en marsupialisant la poche. Mais le malade pâlit, et malgré des injections de caféine et d'éther, succomba.

Arthroplastie. — *M. Lenormant* analyse une observation de M. Brocq. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, à la suite d'une grippe, fut atteinte de localisations articulaires. Survint une arthrite suppurée d'un genou. Elle entre dans le service de M. Lejars où on pratique une arthrotomie. On retire du pus à streptocoques. Il en résulte une ankylose.

Cinq mois après, M. Brocq pratique une arthroplastie. Les condyles fémoraux sont soudés. M. Brocq résèque toutes les brides fibreuses, résèque les ligaments croisés, enveloppe l'extrémité inférieure du fémur d'un lambeau aponévrotique. Il referme. Extension continue pendant huit jours. Mobilisation prudente dès le dixième jour. Exagération de la flexion sous anesthésie.

M. Brocq a revu la malade deux ans après. L'extension est complète. La réflexion à 35 degrés. Très peu de mouvements de latéralité. Marche facile. Ascension des escaliers facile. Descente moins aisée. En somme, bon résultat.

M. Lenormant rappelle un cas analogue dans lequel l'arthroplastie lui a donné aussi un bon résultat. Ces observation prouvent que l'arthroplastie devrait être utilisée plus souvent dans le traitement des ankyloses du genou.

Ostéosynthèse. — M. *Thiéry* résume la discussion.

Les opinions les plus opposées s'y sont produites, et entre l'enthousiasme exagéré de M. Alglave et les réserves de M. Thiéry il y a loin. Mais si M. Thiéry n'a pas convaincu MM. Alglave et Dujarier, ces derniers n'ont pas davantage convaincu M. Thiéry. Chacun reste donc sur ses positions. Dans cette nouvelle intervention, M. Thiéry se montre encore plus sévère pour l'ostéosynthèse qu'il ne l'a été en ouvrant ce débat. Il continue à soutenir que bien des succès qui ont été obtenus après l'ostéosynthèse l'eussent été tout aussi bien par les moyens habituels. On a donc abusé de l'ostéosynthèse.

M. Thiéry continue à se déclarer partisan de ce qu'il a appelé lui-même l'ostéodèse. Il apporte de nouveaux faits dans les-

quels l'ostéosynthèse a eu des résultats déplorables, amputation de cuisse dans un cas, accidents graves dans d'autres cas

Tout compte fait, M. Thiéry estime que l'ostéosynthèse donne plus d'insuccès que de succès.

Séance du 25 février 1925.

Au sujet de l'arthroplastie. — *M. Cunéo* pense que la technique de l'arthroplastie doit varier suivant qu'il s'agit d'une ankylose osseuse ou fibreuse. Il faut en tout cas faire surtout état de la rétraction de la coque péri-articulaire. Il s'est trouvé satisfait de la technique de Putti, avec interposition d'un lambeau libre de fascia lata. Il y ajoute la réduction de la saillie antérieure de la trochlée fémorale et celle de la rotule, toujours augmentée de volume. On ne saurait donner assez d'importance aux soins consécutifs dont dépendent tous les résultats de l'opération.

Au sujet des ostéotomies. — *M. Cadenat* montre combien la mesure exacte des angles de déviation des axes osseux est précieuse pour assurer une correction rigoureuse. C'est ainsi que son instrumentation a permis à M. Mathieu de pratiquer avec exactitude une double ostéotomie cunéiforme du tibia et du fémur pour genu valgum rachitique.

M. Cadenat présente ensuite son appareil.

L'abcès appendiculaire à forme néoplasique. — *M. Cadenat* rapporte une observation de *M. Lombard* (d'Alger), relative à un homme de 68 ans présentant depuis trois mois des symptômes digestifs sans fièvre, avec douleurs abdominales, puis vomissements. Les forces diminuent, le malade maigrit et une tumeur est bientôt reconnue dans la fosse iliaque droite. On pensait à un cancer, mais M. Lombard fait le diagnostic d'appendicite et intervient. Il trouve une poche de pus d'origine appendiculaire ; drainage et guérison. Mais le cas contraire a été aussi observé : fistule stercorale après appendicectomie, et en réopérant on trouve un cancer adhérent nécessitant une hémicolectomie droite.

Occlusion intestinale par kyste de l'ovaire. — *M. Mocquot* rapporte une observation de *M. Leveuf* (de Paris). Il s'agissait d'une malade entrée à l'hôpital pour crises douloureuses abdominales avec fièvre. Dix jours après éclate une crise d'occlusion avec vomissements bilieux et chute de la température ; le toucher montrait une tumeur régulière refoulant l'utérus. M. Leveuf intervient, trouve un amas d'anses intestinales adhérentes qu'il doit libérer, ce qui entraîne l'ouverture de la poche ; celle-ci peut ensuite être enlevée ; elle ne présentait aucun pédicule. L'examen histologique révèle un kyste de l'ovaire suppuré par infection salpingienne. La guérison fut complète après l'évolution secondaire d'une poche suppurée sous-phrénique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 février 1925.

Etat actuel et avenir de l'hygiène en France. — M. *René Martial* établit et analyse les causes du chaos de l'hygiène en France, et expose de quelle manière pratique et économique, on pourrait réaliser l'hygiène en créant simultanément une carrière, des débouchés et un statut pour les hygiénistes, car ceux en fonctions actuellement sont soumis à l'arbitraire des fonctionnaires et des magistrats élus et toute initiative leur est interdite.

Une nouvelle charte d'hygiène, complétée par une refonte totale des instituts d'hygiène créés et fonctionnant en dehors des techniciens serait le remède à un chaos masqué par une façade.

Névralgie due à une côte cervicale ; traitement électrique. — M. *Laquerrière*. — L'introduction électrolytique d'iode a fait disparaître les douleurs (sans améliorer l'atrophie musculaire) dues à une névralgie causée par l'existence d'une côte cervicale bilatérale avec renflement du côté malade.

A propos des « poches « sous les yeux ». — M. *Léopold-Lévi*. —

L'œdème thyroïdien peut, au niveau des paupières faire poche ; il est aigu, transitoire ou chronique. Le traitement thyroïdien est susceptible de faire disparaître ces poches.

Syyphilis nerveuses bénignes non évolutives. — M. *Schæffer.* — Certaines manifestations de la syphilis du névraxe peuvent rester localisées ou même régresser, et sont compatibles avec une longue survie et un bon état général. Les éléments du pronostic favorable, toujours délicats, peuvent être plus aisés à tirer de l'examen du liquide céphalo-rachidien que de celui des manifestations cliniques elles-mêmes.

Scolioses paralytiques. — M. *Rœderer* présente une série de malades atteints de scolioses graves consécutives à des paralysies des muscles dorsaux, séquelles de poliomyélite. Il faut tenir compte au point de vue de la gravité de l'évolution 1° de l'âge de l'atteinte (cas tardifs moins graves) ; 2° de la hauteur du segment intéressé ; 3° des associations (paralysies des membres inférieurs, par exemple). Il y a toujours, quoique disent les classiques, rotation vertébrale, formation d'une gibbosité et enraidissement. Pronostic fort grave. Traitement très différent de celui de la scoliose essentielle, port d'un corset indispensable.

A. Lavenant.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 février 1925.

Sur la génération de la voix.— M. *H.J.. Frossard* dans diverses notes parues à ces comptes rendus, et dans ses ouvrages imprimés a établi une théorie aérodynamique de la voix qui donne le premier rôle aux ventricules de Morgagni. Il résulte de cette théorie de l'auteur que, seuls les bords des ventricules sont importants, quelle que soit leur constitution. La suppression de l'un ou de l'autre supprime la voix ; mais la suppression des deux ne la supprime pas. En effet, si les cordes vocales inférieures sont seules détruites et les supérieures conservées il peut encore se produire des sons, mais inarticulés. Si c'est l'inverse qui a lieu, comme dans certaines ulcérations tuberculeuses ou syphilitiques, le malade peut chuchoter mais ne peut plus parler à haute voix. Mais si les deux paires de cordes sont enlevées, et que le tissu cicatriciel rétablisse la connexion thyro-aryténoïdienne les ventricules étant intacts la voix devra survivre à cette ablation, c'est ce que vérifient les résultats publiés en 1918 par MM. Moure, Liébault et Canuyt (Pathologie de guerre du larynx, Ed. Alcan, Paris), et plus récemment (1925) par M. Liébault.

Les résultats des opérations de ces auteurs ont la valeur d'une vérification expérimentale, et montrent que ce n'est pas l'organe *anatomique*, qui est nécessaire, mais sa disposition *mécanique*. Il reste toujours chez ces opérés les ventricules intacts et tout le système musculaire qui les entoure et qui suffit à en modifier les dimensions.

La théorie de l'auteur ainsi vérifiée expérimentalement, complète celle de Savart, exposée il y a 100 ans, et semble définitivement détruire celle des cordes vocales vibrantes.

Action de l'arsenic sur le paludisme à Plasmodium vivax. — M. *Marchoux*, essayant l'action du stovarsol chez des malades de la plaine de la Mitidja, constate que ce médicament agit seulement chez les porteurs de *Plasmodium vivax*, et non chez les porteurs des autres formes de l'hémamibe *P. malariae* et *P. falciparum*. Un porteur à la fois de P. vivax et de P. falciparum, fut débarrassé du premier, mais non du second ; alors que la quinine agit sur les trois formes.

L'auteur en tire un argument en faveur de la pluralité des germes du paludisme.

Dans la pratique, le médecin connaîtra qu'il convient d'administrer le stovarsol si actif lorsque la rate est perceptible à la palpation, car le P. vivax est le seul qui provoque une hypertrophie notable de la rate.

M. Phisalix.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Pathologie gastro-intestinale, par A. MATHIEU, et J.-C. ROUX. Tome II. 4e éd. revue, corrigée et augmentée par J.-C. ROUX et F. MOUTIER in-8°, 692 p., 10 fig. et 2 pl. hors-texte : 30 fr. (Doin).

L'Odorat, par H. ZWAARDEMAKER, 1 vol. de la Bibliothèque de Psychologie expérimentale, in-16, 312 p., 29 fig. 15 fr. (Doin).

La croissance chez le nourrisson. Accroissement pondéral et statural, par G. VARIOT, in-16, 350 p., 35 fig. : 16 fr. (Doin).

Manuel du candidat aux examens de chirurgien-dentiste. Tome III. **Prothèse.** Prothèse dentaire. Orthodontie. Prothèse chirurgicale, par le Dr E. FRITEAU. 3e éd. in-8°, cart. toile. 832 p., 109 fig. en noir et couleurs, 2 pl. hors-texte : 50 fr. (Doin).

La Saignée. Les rapports du plasma et des liquides interstitiels par le Dr E. BERNARD. in-8°, 204 p., fig. : 22 fr. (Doin).

Précis de Thérapeutique. I. Art de formuler, Médications générales, par P. CARNOT, F. RATHERY et P. HARVIER, in-8° 640 p., br. : 32 fr. (Baillière).

Le Freudisme, exposé et critique par le Dr J. LAUMONIER, in-16 9 fr. (Alcan).

L'Année psychologique, publiée par H. PIÉRON, in-8° 692 p. : 40 fr. (Alcan).

La Biologie de l'Ethique, par MAX NORDAU, in-8° : 15 fr. (Alcan).

Les Grands Mystiques de la Peinture. Giotto, L'Angelico, Rembrandt, Burne Jones, Puvis de Chavannes, par Sirieyx de VILLIERS, in-12, 10 ill, hors-texte : 10 fr. (Editions du Fleuve. Lyon).





Le Gérant: A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 12. Le Numéro : 50 Centimes 21 MARS 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie........... 40 fr
Union postale.............. 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction so[nt] ouverts les Lundi et Vendredi de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 17 *mars.* — M. LEFRAND. Les glycosuries nerveuses expérimentales. — M. POTEZ. Le classifications françaises et allemandes des formes de la tuberculoss. — M. ARNAOUTOVITCH (M.). Neurosyphilis auditives. — M. DAVIDOVITCH (L.). Diagnostic précoce de la syphilis au cours du chancre mixte.

M. PÉCHIN (R.). Désinfection des cancers ulcérés du col utérin. — M. MEAUME (G.). Corps étrangers du duodénum chez l'enfant. — M. ZÉRAH (H.). Etude de l'épiphysite vertébrale de croissance. — M. THIN (G.). Etude de la suture primitive retardée ou primo-secondaire dans le cas d'appendicite à chaud.

(Thèses vétérinaires). — M. ROUSSEAU. Des applications directes de la phagocytose dans le traitement des maladies infectieuses des animaux domestiques. — M. PINEAU. De l'emploi de l'électrargol dans le traitement des maladies du chien.

21 *mars.* — (Thèses vétérinaires). — M. BOKAT. Le purpura hémorragique des femelles de l'espèce bovine. — M. AMIOT. Les injections intraveineuses de chlorure de baryum dans les obstructions des équidés.

Médaille d'honneur des épidémies. — La médaille en argent est décernée à MM. les médecins-majors Rigoulet (31e R.I.), Chabasse (Bordeaux), Helmsch (144e R.I.), Colin (Alger).

Guerre. — M. le médecin inspecteur Delaborde, directeur du Service de santé de la 13e région, a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire, à compter du 5 mars 1925.

— SERVICE DE SANTÉ (Armée active). — Mutations :

Médecin principal de 1re classe. — M. Sallet, médecin chef de l'hôpital Pasteur, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecin principal de 2e classe. — M. Blan, de la place de Nice, est désigné comme médecin chef de l'hôpital militaire Pasteur à Nice et président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Dugrais, du 31e d'infanterie, est affecté au recrutement de la Seine ; Reverchon, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté (pour ordre) au gouvernement militaire de Paris et détaché à la mission militaire française auprès de l'armée hellénique ; Bovier-Lapierre, du 99e d'infanterie, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Jarry, du laboratoire de bactériologie d'Amiens, est affecté au laboratoire de bactériologie de Montpellier ; Franchi, des territoires du Sud algérien, est affecté à la place de Bastia ; Martene, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au 16e chasseurs à cheval à Beaune ; Humblot, du 26e bataillon de chasseurs à pied, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Desplats, de l'armée du Rhin, est affecté à l'armée du Levant ; volontaire ; Louis, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au 3e hussards à Strasbourg ; Dechet, du 166e d'artillerie à pied, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecin aide-major. — M. Bousseau, à l'armée du Levant, est affecté au 110e d'infanterie à Dunkerque. (*J.O.*, 9-10 mars 1925.)

Avis relatif aux stages volontaires que peuvent être autorisés à effectuer aux colonies et sur les théatres d'opérations extérieures les officiers de réserve du corps de santé colonial et métropolitain. — Il est rappelé que la circulaire du 31 août 1920, insérée au *Bulletin Officiel*, p. 3462, autorise les médecins-majors de 2e classe et les médecins aides-majors de 1re et de 2e classe appartenant à la réserve du Corps de santé colonial à accomplir aux colonies et sur les théâtres d'opérations extérieurs des stages volontaires avec solde d'une durée maxima de deux ans.

Ces dispositions sont rendues applicables aux pharmaciens-majors de 2e classe et aux pharmaciens aides-majors de 1re et 2e classe de réserve du corps de santé colonial.

Les médecins et pharmaciens de complément des grades indiqués ci-dessus appartenant aux troupes métropolitaines seront autorisés à bénéficier des dispositions de la circulaire du 31 août 1920, sous la réserve d'avoir au préalable demandé et obtenu leur passage dans la réserve des troupes coloniales. A leur demande de stage devra donc être jointe une demande conditionnelle de passage dans les troupes coloniales (réserve).

Les intéressés devront présenter les conditions d'aptitude physique nécessaires et s'engager à accomplir dans le Service de santé de la colonie ou du théâtre d'opérations pour lesquels ils seront désignés un stage d'au moins deux ans à dater du jour de leur débarquement, hors le cas de maladie dûment constatée.

Ils auront droit aux mêmes indemnités de départ colonial et allocations de solde que les officiers correspondants du cadre actif. Ils seront également traités comme ces derniers, au point de vue du droit aux frais de déplacement, et pourront bénéficier, dans les mêmes conditions, du passage gratuit pour leur famille.

Les demandes, sur lesquelles devra être formulé l'engagement de servir pendant deux ans dans le service actif prévu ci-dessus, devront être adressées par la voie hiérarchique au ministre de la Guerre (8e Direction) appuyées d'un certificat médical de visite et de contre-visite délivré par l'autorité militaire. Elles mentionneront, par ordre de préférence, les colonies ou théâtres d'opérations dans lesquels l'intéressé désire servir.

Les demandes conditionnelles de passage dans les troupes coloniales (réserves) exigées des officiers de complément des troupes métropolitaines seront adressées en même temps au ministre de la Guerre (8e Direction).

Un droit de préférence sera donné aux médecins possédant le diplôme délivré par l'un des Instituts de médecine coloniale de Paris, Marseille et Bordeaux.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser ou écrire à l'Inspection générale du Service de santé, au ministère des Colonies (secrétariat), 27, rue Oudinot, Paris.

Bureau d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Malakoff (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an.

Concours pour des emplois de professeur et de prosecteur dans les écoles du service de santé de la marine. — Des concours seront ouverts, au cours du mois d'octobre 1925, à des dates et dans les ports qui seront fixés ultérieurement, pour les emplois de professeur et prosecteur, énumérés ci-après :

1° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'école annexe de médecine navale de Toulon ;

2° Professeur de physique biologique aux écoles annexes de médecine navale de Brest et Rochefort ;

3° Prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de Brest, Rochefort et Toulon.

La stérilisation des criminels, des débiles et des malades mentaux en Allemagne. — Il semble que les parlements s'intéressent de plus en plus à la question de la stérilisation de sujets atteints de troubles mentaux, tout particulièrement ceux susceptibles d'engendrer des réactions antisociales. Après les Etats-Unis, l'Angleterre, voici que la Saxe a élaboré un projet de loi destiné à réaliser, dans un but d'eugénique, la limitation sinon l'extinction de certaines maladies mentales par la stérilisation au moyen de la vasectomie et de la salpingectomie, interventions qui — au contraire de la castration — ne modifient pas le caractère des opérés, ni les caractères sexuels secondaires. (*Bruxelles médical.*)

Association amicale des anciens médecins des corps combattants. — *Assemblée générale.* — L'assemblée générale aura lieu samedi 28 mars, à 19 heures, à l'Hôtel Lutetia. Elle sera suivie d'un dîner qui sera présidé par le médecin-inspecteur général TOUBERT.

Le 25 mars, à 17 heures, l'Association se rendra au Tombeau du Soldat Inconnu pour ranimer la flamme. Pour tous renseignements s'adresser au Dr FORESTIER, secrétaire général, no 12, rue d'Anjou (8e).

Hôpital de la Charité. — *Maladies des os et des articulations et maladies nerveuses.* M. André LÉRI, professeur agrégé, médecin de la Charité, fait le mardi, à 9 h. 1/2, salle Briquet, une consultation sur les maladies des os et des articulations et les maladies nerveuses.

Hôpital Tenon. — *Cours spécial de curiethérapie et de radiothérapie pénétrante.* — Le Dr PROUST, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs COLIEZ, DARBOIS, HUFNAGEL, HOUDARD, MALLET, MAURER et DE NABIAS, commencera, le lundi 18 mai 1925, à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

Programme du cours : 1re leçon. Lundi 18 mai, M. PROUST, principes généraux de la curiethérapie. — 2e leçon. Mardi 19 mai, M. PROUST, Principes généraux de la radiothérapie pénétrante. — 3e leçon. Mercredi 20 mai, M. MALLET, Propriétés radioactives du radium, Extraction et utilisation de l'émanation. — 4e leçon. Vendredi 22 mai, M. MALLET, Appareils et notation en curiethérapie, Détermination ionométrique du rayonnement Gamma dans les tissus, Technique générale des applications thérapeutiques. — 5e leçon. Samedi 23 mai, M. COLIEZ, Les sources de courant à haute tension en radiothérapie pénétrante. — 6e leçon. Lundi 25 mai, M. COLIEZ, Les appareils de radiothérapie pénétrante. — 7e leçon. Mardi 26 mai, M. MALLET, Ampoules à gaz, Etude du faisceau cathodique, Ampoules à vide, Etude des phénomènes thermo-ioniques. — 8e leçon. Mercredi 27 mai, M. MALLET, Propriétés physiques des rayons X, Etude spectrale du rayonnement. — 9e leçon. Jeudi 28 mai, M. COLIEZ, Etude des lois de la répartition du rayonnement X dans les tissus. — 10e leçon. Vendredi 29 mai, M. COLIEZ, De la mesure pratique du rayonnement X et de son absorption, Ionométrie, Technique générale des applications thérapeutiques. — 11e leçon. Samedi 30 mai, M. HUFNAGEL, Technique générale des biopsies. — 12e leçon. Mardi 2 juin, M. HUFNAGEL, Les examens de laboratoire dans le diagnostic et le traitement des tumeurs. — 13e leçon. Mercredi 3 juin, M. DE NABIAS, Curiethérapie du cancer du col de l'utérus. — 14e leçon. Jeudi 4 juin, M. HOUDARD, Technique de l'application abdominale du radium dans le cancer du col de l'utérus. — 15e leçon. Vendredi 5 juin, M. COLIEZ, Radiothérapie du cancer du col, Bases physiques de l'association de la curiethérapie et de la radiothérapie. — 16e leçon. Samedi 6 juin, MM. PROUST et DE NABIAS, Curiethérapie du cancer du rectum. — 17e leçon. Lundi 8 juin, M. MAURER, Les indications du traitement curiethérapique dans le cancer de la prostate et de la vessie. — 18e leçon. Mardi 9 juin, M. DE NABIAS, Traitement du cancer de la langue. — 19e leçon. Mercredi 10 juin, MM. MALLET et PSAUME, Technique des appareils moulés pour curiethérapie à foyers multiples. — 20e leçon. Jeudi 11 juin, M. PROUST, Radiothérapie et curiethérapie dans le traitement du cancer du sein. — 21e leçon. Vendredi 12 juin, M. PROUST, Radiothérapie des sarcomes. — 22e leçon. Samedi 13 juin, M. MALLET, La radiothérapie et la curiethérapie des chéloïdes et des angiomes. — 23e leçon. Lundi 15 juin, M. DARBOIS, Traitement radiothérapique des fibromes de l'utérus. — 24e leçon. Mardi 16 juin, M. PROUST, Les indications de la radiothérapie dans les tumeurs de la tête et du cou, dans la maladie de Basedow et dans les adénopathies et les tuberculoses chirurgicales.

Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 francs. Se faire inscrire le matin au Laboratoire de curiethérapie de l'hôpital Tenon (Salle Duflocq).

L'empoisonnement par les pommes de terre. — Attention ! et M. René BISSAUGE (1) nous recommande la prudence ; car si les pommes de terre avariées font du tort au bétail et lui valent une dilatation des pupilles avec parésie du train postérieur, il n'est pas dit que chez l'homme des accidents analogues ne puissent se faire jour.

Et M. René BISSAUGE nous donne la clef des troubles observés. Les bonnes pommes de terre, non altérées, renferment de novembre à février de 0 gr. 04 à 0 gr. 06 de solanine par kilogr. Dans les rejetons produits par la germination à l'air des vieilles pommes de terre, le chiffre de solanine monte à 0 gr. 52 par kilogr. Quantité qui est dépassée et plus que doublée dans les pommes de terre vieilles et couvertes de moisissures : 1 gr. 34 de solanine par kilogr. Ce sont les moisissures aidées des ferments microbiens qui produisirent ces résultats fâcheux.

Pour les éviter, l'auteur conseille un certain nombre de précautions hygiéniques : conserver les pommes de terre dans un local sec, obscur, bien ventilé. Séparer les tas de pommes de terre des murs et du sol par une couche de paille sèche, isoler les couches par des lattes, entasser sur une épaisseur réduite. Remuer le tas de temps en temps pour aérer, empêcher la germination, éliminer les tubercules suspects. Et surtout désinfection du local avant l'emmagasinage ; nettoyage du sol et des murs à la brosse et au balai et arrosage avec un mélange de chaux et de sulfate du cuivre ou une solution de formol.

(*Journal des Praticiens* 14 février 1925.)

Nécrologie. — Doctoresse Clotilde MULON. — Dr Armand ROUSSEAU. — Dr GIRONDE, de Lyon.

(1) René BISSAUGE. — Intoxication chez les animaux par les pommes de terre altérées. Orléans, 1925.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangrèneuse et la vaccinothérapie associées.

Par CH. ROUBIER
Professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Lyon.

La thérapeutique de la gangrène pulmonaire s'est enrichie depuis quelques années de nouvelles méthodes qui semblent avoir pris le pas sur les anciennes médications. Parmi ces nouveaux traitements, il y a lieu de réserver une place à part à la sérothérapie antigangréneuse qui a donné dans un certain nombre de cas de brillants résultats (DUFOUR et SÉMELAIGNE, RATHERY et BORDET, HOUZEL et SEVESTRE, WEIL, SEMÉLAIGNE et COSTE, etc.) et à l'arsénothérapie qui conviendrait surtout aux gangrènes pulmonaires fuso-spirillaires (PERRIN).

Quant aux méthodes chirurgicales (pneumothorax artificiel, pneumotomie avec drainage...), elles ne sont de mise, dans les formes pneumoniques de la gangrène, que lorsque le traitement médical a échoué, tandis que les formes pleurétiques sont justiciables de la pleurotomie précoce.

Nous avons eu l'occasion de traiter un certain nombre de malades atteints de gangrène pulmonaire ou de bronchite fétide en associant à la sérothérapie antigangréneuse par voie sous cutanée, les injections d'un auto-vacin préparé avec l'expectoration des malades.

Nous extrayons de la thèse de notre élève FINANCE (1), parue sur ce sujet, deux observations qui semblent assez démonstratives.

OBSERVATION I

Gangrène pulmonaire à évolution subaiguë. Image radioscopique hydro-aérique à la partie supérieure de champ pulmonaire droit. Traitement par la sérothérapie antigangréneuse, puis par l'autovaccinothérapie. Guérison.

C... Français, 46 ans, employé à l'O. T. L. entre à l'hôpital le 15 avril 1924 pour toux et essoufflement.

Antécédents héréditaires : néant.

Personnellement, bonne santé habituelle. Le malade a séjourné aux colonies où il a contracté le paludisme. Il a fait toute la guerre sans être évacué.

L'affection actuelle a débuté il y a 10 jours par un violent point de côté à la base droite, avec frissons et élévation de la température à 40°. Un médecin appelé constate de la submatité et de l'obscurité à la base droite, avec quelques râles crépitants fins, mais pas de souffle.

A *l'entrée*, malade dyspnéique, toussant beaucoup et présentant une expectoration un peu rouillée.

Examen pulmonaire. — A la percussion, à droite, il existe dans la fosse sous-épineuse, une zone nette de matite suspendue ; au sommet et à la base, la sonorite est normale. A l'auscultation, à droite, râles sous-crépitants inspiratoires assez nombreux vers la base et dans l'aisselle ; pas de souffle ; au sommet, le murmure vésiculaire est diminué. En avant, sonorité normale ; on entend des râles sous-crépitants peu nombreux depuis la clavicule jusqu'à la base.

Du côté gauche, sonorité et respiration normales. Expectoration mousseuse légèrement teintée. Température à 39°.

Le 18 *avril* l'examen radioscopique montre à la partie supérieure du champ pulmonaire droit une image hydroaérique très nette : on voit une zone opaque transversale, limitée en bas par un contour régulier, et en haut par une ligne de niveau horizontale, mobile quand on secoue le sujet (fig. I.)

Le malade se plaint de fréquentes quintes de toux suivies d'une expectoration mucopurulente légèrement fétide ; à la percussion, on trouve toujours à droite une zone de matité franche dans la fosse sous-épineuse surmontée d'une zone sonore dans la fosse sus-épineuse. Il existe à ce niveau de l'obscurité respiratoire, sans souffle ni râles, mais on constate très nettement la succussion hippocratique, haut située. A la base et en avant quelques râles sous-crépitants.

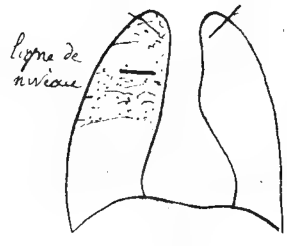
L'haleine du malade n'est pas fétide, mais les crachats le sont nettement.

Une ponction exploratrice faite en pleine zone mate, le long du bord interne de l'omoplate, ramène du pus fétide, dont on retire plusieurs seringues.

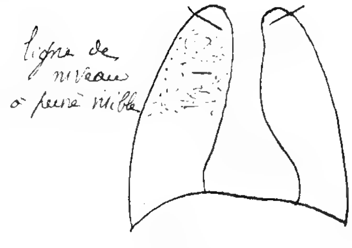
Le 20 *avril*. Le malade passe dans le service de chirurgie. Là, on a fait plusieurs ponctions sans pouvoir retrouver la poche purulente ; aucune intervention n'a été pratiquée. Le malade a, par la suite, présenté une expectoration abondante sous forme de vomique ; depuis, l'expectoration a diminué, elle redevient à certains moments plus abondante et la température s'élève à 38,5 ou 39. Les crachats sont purulents, fétides, teintés de sang.



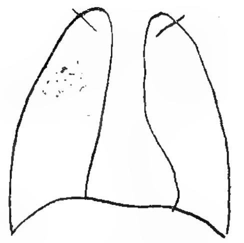
I
(18 avril 1924.)



II
(10 mai 1924)



III
(20 mai 1924)



IV
(16 juin 1924)

Le 10 *mai*. A un nouvel examen radioscopique, l'image hydroaérique est moins nette, mais toute la partie supérieure du champ pulmonaire droit est irrégulièrement opaque (fig. II).

A l'examen clinique, submatité suspendue dans la fosse sous-épineuse, obscurité respiratoire sans souffle ; quelques râles à la fin de l'inspiration. En avant, au sommet, submatité et quelques râles inspiratoires.

L'*examen bactériologique des crachats* a montré l'absence de bacilles de Koch après homogénéisation et l'existence d'une flore microbienne abondante constituée surtout par des anaérobies. Les cultures aérobies donnent surtout des pneumocoques Les cultures dans le vide permettent d'identifier les anaérobies suivants : bacillus ramosus, bacillus funduliformis, staphylococcus parvulus. On note aussi la présence dans les crachats de nombreux micrococcus catarrhalis et staphylocoques.

Le 12 *mai*. Injection sous-cutanée de sérum antigangrèneux (antiperfringens, 20 cmc, antivibrion 10 cmc. anti-œdématiens 10 cmc).

Le 14 *mai*. Injection de sérum semblable à la précédente. L'expectoration du malade est moins fétide ; Température subfébrile.

A l'auscultation, au sommet droit, obscurité respiratoire sans

(1) FINANCE. — Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse et l'auto-vaccinothérapie. (Thèse Lyon, 1924-25, n° 45.)

souffle, léger retentissement de la toux un peu au-dessus de la pointe de l'omoplate. En avant obscurité respiratoire, quelques râles.

Un nouvel examen radioscopique a montré la persistance de l'image hydroaérique, mais plus difficile à voir : au-dessus d'elle, le champ pulmonaire est un peu grisaillé (fig. III).

Le 19 *mai*. Injection de sérum antigangréneux, semblable aux 2 précédentes.

Le 22 *mai*, accidents sériques, érythème prurigineux, purpura aux membres inférieurs.

On commence un traitement par les injections d'un auto-vaccin préparé avec les crachats du malade et contenant par cmc.

Pneumocoques...................., 2 milliards
Micrococcus catarrhalis............. 1 milliard
Staphylocoques.................... 1 milliard

On pratique une injection sous la peau du dos, tous les deux jours, d'abord de 1/2, puis de 1, puis de 2 cmc.

Le 16 *juin*. On a fait une série de 10 injections d'auto vaccin. Le malade n'a pas de fièvre.

L'expectoration est à peu près nulle. L'état général est bon.

A l'auscultation, on perçoit encore quelques râles discrets dans la région sus-épineuse ; le murmure s'entend bien, la sonorité est normale. A la radioscopie, on ne voit plus d'image hydroaérique mais un léger voile vers la partie moyenne du champ pulmonaire droit (fig. IV).

Le malade part en très bon état.

Le 1er *octobre*. On revoit le sujet dont l'état est très bon ; il ne tousse et ne crache pas. Rien d'anormal à l'auscultation. Examen radioscopique négatif.

Le malade est revu en janvier 1925 ; la guérison se maintient.

Observation II.

Gangrène pulmonaire à évolution subaiguë. — Image hydro-aérique à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche. — Traitement par la sérothérapie antigangréneuse et l'auto-vaccinothérapie. Guérison.

M. Jeanne, 37 ans, sans profession, entre à l'hôpital le 2 juin 1924 avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire gauche.

Antécédents. Père mort à 65 ans, d'une maladie de cœur ; mère morte à 36 ans d'affection indéterminée ; deux frères et une sœur en bonne santé. Mariée à 18 ans, mari et 3 enfants bien portants, un autre enfant mort à 21 mois de méningite tuberculeuse.

soir ; l'état général s'altère, l'expectoration est fétide par moment.

A l'*entrée*, malade affaiblie ; facies pâle, amaigri, fièvre à oscillations, sueurs nocturnes abondantes. Pas d'hémoptysies. Haleine fétide. Expectoration abondante mousseuse, avec traînées sanguinolentes, d'odeur désagréable.

Examen pulmonaire. — A *droite*, sonorité normale, murmure normal. A *gauche*, tympanisme au sommet ; au-dessous zone de submatité assez exiguë occupant le sommet de l'aisselle et le 2e espace intercostal en avant. Vibrations normales. A l'auscultation, en arrière le murmure s'entend bien sur toute la hauteur ; quelques râles sous-crépitants à la partie moyenne ; en avant, le murmure est diminué et on entend dans les 2e et 3e espaces, après la toux, des râles présentant un timbre métallique ; pas de souffle amphorique net. En outre quelques sibilances, et peut-être, un peu plus bas, quelques frottements pleuraux.

L'affection date en somme de 15 jours environ et a eu un début brusque. L'haleine est très fétide. L'expectoration abondante, muco-purulente, l'est également. Il n'est pas douteux qu'il s'agisse d'un foyer de gangrène pulmonaire.

L'examen radioscopique montre à la partie moyenne du champ pulmonaire gauche une zone sombre avec, à sa partie supérieure une ligne de niveau horizontale mobile (image hydroaérique) ; les contours de la poche manquent de netteté (fig. 1).

Examen bactériologique des crachats. — Absence de bacilles de Koch après homogénéisation ; flore microbienne variée mais banale (pneumocoques très nombreux, micrococcus catarrhalis, streptocoques, staphylocoques moins nombreux). La culture dans le vide a donné les mêmes microbes (anaérobies facultatifs).

Le 4 *juin*, injection sous-cutanée de 60 cmc. de sérum antigangréneux (sérum antiperfringens, 20 cmc., sérum anti-œdématiens, 20 cmc., sérum anti-hystolitique, 10 cmc., sérum anti-vibrion, 10 cmc.).

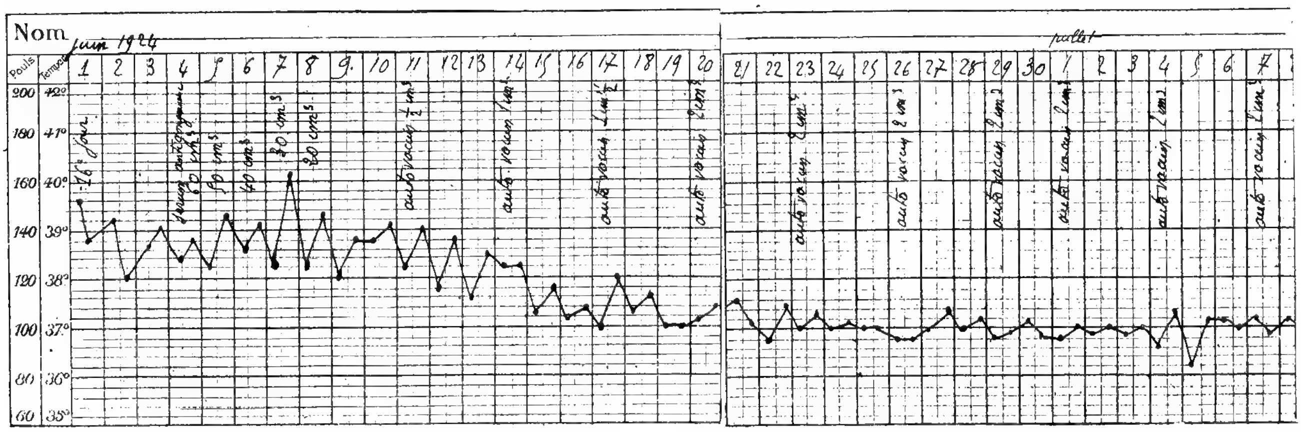
Le 5 *juin*, nouvelle injection de 50 cmc. de sérum (20 de sérum antiperfringens, 10 de chacun des autres).

Le 6 *juin*, nouvelle injection de 40 cmc. (10 cmc. de chaque sérum).

Le 7 *juin*, nouvelle injection de 40 cmc.

L'expectoration est toujours aussi abondante, mais est moins fétide ; il en est de même pour l'haleine.

Persistance de la fièvre entre 38 et 39. L'auscultation permet d'entendre dans la région sous-claviculaire gauche des bruits amphoriques, discrets, lointains ; pas de souffle. En



En 1918, la malade a eu une grippe sévère à forme pulmonaire, avec fièvre élevée, accès de suffocation, lésion du poumon gauche, dont elle se remet très bien ; elle peut ensuite reprendre son travail. Pas d'autres maladies.

L'affection actuelle a débuté le 15 mai 1924 par un point de côté gauche gênant les mouvements de la respiration ; vers le soir, grand frisson, élévation de la température à 40 ; pas de dyspnée notable ; le même jour la toux apparaît, les crachats sont rouillés et adhérents. L'état de la malade reste stationnaire pendant 15 jours ; la température est de 38,9 le matin, de 40 le

arrière, râles humides peu nombreux dans les fosses sus et sous-épineuses.

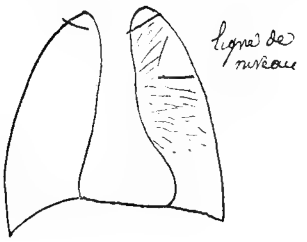
Le 8 *juin*. Injection de 20 cmc. de sérum antigangréneux.

Le 10 *juin*. Mêmes signes d'auscultation. Un *examen radioscopique* montre l'existence d'une opacité assez étendue du côté gauche, surtout prononcée dans la région juxta-hilaire ; les contours du cœur ne sont pas visibles ; en un endroit, situé en dehors vers l'aisselle, on voit une image hydroaérique, avec ligne de niveau très nette oscillant dans les mouvements ; les contours de la poche aérique manquent de netteté. (fig. II)

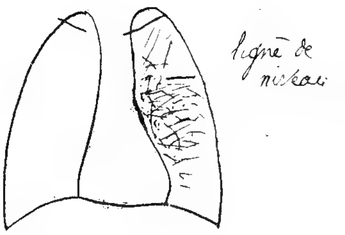
Le 11 *juin*. On a fait préparer, avec les crachats de la malade un auto vaccin renfermant 3 millions de germes par cmc. On en injecte 1/2 cmc,

Le 14 *juin*. On injecte 1 cmc. d'auto-vaccin. L'haleine et l'expectoration sont moins fétides. La température persiste au-dessus de 38.

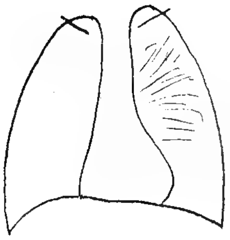
Au sommet gauche en arrière, submatité, râles humides, léger retentissement de la toux ; en avant, dans les 2e et 3e espaces, on perçoit nettement un souffle amphorique ; pas de succussion hippocratique. A la radioscopie, même image hydro-aérique que précédemment.



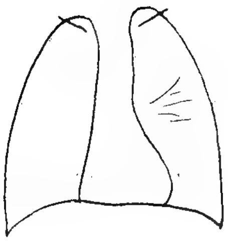
I
(3 juin 1924)



II
(10 juin 1924)



III
(28 juin 1924)



IV
(8 juillet 1924)

Le 21 *juin*. On a pratiqué deux nouvelles injections de 1 cmc. 1/5 et de 2 cmc. d'auto vaccin. La fièvre est tombée progressivement. L'expectoration muco-purulente n'est plus fétide. A l'auscultation, on perçoit toujours en avant un souffle amphorique avec retentissement métallique de la toux.

Les 23 et 26 *juin*, injection de 2 cmc. d'auto-vaccin.

Le 28 *juin*, même injection.

A l'*auscultation*, on perçoit encore en avant un retentissement métallique lointain de la toux, le souffle amphorique et les râles ont disparu.

A la *radioscopie*, on ne voit plus d'image hydroaérique, mais simplement un aspect grisaillé du champ pulmonaire gauche à sa partie moyenne ; les contours du cœur sont redevenus visibles (fig. III).

Le 1er *juillet*. La malade n'a plus de fièvre, ne tousse et ne crache plus ; son poids a augmenté de 2 kg. On continue les injections de l'auto-vaccin.

Le 11 *juillet*. Elle part guérie.

Le 15 *janvier* 1925. On revoit la malade dont l'état se maintient très bon ; elle ne tousse et ne crache pas. Les examens clinique et radioscopique sont complètement négatifs.

Les observations de ces deux malades sont superposables. Tous deux arrivaient à l'hôpital dans un état assez grave, avec de la fièvre à oscillations et un ensemble de symptômes fonctionnels respiratoires ayant fait, chez l'un d'eux, porter le diagnostic de tuberculose. Chez tous deux l'affection avait débuté assez brusquement quinze jours auparavant ; la fétidité de l'haleine et de l'expectoration faisait penser à la gangrène pulmonaire, et ce diagnostic fut confirmé par l'examen complet.

Chez le premier malade, le foyer gangréneux était situé à la partie supérieure du poumon droit ; il existait une zone de matité suspendue dans la fosse sous-épineuse, avec, à cet endroit, de l'obscurité du murmure, et quelques râles sous-crépitants, sans souffle. L'examen radioscopique montrait une belle image hydroaérique, avec ligne de niveau horizontale très mobile (fig. 1).

A une première ponction exploratrice, on eut la chance de tomber sur la poche purulente, et de pouvoir retirer sans difficulté une certaine quantité de pus très fétide, lequel, à l'examen bactériologique se montrait très riche en anaérobies.

Comme il s'agissait d'un foyer gangréneux, interlobaire ou juxtascissural, bien circonscrit, et paraissant contenir une quantité assez importante de pus, on fit passer le malade dans le service de chirurgie ; là, de nouvelles ponctions ne permirent pas de retrouver la poche, et l'intervention fut différée. On traita alors le malade par des injections de sérum antigangréneux (3 injections, 60, 40, 40 cmc.) ; consécutivement la fièvre baissa, l'expectoration devint moins fétide, l'amélioration fut manifeste, mais les signes cliniques et radioscopiques persistaient. On pratiqua alors des injections sous-cutanées d'un auto-vaccin préparé avec l'expectoration du malade et contenant 4 milliards de germes par cmc. Ces injections complétèrent heureusement l'action du sérum antigangréneux ; vingt jours plus tard, la température était redevenue normale, les signes fonctionnels et physiques avaient disparu, la guérison était complète.

Chez la deuxième malade, c'était au sommet gauche que siégeait le foyer ; les signes d'auscultation étaient assez discrets (quelques râles sous-crépitants, souffle amphorique peu net et inconstant dans le 2e espace intercostal en avant). A l'écran, on constatait un gros foyer d'ombre dans la région juxta-hilaire avec une image hydroaérique haut située (fig. I). Les crachats, très fétides, renfermaient une flore microbienne très riche, sans bacilles de Koch. Il s'agissait en somme d'un foyer gangréneux juxta-scissural gauche, à évolution subaiguë. On eut tout d'abord recours à la sérothérapie antigangréneuse (injection sous-cutanées de 60, 50, 40, 40, 20 cmc. de sérum antigangréneux). Ces injections eurent pour effet de diminuer la fétidité des crachats, mais les signes cliniques et radioscopiques persistaient, et paraissaient même s'étendre. On envisagea l'opportunité du pneumothorax artificiel, mais on décida d'essayer préalablement un traitement par les injections d'un auto-vaccin qui avait été préparé avec l'expectoration de la malade. Au bout de plusieurs injections, la fièvre baissa peu à peu, la fétidité de l'haleine et des crachats disparut, et des examens radioscopiques successifs montrèrent bien la disparition progressive de la cavité hydroaériqne. Chez cette malade la sérothérapie n'a pas eu d'influence immédiate sur la marche de l'affection ; l'atténuation progressive des symptômes a coïncidé avec l'auto-vaccinothérapie.

Les formes cliniques de la gangrène pulmonaire sont nombreuses, et le pronostic de cette affection est très variable suivant les cas. A côté des formes rapidement mortelles, sur lesquelles tout traitement reste sans action, il en est d'autres qui s'annoncent comme graves et qui cependant guérissent au bout d'un temps très variable. Cette évolution heureuse se produit-elle sous la seule influence de la *natura medicatrix* ? Ou doit-elle être rapportée à la thérapeutique instituée ? C'est une question

qu'il est permis de se poser chez nos deux malades. On est toutefois obligé de convenir, en examinant la courbe de température et les images radiologiques successives, que l'évolution vers la guérison s'est produite à partir du moment où la sérothérapie et la vaccinothérapie ont été instituées.

Il est bon à ce propos de remarquer que ces deux méthodes de traitement ne peuvent être considérées comme à proprement parler spécifiques de la gangrène pulmonaire.

1) La *sérothérapie antigangréneuse*, qui compte à son actif des résultats incontestables, fait en général intervenir une action non spécifique.

En effet les microbes auxquels s'adressent ces sérums sont les anaérobies de la gangrène gazeuse des membres (B. perfringens, B. histolyticus, B. œdematiens, vibrion septique), et non ceux de la gangrène pulmonaire. La flore microbienne de l'expectoration gangréneuse est en effet toute différente : c'est une flore aéro-anaérobie très riche et très variée dans laquelle prédominent souvent les bacilles du type ramosus ; quant aux bacilles perfringens et histolytique, ils n'y ont été rencontrés qu'assez exceptionnellement.

Dans notre observation I, les cultures aérobies donnaient de nombreux pneumocoques, des micrococcus catarrhalis, et des staphylocoques. Les cultures dans le vide ont permis d'identifier les anaérobies suivants : bacillus ramosus, bacillus funduliformis, staphylococcus parvulus,

Dans l'observation II, les cultures aérobies donnaient une flore variée mais banale (pneumocoques nombreux, streptocoques, staphylocoques, etc...) ; les cultures dans le vide donnaient les mêmes microbes qui se comportaient comme des *anaérobies facultatifs*.

Comme le sérum antigangréneux n'est pas en général spécifiquement adapté à la flore de la gangrène pulmonaire, on a pu se demander s'il n'agirait pas, comme toute protéinothérapie, par choc hémoclasique. Dans nos observations nous n'avons pas noté de réactions violentes qu'on puisse assimiler à un choc véritable ; d'ailleurs de semblables réactions ne sont guère à rechercher chez des malades dont l'état général est très atteint.

Le sérum antigangréneux agirait-il par une action paraspécifique ? C'est un mode d'action invoqué par certains auteurs qui pensent que par exemple le sérum antiperfringens n'agirait pas seulement contre le bacille perfringens lui-même mais aussi contre d'autres anaérobies. Suivant Nicolle, le sérum antigangréneux agirait par action d'antitoxines qui seraient communes aux germes de la gangrène gazeuse et de la gangrène pulmonaire, mais provoquées spécifiquement par les germes de la première.

Cette action paraspécifique est très discutable pour d'autres auteurs qui considèrent la sérothérapie comme spécifique jusqu'à plus ample informé. Dans les observations où cette sérothérapie antigangréneuse s'est montrée active, on pourrait alors émettre l'hypothèse que l'un des germes (B. perfringens, etc..., entrant dans la composition du sérum était en cause et que, si on ne l'a pas mis en évidence dans l'expectoration, c'est parce que la technique d'identification des anaérobies est très délicate et très longue.

On pourrait multiplier les hypothèses.

2) La *vaccinothérapie*, telle que nous l'avons instituée, ne saurait être considérée comme une médication absolument spécifique. Il est difficile en effet de préparer des auto-vaccins aussi riches en microbes aéro-anaérobies que le foyer sphacélique lui-même.

Pour nos malades, ces vaccins ont été préparés à partir des germes contenus dans l'expectoration après culture, puis atténuation par la chaleur. Par suite, ils adressent non pas tant aux microbes spécifiques gangréneux qu'aux germes d'association secondaire (pneumocoques, streptocoques...). Dès qu'elles sont formées, les cavités gangréneuses ne tardent pas à être envahies par les germes contenus dans les voies respiratoires. Ces germes très variés jouent certainement, par leur association, un rôle sinon dans la formation, du moins dans l'extension du foyer de sphacèle. L'exemple du bacille du tétanos, ne se développant *in vivo* que s'il est associé à d'autres microbes, montre bien l'importance des associations microbiennes dans le développement des maladies infectieuses. Toute thérapeutique dirigée contre ces associations tend à favoriser la résistance du sujet et à renforcer son action défensive.

Les auto-vaccins que nous avons utilisés contiennent 3 à 4 milliards de germes par cmc., les injections en sont pratiquées tous les 3 jours par voie sous-cutanée, en commençant par la dose de 1/2, puis de 1 cmc. pour atteindre ensuite 1 1/2 et 2 cmc. Ces injections, qui complètent heureusement celles du sérum antigangréneux sont en général bien tolérées.

On a parfois signalé des phénomènes de choc à la suite d'injections d'auto-vaccins dans les affections pulmonaires (Minet et Benoit). Nous n'en avons pas observé dans les cas qui nous occupent, mais, pour être moins rapide, ce traitement n'en fut pas moins heureux.

La vaccinothérapie a pu être continuée quelque temps après la guérison des malades, dans le but de prévenir une nouvelle atteinte. La gangrène pulmonaire évolue parfois par poussées successives, et les rechutes sont à craindre ; la deuxième atteinte est alors souvent bien plus grave que la première. Nos deux malades ont été réexaminés à plusieurs reprises au double point de vue clinique et radioscopique ; chez tous deux la guérison se maintient complète depuis plus de 8 mois. Tout porte à croire qu'elle sera définitive.

A propos du traitement du tétanos,

Par le Dr Henri PAILLARD (de Vittel)
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris.

J'ai lu avec grand intérêt l'excellent article du professeur agrégé André PHILIBERT dans le *Progrès Médical* du 7 février 1925 sur le traitement du tétanos. Je m'associe à la plupart de ses conclusions thérapeutiques, surtout en ce qui concerne le traitement chirurgical très soigneux de la plaie, la nécessité de la sérothérapie sous-cutanée, les médications symptomatiques. Sur ce dernier point, cependant, je suis en désaccord précis avec lui, en ce qui concerne la *balnéothérapie*.

A. PHILIBERT écrit «... La thérapeutique doit donc tendre à supprimer, espacer ou atténuer ces crises convulsives. On sait que le bruit, un choc, bref toutes les excitations sensorielles peuvent en provoquer l'apparition. Pour soustraire le tétanique à ces excitations, il faut donc l'*isoler dans une chambre obscure, silencieuse* et *éviter avec soin de le déplacer* : il ne faut, en particulier, jamais baigner un tétanique, ce serait l'exposer à la mort »

Le premier cas de tétanos que j'ai observé remonte à 18 ans ; j'étais alors (en 1907) interne à la Charité ; depuis, avant, pendant et après la guerre, j'ai observé trente-cinq cas de tétanos environ ; à une ou deux exceptions

près, j'ai adjoint à la thérapeutique l'emploi des bains chauds et je m'en suis tellement bien trouvé que je ne puis laisser passer, sans protester, l'affirmation de mon éminent maître et ami A. PHILIBERT.

J'ai publié deux articles sur le traitement du tétanos : dans le *Bulletin général de thérapeutique* en mai 1919 (1), et surtout dans le *Journal médical français* en décembre 1919 (2) ; en 1918, le Dr A. LAVALLEY (3) a consacré, sur mes indications, sa thèse inaugurale au traitement du tétanos et reproduit quelques-unes de mes observations.

Je transcris ci-après le paragraphe que j'ai consacré au traitement sédatif (réalisation du calme autour du malade et bains chauds).

A. *Le calme autour du malade*. C'est à juste titre que le tétanique est toujours placé dans une pièce relativement isolée des bruits avoisinants, pièce où l'on réalise une demi-obscurité et dans laquelle doit seule se trouver l'infirmière à laquelle est confié le malade. Il est de toute nécessité que le tétanique soit veillé sans répit, mais on évitera les visites importunes, les examens inutiles. Il suffit de si peu de chose pour réveiller les crises que la rigueur de cette prescription doit être acceptée d'une façon formelle.

B. *Les bains chauds*. Nous avons eu l'occasion de pratiquer la balnéothérapie pour la première fois. en 1907, dans un cas de tétanos subaigu consécutif à des excoriations du pied, et nous avons été dès lors frappé de l'action sédative considérable du bain sur les contractures, tant au point de vue subjectif qu'au point de vue objectif.

Le bain doit être *chaud*, 38° à 40°, et maintenu tel pendant toute sa durée ; il doit être *prolongé*, trente à quarante minutes il doit être *répété*, toutes les trois heures environ.

De multiples précautions sont à prendre. Le tétanique est en perpétuelle imminence de crise ; il doit être remué et manié doucement ; la baignoire doit être à côté du lit ou à quelques pas. Un infirmier robuste suffit habituellement pour la manœuvre. Lorsqu'on dépose le malade dans la baignoire, il ne peut s'y asseoir, et, en raison de la contracture, il ne repose que sur les talons et sur l'occiput ; aussi est-il nécessaire de disposer sous le siège, soit une large cuvette renversée, soit une petite pile de briques. Il est bon de passer en permanence une main sous le cou du malade, ou, au moins, de disposer, entre la nuque et le bord supérieur de la baignoire, quelques serviettes pliées en coussinet. Enfin, la plaie sera protégée, du mieux possible, par un imperméable fixé avec un adhésif ; si l'étanchéité absolue ne peut être assurée, et, sauf s'il s'agit de plaies très infectables (articulations ou foyer osseux), on ne s'en préoccupera pas outre mesure et on se contentera d'additionner l'eau du bain d'un peu de sublimé.

Après le bain, le malade doit être transporté dans son lit, roulé dans un drap chaud et une couverture qu'on ne retirera qu'au bout d'une demi-heure ou de trois quarts d'heure ; la chemise du tétanique doit être une chemise à fente postérieure dont on le revêt sans l'asseoir.

Le premier bain est parfois un peu désagréable ; le malade le trouve trop chaud, s'agite un peu, il faut parfois le retirer au bout d'un quart d'heure. Il y a une accoutumance à réaliser : il est rare qu'elle ne soit pas obtenue au deuxième ou au troisième bain. On voit alors la contracture s'atténuer de minute en minute ; le malade « descend dans la baignoire » ; au bout de quelques instants, on peut retirer, si l'on veut, la cuvette ou les briques : le malade est assis ; il peut remuer doucement ses membres, fléchir ou tourner la tête ; parfois il demande à boire quelques gorgées de liquide ; parfois il urine dans son bain. Il éprouve une sensation de sédation réelle telle qu'il *réclamera* maintenant avec insistance les bains suivants. Cette sédation se prolonge après le bain, et le malade peut ainsi attendre une ou deux heures sans éprouver le retour des crampes lombo-dorsales, si pénibles, ou des crampes du membre blessé. Parfois le malade s'endort, ce qui est le meilleur indice d'optimisme au point de vue du pronostic, et il est bien entendu qu'il faut respecter ce sommeil, quitte à retarder le bain suivant.

Pour tous les cas de tétanos que nous avons soignés (et abstraction faites des formes suraiguës), nous avons toujours vu les bains réaliser cette action sédative, amplement reconnue par le malade lui-même. Sans doute, dans les formations sanitaires, la balnéothérapie n'est pas partout possible, mais il est désirable de ne rien négliger pour pouvoir l'instituer ; il suffit d'avoir vu souffrir des tétaniques pour comprendre combien est chose considérable le soulagement qu'on peut leur apporter.

Ainsi donc, si nous nous trouvons d'accord, A. PHILIBERT et moi, pour reconnaître l'absolue nécessité d'apporter au tétanique le calme et la sédation (ce qui est d'ailleurs universellement admis), A. PHILIBERT pense que le bain est dangereux et j'estime au contraire que, donné dans certaines conditions, il est bienfaisant.

L'observation de ces conditions est nécessaire, de toute évidence ; transporter brutalement un tétanique, le plonger dans un bain froid sont des fautes impardonnables ; donner un bain trop chaud, ne pas assurer un soutien au siège du tétanique raidi sont également des fautes qui font plus que compromettre le succès du traitement. J'ai eu la chance d'être secondé, dans les soins que j'ai donnés à mes tétaniques, par deux infirmières anglaises dont la compétence et le dévouement furent hors pair, d'être secondé également par un infirmier robuste et doux. J'ai *personnellement assisté* à plus de cent bains donnés à des tétaniques et il a été donné plus d'un millier de bains à mes malades. Je n'ai jamais vu qu'un bain bien donné mette le malade en danger de mort ; j'ai toujours vu le bain amener une sédation des contractures et un mieux-être tel que, dans la majorité des cas, le malade réclamait ses bains et se plaignait parfois qu'on mît trop d'intervalle entre deux bains.

Tous les cas de tétanos ne sont pas également accessibles à la thérapeutique. Il est des cas de tétanos suraigu, d'emblée hyperthermiques, qui tuent en 2 à 4 jours ; tous ceux que nous avons observés, malgré le diagnostic précoce et la thérapeutique intensive, se sont terminés par la mort, il est des tétanos atténués qui, malgré la généralisation des contractures, ne donnent lieu qu'à une faible réaction thermique et guérissent presque toujours ; ce sont ceux qui font honneur aux statistiques globales, ce sont les plus fréquents des tétanos post sériques ; il est des tétanos aigus dont le pronostic reste hésitant pendant les 5 ou 6 premiers jours et qui, bien soignés, guérissent dans un grand nombre de cas ; nous dirions volontiers qu'un tétanique qui a dépassé le 6e jour de sa maladie, a, sauf complications, de sérieuses chances de guérir.

Je reproduis ces lignes par lesquelles débute un de mes articles précités ; pour juger en matière de thérapeutique du tétanos, il faut avoir observé un nombre assez important de cas ; le médecin qui n'aurait vu que des formes suraiguës, celui qui n'aurait observé que des formes atténuées, seraient mal placés l'un et l'autre pour donner une opinion valable sur le traitement du tétanos. Personnellement, j'ai conscience d'avoir vu une gamme très étendue de formes cliniques et j'ai suivi d'assez près le traitement pour pouvoir donner, à propos de la balnéothérapie, une opinion très ferme.

Aussi ai-je pensé que ces lignes valaient la peine d'être soumises aux lecteurs du *Progrès médical* ; je serai très heureux si le Professeur agrégé Philibert veut bien, en confrontant ses observations avec les miennes, détailler

(1) H. PAILLARD. — Traitement du tétanos. (*Bulletin général de thérapeutique*, mai 1919, p. 477.)

(2) J. CASTAIGNE et H. PAILLARD. — Le tétanos (notions apportées ou précisées par l'expérience de la guerre). (*Journal Médical français*, décembre 1919. p. 493.)

(3) Alphonse LAVALLEY. — Contribution à l'étude du traitement du tétanos). *Thèse de Montpellier*, 1918, Firmin et Montane.)

l'idée qu'il a émise à propos de la balnéothérapie des tétaniques ; je suis tellement persuadé de ses heureux effets que je regretterais de voir cette thérapeutique abandonnée, après l'article si utile et si autorisé d'A. Philibert.

CLINIQUE MÉDICALE

Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu (1)

Par M. **GRENET**.

Ce n'est pas une description du rhumatisme articulaire aigu que je veux vous donner : l'ensemble de ses signes est assez connu pour lui conserver son allure de maladie infectieuse *autonome* et *spécifique*.

J'insisterai seulement sur quelques symptômes qui sont mal ou peu connus, comme aussi sur certaines formes anormales, qui posent d'intéressants problèmes de diagnostic.

Vous connaissez bien les grands caractères du rhumatisme articulaire aigu, sur lesquels on insiste toujours, et à juste titre ; l'*angine* du début est classique, précédant des *douleurs*, vagues d'abord, dans la continuité des membres, pour se localiser ensuite aux articulations. Les *arthropathies* apparaissent, et c'est le fait capital : on ne saurait trop revenir sur ce qu'elles sont fluxionnaires, mobiles. Le rhumatisme articulaire aigu reste avant tout une polyarthrite mobile. Le tableau se complète si l'on ajoute la pâleur, l'anémie, les sueurs. Il est même jusqu'aux *complications* qui contribuent à donner au rhumatisme son autonomie : complications endopéricardiques, si fréquentes : complications pleuro-pulmonaires parfois ; complications nerveuses, rares, mais si graves.

Mais vous remarquez le peu de place qu'on fait aux *troubles digestifs*. Il n'en est même pas fait mention dans les traités classiques, ou bien l'on signale au contraire l'absence ou le peu d'importance de ces signes. Mises à part l'angine du début et la constipation de la période d'état, on passe sur l'atteinte des voies digestives : je me suis attaché à montrer précisément que cette opinion classique devait être en partie révisée, et j'ai signalé la fréquence de la *diarrhée*. En effet, l'angine, admise par tous, ne se rencontre pourtant que dans 1/3 des cas. La *diarrhée* se retrouve exactement dans la même proportion. Mes premières statistiques datent des années de guerre : sans doute les soldats atteints étaient-ils peut-être prédisposés à l'atteinte digestive par une nourriture déficiente. En tous cas, plus récemment, la diarrhée m'a paru se retrouver avec une fréquence à peu près aussi grande.

C'est une diarrhée pré-arthropathique : elle précède les arthropathies de 8 à 15 jours ; elle cesse d'ordinaire brusquement à leur apparition soit le jour même, soit un ou deux jours avant. Plus rarement, elle persiste jusqu'au lendemain du début des arthropathies. Cette diarrhée séreuse, non douloureuse, parfois assez abondante, est un symptôme curieux, qui montre peut-être, comme l'angine, que la porte d'entrée du virus rhumatismal pourrait bien siéger dans le tube digestif.

Deux de nos malades ont présenté cette diarrhée pré-arthropathique. L'un n'eut pas d'angine, mais pendant 8 jours avant son entrée à la salle La Rochefoucauld, en août 1923, il avait eu de la diarrhée, qui l'avait beaucoup gêné et qui avait brusquement cessé à l'apparition d'un rhumatisme polyarticulaire ; celle-ci a du reste guéri fort bien par le salicylate de soude, sans laisser de séquelles cardiaques. Un autre malade, dont nous aurons à reparler, ne fit pas d'angine, mais eut une diarrhée assez abondante, qui dura 48 heures, coïncidant avec le début des arthropathies, ainsi qu'avec d'autres symptômes graves sur lesquels nous reviendrons.

Cette diarrhée n'est que du début. A la période d'état, le rhumatisme ne comporte qu'une légère constipation.

Mais si la diarrhée n'aggrave en rien le rhumatisme, dont elle n'est qu'un symptôme, il est d'autres troubles digestifs bien plus bruyants et inquiétants : ce sont les *réactions péritonéales*. A la vérité, elles sont très rares, mais on ne les trouve signalées par aucun des auteurs classiques. Lasègue indiquait même cette intégrité du péritoine s'opposant aux autres déterminations du rhumatisme sur les séreuses, quand il disait plaisamment : « Le péritoine, ce gros insouciant à l'égard du rhumatisme... ». Vous verrez cependant les anciens parler de la « péritonite rhumatismale » mais il n'en faut pas tenir compte : il s'agit là de toute autre chose ; n'oubliez pas qu'alors était rhumatismal tout ce qu'on ne pouvait expliquer !

Je peux vous rapporter deux cas de réactions péritonéales au cours du rhumatisme articulaire aigu, qui n'ont pas laissé d'être impressionnants. Des douleurs abdominales, de la fièvre, de la défense musculaire de la fosse iliaque droite, prouvaient l'atteinte du péritoine : la douleur y était plus diffuse que dans l'appendicite. Cette réaction péricæcale survenait dans un cas au moment de la première atteinte rhumatismale, au moment d'une rechute dans l'autre cas. L'évolution en a été bénigne, et tout a disparu en 48 heures, en même temps que les arthropathies cédaient au salicylate de soude.

Certains d'entre vous ont pu observer semblables phénomènes, chez une jeune fille actuellement alitée dans la salle E. Dupré. C'est une ancienne rhumatisante, dont la crise actuelle a commencé 8 jours avant son entrée à l'hôpital, par de l'angine, du malaise, puis des douleurs articulaires. Pendant 4 à 5 jours, elle a eu des vomissements verdâtres, abondants, avec de légères douleurs abdominales. Le ventre était cependant souple et non douloureux lorsque nous l'avons examinée.

Ce sont là des faits qui sont rares au cours du rhumatisme articulaire aigu, mais qui doivent être connus car ils peuvent égarer complètement le diagnostic. Il faut savoir aussi que ces réactions péritonéales ne comportent aucune gravité spéciale, et disparaissent en 24 ou 48 heures.

Vous ne trouverez pas davantage mention dans les Traités de médecine des *troubles hépatiques* du rhumatisme. Ce sont encore des symptômes rares, mais que vous pourrez rencontrer. Dans deux cas, j'ai assisté à l'évolution d'un *ictère vrai*, avec pigments biliaires dans les urines, décoloration des matières. Ces ictères, survenus en pleine poussée arthropathique, ont disparu rapidement. Un cas analogue a été rapporté par Crouzon et Le Play, à la Société médicale des Hôpitaux, le 27 décembre 1907 : il s'agissait d'un ictère avec pigment rouge brun dans les urines, avec gros foie et grosse rate, ictère débutant au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu.

L'appareil digestif peut donc traduire son atteinte au

(1) Leçon faite par M. le Dr Grenet, le 20 décembre 1924, à l'amphithéâtre des cours de l'Hôpital Laënnec, et recueillie par M. Pellissier, interne du service.

cours du rhumatisme articulaire aigu. Si les classiques contemporains négligent ces troubles, les anciens auteurs les signalaient et Stoll les a notés.

Mais, plus près de nous, on trouve un témoignage important : celui de M. H. Triboulet, qui a dépouillé les observations de son père. Ce dernier connaissait l'atteinte digestive au cours du rhumatisme, et la consignait dans ses observations. Son fils écrit : « Dans près de 200 observations par moi dépouillées jusqu'à ce jour, je trouve, à propos de cas de rhumatisme articulaire aigu, *dans plus de la moitié des cas* : gros intestin douloureux, gaz et selles fétides, glaires, langue chargée, subictère. »

Vous voyez donc que si j'ai insisté sur ces faits mal connus, je ne suis pas seul à les avoir constatés.

* * *

J'en viens maintenant à des cas non moins intéressants : ce sont ceux où des troubles digestifs associés à des signes généraux intenses caractérisent des *formes anormales du rhumatisme*, d'une intensité particulière et d'un diagnostic fort difficile.

En voici une observation remarquable. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, que j'ai suivi avec mon interne Weiss. Il est arrivé le 30 décembre 1923 à l'hôpital pour une épistaxis, de la prostration, et une fièvre progressivement ascendante, avec quelques petites douleurs articulaires. Une diarrhée abondante, le gargouillement de la fosse iliaque droite, la langue blanche et sèche, les lèvres fuligineuses, la température à 40°, le pouls à 100, les urines bouillon sale, la prostration profonde, tout autorisait à porter le diagnostic de fièvre typhoïde, avec quelques arthropathies

Le 4 janvier, le tableau semblait se compléter, puisqu'avec une température à 40°. on notait un pouls battant à 104 — et dicrote.

Le 7 janvier, je lis sur l'observation : « Température 39°2, pouls 95, dicrote ; prostration ; rate percutable sur 5 travers de doigt ». Les douleurs articulaires ont cessé. Mais un nouveau signe apparaît : la raideur de la nuque et le signe de Kernig. Dès lors, la chute de la fièvre a lieu en lysis, sous l'influence du salicylate du soude.

Il faut bien noter que pendant cette évolution la diarrhée a disparu, et surtout que l'hémoculture est restée négative. En temps utile, le séro-diagnostic fut demandé à deux laboratoires différents, et il fut deux fois négatif. Voilà qui obligea à se rappeler les douleurs articulaires du début, et à soulever l'hypothèse de rhumatisme articulaire. La suite de l'histoire vérifia ce diagnostic de rhumatisme. Dès le 12 janvier, on constatait l'éclat du premier bruit aortique, le deuxième bruit étant voilé. Puis une rechute survint, qui ne toucha que relativement peu les articulations, à peine gonflées, mais les signes cardiaques s'aggravaient, et notre jeune malade a quitté l'hôpital le 2 février, porteur d'une maladie mitrale.

Vous voyez donc que ce malade avait présenté un syndrome typhoïde aussi accusé que possible, au cours duquel de vagues arthropathies ne purent être rattachées au rhumatisme articulaire aigu que par une rechute articulaire typique — et une endocardite ultérieure.

C'est là, véritablement, une *forme typhoïde du rhumatisme articulaire aigu*, où les symptômes articulaires sont masqués d'abord par des signes généraux simulant l'infection éberthienne.

Or l'intérêt de cette forme anormale de rhumatisme vient précisément de sa ressemblance avec les cas de fièvre typhoïde où l'on trouve des arthropathies. J'ai publié avec Fortineau des cas de paratyphoïdes A et B avec manifestations arthropathiques. Un de nos malades nous arriva avec le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu et la paratyphoïde ne fut reconnue qu'au moment d'une rechute. Par ailleurs, ces manifestations articulaires, pouvant aller jusqu'à l'arthro-typhus sont signalées par divers auteurs, et Guillain, Laroche et Libert ainsi que Thiroloix en ont récemment publié des observations. L'atteinte des articulations peut ici égarer le diagnostic, et faire penser au rhumatisme, quand il s'agit de fièvre typhoïde.

Vous retiendrez de ces faits qu'il y a une *forme typhoïde* du rhumatisme, fort difficile à différencier de la fièvre typhoïde, d'autant plus difficile à reconnaître qu'il existe des fièvres typhoïdes avec arthropathies. Cette difficulté diagnostique méritait d'attirer l'attention sur cette forme particulière du rhumatisme articulaire aigu.

* * *

Mais une autre forme anormale, non moins intéressante, est celle qu'on a appelée le *rhumatisme spinal*. C'est une association d'arthropathies diverses avec des troubles méningo-myélitiques : rachialgie, raideur, et même paraplégie. Il y a longtemps déjà que ces faits sont connus, puisqu'on les trouve signalés par Trousseau, par Ollivier et Ranvier, par Rendu.

Si je tiens à vous parler de ce rhumatisme spinal, c'est qu'il pose lui aussi des problèmes de diagnostic. En effet, comment l'erreur ne serait-elle pas possible avec des myélites vraies accompagnées d'arthropathies ? Rendu insiste sur ce point.

Tout à l'heure, je vous parlais d'un cas de rhumatisme à forme typhoïde dans lequel nous avions trouvé de la raideur de la nuque et le signe de Kernig, symptômes qui appartiennent à la série des faits dont je vous entretiens maintenant. S'agit-il là d'arthrite vertébrale ? Il se peut. En tous cas, l'*irritation méningée* peut devenir plus marquée : c'est ce qui s'est passé chez cette jeune malade de la salle E. Dupré dont je vous parlais à propos des réactions péritonéales. Cette jeune fille de 19 ans nous est arrivée avec une fièvre à 40° et de grandes douleurs dans le tronc : douleurs vertébrales et dorso-lombaires très violentes, accrues encore par la pression. La hanche et le genou droits étaient aussi douloureux Mais surtout ces douleurs irradiaient au domaine du nerf sciatique droit.

Il en résultait une immobilisation presque complète de la malade, et il était presque impossible de l'asseoir pour l'ausculter.

Il y avait plus : le signe de Kernig se retrouvait chez elle nettement, et nous pouvions ainsi poser le diagnostic de *rhumatisme spinal avec réaction méningée*.

Cette malade en était d'ailleurs à sa deuxième crise rhumatismale, et elle gardait de sa première crise un souffle d'insuffisance mitrale. Elle a reçu du salicylate à haute dose, et même en injections intraveineuses. Fièvre et douleurs ont disparu avec ce traitement. Au contraire, et comme il arrive souvent, l'endocarde a vu son atteinte se compléter : un assourdissement des bruits du cœur, puis l'apparition d'un double souffle à la pointe et même d'un dédoublement du deuxième bruit, ont amplement marqué qu'il y a eu poussée évolutive au niveau de l'endocarde.

Cette cardite évolutive ne peut que juger davantage la nature rhumatismale aiguë de cette forme un peu particulière, puisqu'elle a juxtaposé des arthropathies vertébrales, des douleurs sciatiques, une réaction méningée.

◆◆

Nobécourt a décrit des faits voisins : c'est le *rhumatisme cervico-sciatique*, avec douleur de la nuque et sciatique, et où la ponction lombaire montre souvent de la lymphocytose rachidienne. Il n'y a là qu'une question de localisation : cervicales ou dorso-lombaires, ces formes sont toujours du *rhumatisme spinal*.

Vous voyez ainsi que la participation méningée n'est pas une très grande exception. Vous vous rendez compte de ce fait qu'à côté des grands symptômes classiques il y a toutes sortes de petits signes utiles à connaître à cause des erreurs de diagnostic qu'ils peuvent engendrer.

Souvenez-vous des troubles digestifs, moins rares qu'on ne le dit dans le rhumatisme articulaire aigu.

N'oubliez pas que le rhumatisme frappe les séreuses — toutes les séreuses — jusques et y compris le péritoine et les méninges.

Je vous ai montré que l'association de ces divers symptômes peut créer des formes anormales de rhumatisme articulaire aigu — formes typhoïdes, formes spinales avec réaction méningée. Et vous avez vu toute la difficulté qu'on peut trouver à ne pas confondre ces formes anormales avec une fièvre typhoïde à signes articulaires, avec une méningo-myélite authentique compliquée d'arthropathies, et à rapporter, perdues comme elles le sont dans les symptômes graves d'atteinte générale, les arthropathies à leur cause véritable, le rhumatisme articulaire aigu.

ACTUALITÉS

La Saignée

La saignée est vieille comme le monde. Et cependant aucun travail d'ensemble n'avait été entrepris jusqu'ici qui tentât de montrer les effets réels de cette pratique et le mécanisme de leur production. *Quand faut-il saigner* ? Quel peut être *le volume* d'une saignée ? Quels changements la saignée fait-elle subir au *pouls, à la respiration, aux globules rouges, aux échanges* ? La saignée modifie-t-elle vraiment la *tension artérielle* et, quand elle la modifie, quelle est la raison et la durée de cette variation ? Quelle est l'action de la saignée sur la *tension veineuse* ? La saignée, par le vide qu'elle entraîne dans le système circulatoire, *n'aspire-t-elle pas les œdèmes périphériques* ? Comment la saignée influence-t-elle *la diurèse* ? Est-ce par *une action antitoxique* qu'elle agit dans l'urémie nerveuse ?

Tels sont, entre autres, quelques-uns des problèmes que M. Etienne Bernard aborde dans un livre (1) qui se présente à la fois comme *une étude scientifique* minutieuse utilisant les moyens de recherche les plus modernes pour analyser les mouvements des liquides organiques et comme *une œuvre pratique* qui montre à tout médecin le but réel qu'il doit viser en faisant une saignée.

Voici les conclusions du livre de M. E. Bernard.

« I. La pratique de la saignée, basée d'abord sur l'empirisme et appuyée sur la tradition, est utilisée à outrance dans la suite au nom des théories sur la phlegmasie, puis rejetée avec excès au nom de l'anémie. Elle est actuellement libérée de tout dogme et se justifie d'elle-même par les résultats immédiats que la clinique nous offre chaque jour.

II. Ses indications sont conditionnées par des symptômes plus que par des affections. Au premier rang de ces symptômes, l'hypertension veineuse avec orthopnée, cyanose, oligurie, œdèmes. Ces signes traduisent l'insuffisance cardiaque, qu'elle soit primitive ou secondaire. Chez les rénaux, la saignée est indiquée au cours des défaillances myocardiques qui compromettent l'élimination rénale, au cours de grands accidents : asthme cardiaque, œdème aigu du poumon, au cours de crises hypertensives.

III. Il est impossible d'établir *a priori* le volume d'une saignée. Il faut tenir compte des symptômes à combattre et de l'état du sujet. Une saignée de 600 à 800 grammes peut être considérée comme une moyenne. En général, une saignée unique suffit. Il s'agit de faire franchir au malade une étape dangereuse. Cette indication, souvent impérieuse, peut, si l'écoulement veineux est insuffisant, commander l'artériotomie.

IV. Les données de la physiologie ne permettent pas de prédire les effets d'une saignée. Que l'on envisage la quantité de sang soustrayable sans danger, les effets que produit la saignée sur le pouls, sur la respiration et sur les échanges, les variations qu'elle entraîne sur les éléments figurés du sang, la soif qu'elle provoque ou non, nous voyons que le plus souvent les réponses que nous obtenons sont différentes de celles annoncées par les physiologistes, de toute la différence du point de départ, sensiblement normal dans un cas, pathologique dans l'autre.

En particulier, le phénomène de la soif observé constamment après les hémorragies chez les sujets non œdématiés, n'est pas constaté chez les malades porteurs d'œdèmes. Ici, après la spoliation, il est fait appel aux liquides de composition cellulaire : la soif apparaît. Là, les mailles du tissu conjonctif contiennent des réserves de liquides pour rétablir l'équilibre humoral, la soif n'apparaît pas.

V. La tension artérielle est loin d'être toujours impressionnée par la saignée, sur vingt-huit observations, nous voyons que dans vingt cas elle ne varie pas. Dans trois cas, la saignée est suivie d'une augmentation de la tension différentielle. Dans cinq cas, elle produit une chute importante de la tension : deux fois temporaire, trois fois définitive.

Lorsque la tension s'est abaissée, nous avons pu voir jouer trois facteurs :

a) L'importance de la saignée, mais seulement d'une façon certaine, quand celle-ci dépassait 1.000 grammes ;

b) La rapidité de la saignée qui entraîne dans certains cas des accidents comparables au shock ;

c) Une diminution individuelle de la tonicité normale des vasomoteurs.

Au point de vue clinique, nous avons vu lors d'hypertensions permanentes le caractère inutile, peut-être même nuisible, de la saignée qui peut rompre un processus de défense.

La saignée au cours des crises hypertensives, réservée en l'absence d'accidents, contre-indiquée dans l'hémorragie cérébrale, est exigée au cours de la dyspnée paroxystique et des accidents nerveux à forme convulsive. Dans ces cas, en jugulant l'hypertension paroxystique, la saignée fait disparaître tous les symptômes morbides.

VI. Contrairement à ce qui passe au niveau des artères, la saignée abaisse toujours la pression dans les veines. Cet abaissement est moins fonction du volume de la saignée que de l'hypertension veineuse au point de départ et de la réductibilité de cette dernière. Au point de vue pratique, il faut distinguer les chutes qui se maintiennent et où le malade guérit, des chutes qui sont transitoires et où l'asystolie continue.

VII. Après la saignée, la masse du sang tend à se séparer grâce à l'afflux des liquides organiques. Cet afflux entraîne une dilution sanguine.

Etudiée surtout par l'abaissement de l'indice réfractométrique du sérum (car ces liquides contiennent de 30 à 50 fois moins d'albumine que le plasma) cette dilution chez l'homme comme chez l'animal est fonction de la durée de la saignée et du volume de la saignée. Les expériences de saignée totale sur l'animal nous ont montré que la courbe de dilution qui descend d'abord rapidement tend à devenir horizontale. Un moment arrive où les phénomènes de régulation s'épuisent. La dilution est très souvent aussi fonction de l'albumine du sérum au point de départ, car il y a des concentrations initiales qui se laissent facilement réduire et des hydrémies qui résistent à une plus grande dilution. Le volume des liquides qui viennent rétablir le volume de la masse sanguine peut être supposé plus que précisé. Ces liquides proviennent de la lymphe, des humeurs inters-

(1) Et. Bernard. — *La Saignée*. Les rapports du plasma et des liquides interstitiels, 1 vol. in-8° de 212 pages avec graphiques : 22 fr. (G. Doin, éditeur, Paris.)

BIBLIOGRAPHIE

Les Petits Précis, publiés sous la direction du Dr A. CANTONNET. Chaque volume in-18. Prix : 8 fr. 50. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, 27, Paris.

La vie devient de plus en plus rapide, et plus cette rapidité s'intensifie, moins nous disposons de temps de repos et moins nous lisons. Mais la lecture est indispensable surtout au médecin qui doit se tenir au courant de la science et qui doit aussi par des lectures fréquentes entretenir son savoir. C'est d'après ces condidérations que MM. A. Maloine et fils ont eu l'idée de demander à M. le Dr A. Cantonnet de présider à la publication « Des petits précis » : Minimum indispensable, bagage scientifique irréductible, peu de mots, beaucoup d'idées, des formules, des figures, le tout en un style télégraphique, style très clair, dont tous les mots inutiles sont exclus ; huit volumes viennent de paraître : *L'Ophtalmologie du praticien* du Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste de Cochin, 76 figures, cinquième édition française, 6 éditions étrangères ; *La Chirurgie d'urgence*, par LEVEUF, chirurgien des hôpitaux, dans lequel l'auteur insiste particulièrement sur le diagnostic précoce, base du succès en chirurgie ; *L'Urologie*, par E.-L. GAUTIER, assistant du service d'urologie de l'hôpital Cochin. Mettre le praticien à même d'agir à bon escient, soit en traitant luimême son malade, soit en le dirigeant à temps vers le spécialiste, ce précis répond parfaitement à ce double but, de nombreuses figures originales illustrent le texte : Le Foie, Le Pancréas, Le Rein, par le Dr Henri RENDU, médecin de l'hôpital Saint-Joseph : cours de descriptions anatomiques et brèves indications physiologiques. Examen physique. Examen fonctionnel. Etude analytique des différentes maladies surtout symptomatologie et diagnostic, la thérapeutique usuelle.

Les Cures climatiques et hydrominérales, par A. MOUGEOT (de Royat). Le praticien dans ce volume trouvera dans le minimum de temps la réponse à la question de savoir quelle cure est à conseiller au malade d'après le diagnostic, le tempérament et le terrain. L'étudiant tout ce qui peut lui être demandé à l'examen. Un index donne les renseignements pratiques. Une carte indique l'emplacement des stations

Le Poumon tuberculeux, par Paul CANTONNET. — *Première partie* : Généralités admises. Revue de la tuberculose des nourrissons, de l'enfant et de l'adulte. Symptomatologie, diagnostic, évolution, remarques nombreuses, soulignent l'importance de quantité des problèmes qui se posent quotidiennement dans la clienètle. — *Seconde partie* : Traitement et prophylaxie par les procédés les plus récents ; en résumé, vingt années d'expérience dans la poche.

La Syphilis acquise et héréditaire, par le Pr LOISELET de la Faculté libre de Lille. Compendium des travaux les plus récents, le chapitre diagnostic bactériologique donne les connaissances suffisantes au praticien pour tirer parti des données du laboratoire. La chimiothérapie arsenicale et bismuthique sont étudiées avec soin. Le « bon vieux Mercure n'est pas oublié », L'ouvrage se termine par deux courts chapitres « Prophylaxie et syphilis, mariage ».

Sérums et vaccins, par BEAUVY, chef de laboratoire à Cochin. Cette thérapeutique étant en perpétuel remaniement, l'auteur a condensé les connaissances actuelles. Après une revue des sérums aussi bien ceux d'action éprouvée, que ceux qui sont à l'étude, l'auteur examine un à un la plupart des vaccins. L'ouvrage se termine par un chapitre sur la transfusion du sang, un formulaire et la législation. Aucune question nouvelle n' a été oubliée « Les sérums des convalescents. La vaccination diphtérique. Les cures de désensibilisation ».

Le cancer. *Technique de la thérapeutique médicale moderne*, par Joseph LERICHE. 1 vol. Prix : 6 fr. (A. Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe.)

Après un exposé rapide des diverses considérations étiologiques sur lesquelles repose la thérapeutique très rationnelle qu'il a instituée l'auteur fait un exposé intégral de toute sa technique et rapporte à l'appui des observations de cancéreux qui démontrent l'opportunité et la haute valeur spécifique de la médication mise en œuvre.

(*Voir la suite page 4 6.*)

titielles, de l'eau de composition cellulaire. Nous avons, chez l'animal, pratiqué des injections intrapéritonéales ou sous-cutanées de liquides dont la composition se rapprochait des liquides d'œdème et nous avons obtenu une exagération de la dilution.

Le phénomène de la dilution sanguine après la saignée éclaire le mécanisme des rapports du plasma avec les liquides interstitiels, courants physiologiques qui sont une sauvegarde au cours des déséquilibres humoraux et que nous n'avons vu en défaut que dans des cas exceptionnels (chez l'homme, au cours d'une asystolie irréductible, quelques heures avant la mort ; chez l'animal, à la suite d'injections traumatisantes intrapéritonéales).

VIII. Loin de diminuer la diurèse, la saignée, chez les asystoliques, active l'élimination urinaire. En faisant affluer dans le courant sanguin les liquides d'œdème, elle lève le barrage ; en augmentant la pression différentielle, elle accroît l'énergie cardiaque : en diminuant la pression veineuse, elle atténue la stase, au niveau du rein en particulier. La vitesse du sang en est accrue et si le rein ne présente pas de lésions importantes, le débit de l'urine y varie en proportion du débit du sang.

IX. Cette polyurie entraîne la fonte des œdèmes. La courbe du poids et la courbe de diurèse se croisent automatiquement. Mais, alors chez les uns la fonte des œdèmes est immédiate et accélérée, chez d'autres, elle se déclanche lentement et présente des irrégularités. Ces différences sont soulignées par l'analyse de la concentration du sérum qui montre ici, après un court abaissement, une élévation rapide, là des oscillations qui rendent compte que la résorption des œdèmes se fait par échelons. Le mécanisme qui conditionne cette résorption est essentiellement d'ordre physique et déclanche les phénomènes suivants : vide après la saignée dans le courant sanguin, d'où afflux des liquides extravasés ; arrêt de l'exosmose par diminution de la stase ; production d'endosmose par augmentation de la vitesse du sang.

X. La saignée prépare l'action des toni-cardiaques en réduisant un barrage au niveau de la petite circulation, au niveau du rein, au niveau des tissus. En faisant affluer dans le courant sanguin les liquides extravasés, la saignée lève le barrage des résistances capillaires. A ces titres son action est à rapprocher de celle des ponctions séreuses et des purgatifs drastiques.

Mais la saignée à elle seule, dans certains cas, peut réduire tous les symptômes de l'asystolie. Son action est alors à rapprocher de celle de la digitale. En diminuant l'hypertension veineuse, elle accroît la tonicité cardiaque, et d'autre part, en provoquant l'endosmose des liquides d'œdème, elle produit le même effet que la digitale dans le premier temps de son action diurétique.

En modifiant la proportion des albumines du sérum par rapport à l'eau, il n'est pas impossible qu'elle impressionne d'une façon directe la diurèse comme les diurétiques qui agissent directement sur la sécrétion aqueuse.

Son action déplétive est toujours favorisée par la restriction des boissons.

La morphine complète souvent d'une façon heureuse son action sur tes troubles fonctionnels.

XI. La saignée n'a-t-elle qu'une action physique ? Son action antitoxique est classique.

Cependant la saignée ne fait pas diminuer l'azotémie. La saignée est indiquée dans les manifestations éclamptiques de l'urémie. Le démembrement de l'urémie nerveuse montre que ces accidents convulsifs relèvent de la chlorurémie ou de l'hypertension artérielle, et non pas de la rétention azotée. Si la saignée a une action héroïque dans l'urémie convulsive, c'est en jugulant les crises hypertensives et en produisant une action déplétive sur l'œdème aigu cérébral.

XII. L'étude des effets de la saignée séreuse chez les malades œdématiés montre qu'après une ponction d'ascite les liquides d'œdème font irruption dans le sang. Leur migration est différente selon les cas. Chez les cirrhotiques, les liquides gagnent le péritoine pour reformer l'ascite. Chez les cardiaques, dans les bons cas, ils gagnent directement le rein.

Ce déplacement des hydropisies entraîne chez les cirrhotiques une chute de l'albumine du sérum qui atteint son maximum quelques heures après la ponction, puis le sang se concentre à nouveau, car en peu de temps, l'équilibre est rétabli entre l'eau puisée au niveau du tissu cellulaire et l'eau épanchée dans la séreuse ; chez le cardiaque, cette chute se prolonge pendant deux ou trois jours, car l'issue est au niveau du rein qui ne peut débiter immédiatement la masse des liquides afflués dans le sang : dans ce dernier cas, la concentration ultérieure est beaucoup plus complète, car la fonte des hydropisies est totale.

Après la saignée séreuse, comme après la saignée, la dilution du sérum, qui existe toujours, témoigne de l'étape sanguine de la résorption des œdèmes, à l'origine de laquelle un même mécanisme peut-être invoqué : levée d'un barrage, chute de l'hypertension veineuse, siphonnage des liquides extravasés. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 mars

Sur la vaccination antisyphilitique. — *M. Doléris* complète la communication de décembre dernier sur la syphilis expérimentale du lama et apporte des détails précis sur la technique employée par les deux savants argentins MM. Jaureguy et Lanceletti, en les faisant précéder d'une documentation abondante sur l'historique de la maladie observée chez le lama au Pérou sous le règne des Aimaras et des Incas et au moment de la conquête du pays par Pizarre.

Cette donnée, vérifiée largement, a permis de constater que la syphilis évolue chez le lama comme chez l'homme, mais avec beaucoup plus de rapidité et se termine au bout de trois ans environ par des phénomènes nerveux très graves qui amènent la mort en quelques jours.

Sur cette base assurée et constante, les auteurs ont pu effectuer, par une heureuse combinaison de procédés de laboratoire utilisés par les chercheurs français, italiens et allemands, d'abord la culture pure du germe spécifique dans le sérum humain en anaérobiose ; puis l'atténuation graduée de ce même organisme par la chaleur à 41° et au-dessus et la vaccination de l'animal en expérience. Celui-ci, une fois immunisé, devient fournisseur du sérum curatif pour la syphilis du lama, en périodes primitives et secondaires.

La guérison s'effectue en quelques semaines. Après quatre mois elle se vérifie par l'aptitude de l'animal à contracter de nouveau la maladie et par les réactions biologiques connues.

Dans leurs recherches sur l'immunité, MM. Jaureguy et Lanceletti ont surtout utilisé les expériences de Levaditi et Noguchi. Si jusqu'ici la vaccination n'a produit qu'un effet temporaire et veut être répétée au bout d'un certain temps, la guérison par le sérum reste définitive. Des animaux ainsi traités depuis sept ans sont demeurés totalement indemnes. Ce fait est d'extrême importance.

Chez l'homme des résultats encourageants ont été obtenus, mais il est nécessaire d'attendre l'épreuve du temps.

Ces expériences seront contrôlées et continuées à l'Institut Pasteur de Paris dont M. Roux a aimablement ouvert les portes aux expérimentateurs argentins.

L'envoi à Paris d'un lot important de lamas, les uns vaccinés les autres vierges de toute expérience, provenant des confins de la Bolivie, est en voie de préparation.

De nouveaux résultats pourront sans doute être publiés au cours de l'année.

M. Jeanselme. — Les recherches dont il est fait part à l'Académie sont du plus haut intérêt. Mais, surtout en ce qui concerne les conséquences qu'elles peuvent entraîner en thérapeutique humaine, elles doivent être longuement contrôlées.

Mode d'action des rayons X sur les cellules. Peut on modifier expérimentalement la radiosensibilité ? *M. J. Jolly.* — Un objet très radiosensible, comme le ganglion poplité du lapin, séparé de ses connexions vasculaires ou qu'on a privé de l'afflux san-

guin par la ligature des artères afférentes, manifeste des lésions moindres que le ganglion témoin de l'autre patte irradié par le même faisceau. La cellule ne subit donc pas l'effet des radiations d'une manière simplement passive. L'isolement, qui a diminué la vitalité du ganglion, ne l'a pas rendu moins résistant et plus altérable par les rayons. La cellule, même la plus radiosensible, a besoin, pour réagir, de conserver sa vitalité et sa nutrition dans toute leur intégrité.

La radiosensibilité d'une cellule dépend, non seulement de l'espèce cellulaire, mais des conditions physiologiques particulières dans lesquelles se trouve placée cette cellule au moment de l'irradiation. Il paraît donc possible d'agir sur la radiosensibilité au lieu de profiter simplement des conditions plus ou moins favorables que nous offrent l'espèce cellulaire et le stade d'évolution cellulaire.

Les expériences précédentes paraissent donner raison aux auteurs qui admettent que l'action des rayons X sur la cellule est une action indirecte due à des substances toxiques mises en liberté et véhiculées par le sang. Mais il n'en est rien. L'action nocive des rayons X est avant tout une action directe sur la cellule. Si, en effet, on protège convenablement un organe sensible comme le ganglion poplité du lapin, une irradiation intense du reste de l'animal ne provoque pas de lésions dans l'organe protégé. Sans nier absolument l'intervention secondaire de substances toxiques mises en liberté à distance par les rayons et transportées par le sang, on peut dire que cette action toxique, admise aujourd'hui par beaucoup d'auteurs, n'apparaît guère jusqu'ici dans les expériences bien conduites.

Photographie et cinématographie du larynx. — *M. Marage* expose des expériences qu'il a faites sur le fonctionnement du larynx.

Il s'agit de savoir quel est le rôle particulier du larynx et de la bouche dans la formation des voyelles.

Première expérience : M. Marage annule le rôle de la bouche en la remplissant de stents qui est la substance dont se servent les dentistes pour prendre les empreintes. Dans ces conditions, le sujet peut parfaitement émettre les cinq voyelles fondamentales OU, O, A, E, I.

Deuxième expérience : Quand on enlève le larynx d'un chien chloroformé, cet organe reste vivant pendant quelques minutes ; si on fait contracter par un courant électrique les divers muscles, et si en même temps on fait passer dans le larynx un courant d'air chaud et humide, on entend les aboiements de l'animal comme s'il était vivant. L'organe en entier change de forme à chaque note. Donc le larynx seul, dans la bouche, peut produire ces vibrations.

Troisième expérience : Que se passe t-il dans le larynx ? Pour résoudre cette question, M. Marage a cinématographié les cordes vocales avec le concours de M. Vlès et de Mme Marage et François-Franck. Le très beau film qui a été obtenu et qui est projeté permet non seulement de faire voir merveilleusement les cordes vocales à tout un auditoire, mais encore il permet d'étudier à loisir les vibrations des cordes vocales, leurs changements de longueur et de largeur et les variations de forme du larynx pendant la phonation.

Lampe à rayons ultraviolets pouvant être introduite à l'intérieur du corps. — M. Jean *Saidman*.

La mécanique mathématique doit être le suprême point de vue de l'esprit scientifique pour édifier l'anthropomètre normal abstrait. — M. *Roussy*.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 6 mars 1925.

Sérum zonateux et varicelle (à propos du procès-verbal). — M. *Netter* à la suite de la communication de MM. Sicard et Paraf, conteste la dualité étiologique du zona et de la varicelle, dont les auteurs n'ont pas apporté selon lui une preuve. On sait en effet, notamment en botanique, qu'une souche commune peut donner des manifestations différentes suivant certaines conditions et M. Netter cite comme exemple les rapports étroits entre la vaccine et la variole.

M. *Lesné* insiste sur la séro-prophylaxie de la varicelle. Il existe parfois des insuccès, mais en général quand l'injection est faite avec du sérum prélevé le 4e et 5e jour après la chute de la température, on a des grandes chances d'agir favorablement.

M. *Rist* rappelle les rapports anatomo-pathologiques entre les vésicules de zona et de varicelle.

Ostéite géodique généralisée, type Recklinghausen. Lipiodol intra-médullaire osseux. — MM. *Sicard* et *Chauveau* présentent les pièces anatomiques d'un cas d'ostéite généralisée du type Recklinghausen. Les constatations macroscopiques et histologiques montrent qu'il ne s'agit pas en réalité de kystes intra-osseux, mais bien de véritables géodes, à cavités pleines d'un tissu mou et feutré, sans myéloplaxes.

La maladie osseuse a évolué pendant trois ans. Elle s'est accompagnée de tuméfaction peu douloureuse du tibia et du fémur. Trois fractures spontanées, siégeant sur le péroné droit, le fémur gauche et l'humérus gauche ont précédé de quelques jours la mort. Les examens radiologiques sont caractéristiques. Les cavités géodiques se dessinent remarquablement. L'injection de lipiodol dans le canal médullaire du tibia a permis de constater le ramollissement extrême de l'os. La ponction trans-osseuse a pu se faire directement à l'aide d'une simple aiguille. L'image lipiodolée du canal osseux et des géodes pourra vraisemblablement, avec l'aide d'observations plus nombreuses de lipiodol intra-médullaire osseux, apporter au diagnostic un appoint radiologique intéressant.

Septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne, filtrat ; streptococcique intra-veineux ; immuno-transfusion. Guérison. — Mlle *Bass*, MM. *Guy-Bonnet* et *Marcel Lévy-Weissmann* rapportent l'observation d'un malade atteint de septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne. Toutes les thérapeutiques classiques ayant échoué, on entreprit des injections intra-veineuses de filtrat streptococcique de Besredka ; très rapidement l'hémoculture devint négative. Comme cependant l'état général restait grave, il fut pratiqué deux transfusions simples et quatre immuno-transfusions ; après trois des immuno-transfusions, apparurent en 24 heures des collections purulentes ; l'influence sur la courbe thermique fut cependant des plus nettes, et après la dernière transfusion l'apyrexie se maintint définitivement. Les auteurs insistent sur ce fait que les collections survenues après les immuno-transfusions se sont toutes produites au voisinage de collections antérieures ; ils supposent que les tissus préalablement infectés auraient subi une sorte de vaccination locale sous l'action des antivirus mis en liberté dans l'organisme du donneur.

Diabète insipide traité par la protéinothérapie. — M. *Hatzieganu*.

Abcès amibien gangréneux du poumon droit, indépendant d'un abcès amibien latent du foie, chez un ancien colonial. — MM. *G. Caussade* et *André Tardieu* ont assisté à l'évolution gangréneuse, en sept jours, d'un abcès dysentérique du poumon droit. L'amibiase avait été contractée au Tonkin, huit ans auparavant. La localisation pulmonaire était totalement indépendante d'un autre abcès amibien, siégeant dans le foie, et qui demeura latent jusqu'à la mort.

Du point de vue clinique, seule la gangrène pulmonaire attirait toute l'attention. Elle débuta par une vomique abondante (500 cc.), à la suite de laquelle s'installa, définitivement, la fétidité de l'haleine. L'expectoration était celle de la gangrène : elle se disposait selon les trois couches classiques de Traube, et ne présentait aucun des caractères du pus amibien. La persistance de la fétidité jusqu'à la mort, permit d'éliminer le diagnostic de gangrène passagère, d'observation si banale, lors de l'ouverture d'un abcès amibien.

De même, à l'autopsie, l'aspect de cet abcès pulmonaire était celui d'une gangrène intraparenchymateuse (cavernes creusées dans un tissu putrilagineux, friable, déliquescent, verdâtre et fétide).

Dans un fragment de la paroi caverneuse en partie épargné par le processus escarotique, des amibes, retrouvées sur les coupes, ont seules permis d'établir, sans conteste possible, la véritable nature de cet abcès gangréneux du poumon.

Deux particularités à noter: d'une part, la concomitance d'un pneumothorax à soupape, siégeant à côté de l'abcès et demeuré aseptique et sec pendant toute l'évolution du foyer gangréneux. D'autre part, la présence transitoire de la symbiose fuso-spirillaire dans les crachats.

La flore microbienne était abondante et variée (cocci prenant le Gram et cultivant en anaérobie ; colibacilles, tetragènes et leptothrix).

L'émétine, le sérum de Weinberg (même en injections intraveineuses) à doses croissantes, et la teinture d'ail, furent inefficaces.

Un cas de mort après injection intra-veineuse de somnifène. — MM. *A. Ravina et L. Girot* attirent l'attention sur le danger que peuvent présenter les injections intra-veineuses de somnifène.

Ils rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une agitation considérable d'origine éthylique qui reçut une injection de 10 cmc. de somnifène introduite dans la circulation veineuse en 3 minutes.

La malade s'endort au cours de l'injection et repose pendant 12 heures d'un sommeil tranquille sans aucune altération du pouls ni de la respiration. A ce moment, son faciès s'altère, sa respiration s'embarrasse et elle meurt en quelques instants après une élévation thermique dépassant 40 degrés.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion organique ; aussi semble-t-il difficile de ne pas établir un rapport entre l'injection intraveineuse et cette mort rapide avec hyperthermie.

Il y a sans doute lieu de n'employer qu'avec une extrême prudence le somnifène intra-veineux aux doses et dans les conditions actuellement indiquées par de nombreux auteurs.

M. *Flandin* signale un cas d'intoxication chronique par le somnifène. Il s'agit d'un grand blessé de la face qui avait pris pendant 3 mois soixante gouttes de somnifène chaque soir et présentait des signes cliniques pouvant faire penser à une paralysie générale au début. La suppression du somnifène amena la guérison complète. Une ponction lombaire montra l'intégrité du liquide céphalo-rachidien.

Evolution scléreuse de la spléno-pneumonie tuberculeuse de l'enfant avec dilatation bronchique secondaire. — MM. *Armand Delille, R. Lévy et Julien Marie* rapportent l'observation de deux cas de spléno-pneumonie bronchique qui ont abouti à la sclérose pulmonaire. L'examen radioscopique après injection intra-trachéale de lipiodol a montré la constatation de volumineuses dilatations bronchiques qui s'étaient constituées à l'intérieur du tissu de sclérose qui a agi comme agent de distension excentrique. Ils insistent sur l'importance de l'examen après lipiodol qui seul permet de déceler l'apparition de ces lésions.

M. *Sergent* a rapporté un cas semblable.

Présentation d'un nouveau modèle de stéthoscope bi-auriculaire. M. *Armand-Delille* présente un nouveau modèle de stéthoscope bi-auriculaire construit sur ses indications par la maison Colin, donnant une transmission parfaite des bruits thoraciques.

Syndromes de la cérébrale antérieure. — MM. *Ch. Foix* et *P. Hillemand* présentent des pièces anatomiques de ramollissement de la cérébrale antérieure. Ces auteurs, après avoir précisé le trajet et le territoire de cette artère, montrent que pour réaliser un de ces syndromes, il faut une oblitération complète et étendue du tronc vasculaire siégeant en général au niveau du genou du corps calleux. Presque toujours cette oblitération réalise un ramollissement important quoiqu'incomplet du territoire artériel. Le ramollissement peut être cortico-sous-cortical léser le corps calleux et respecter relativement le cortex. Plus rarement on observe un ramollissement de tout le territoire avec un ramollisement du territoire de l'une des branches. Au point de vue clinique trois syndromes peuvent s'observer :

Une monoplégie crurale à prédominance distale pouvant ou non s'améliorer ;

Une hémiplégie à grosse prédominance crurale ;

Une hémiplégie ou une monoplégie à prédominance crurale avec phénomène apraxiques unilatéraux, toujours situés du côté gauche quel que soit le siège cérébral droit ou gauche de la lésion. Ce dernier syndrome réalise donc l'apraxie d'origine calleuse et son individualisation permet donc de pénétrer plus avant dans l'étude de l'apraxie.

Rôle vraisemblable du splénium dans la pathogénie de l'alexie pure par lésion de la cérébrale postérieure — MM. *Ch. Foix* et *Hillemand* rapportent un cas de lésion du cuneus et de la face inférieure du cerveau gauche par oblitération de l'artère cérébrale postérieure, dans lequel il n'existait pas d'alexie; contrairement à ce qui arrive en général en pareil cas. Or le splénium du corps calleux était indemne. Il est vraisemblable que celui-ci joue un rôle dans la pathogénie de l'alexie pure.

Séance du 13 mars 1925.

A propos des injections intra-veineuses de somnifène. — *M. Crouzon*, qui a employé à maintes reprises le somnifène, n'a jamais eu à déplorer des cas de mort. Toutefois il ne l'a jamais utilisé dans les cas d'insuffisance rénale, ni chez les scléreux et les séniles. Il n'a jamais constaté d'intolérance et pour éviter les accidents possibles, recommande l'emploi des doses de 5 cc. soit par voie intra-veineuse, soit par voie intra-musculaire.

Dans certains cas, notamment dans la démence précoce, l'auteur rappelle qu'on a signalé des cas de mort par pneumonie de déglutition.

Septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne. — *M. Laubry* a propos de la communication de Mlle Bas, Gay-Bonnet et Marcel Lévy-Weismann, fait des réserves sur l'existence de l'endocardite maligne. Quant au traitement, dans un cas, il a eu échec thérapeutique, dans l'autre le pronostic reste réservé.

Abcès pulmonaire. — *MM. L. Babonneix et Maurice Lévy* présentent les pièces d'un sujet ayant succombé à une dyspnée progressive. A la radiographie, on avait constaté l'existence d'une opacité de forme non circulaire, localisée à la partie inférieure du poumon droit. A l'autopsie, abcès pulmonaire à pus visqueux, mais ne renfermant pas d'amibes.

Pleurésie enkystée simulant aux rayons X un kyste hydatique du poumon. — *MM. L. Babonneix, Pollet et Maurice Lévy* rapportent l'observation d'un malade chez lequel les résultats de la radiographie permettaient de penser à un kyste hydatique du poumon. Il existait, en effet, dans le champ pulmonaire gauche, une ombre correctement circulaire, et comme tracée au compas. A l'opération, pleurésie enkystée.

De tels faits, pour rares qu'ils soient, doivent être bien connus. Ils montrent que les constatations, aux rayons, d'une opacité arrondie dans un champ pulmonaire ne suffit pas, à elle seule, à faire porter le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

Recherches sur la toxine streptococcique et la réaction de Dick. — *M. Jean Paraf* a préparé en partant de streptocoques isolés de scarlatineux une toxine selon la méthode de Dick et a pratiqué des intra-dermo-réactions avec des dilutions de cette toxine.

La réaction s'est toujours montrée négative chez les scarlatineux convalescents.

Chez l'adulte la réaction est positive dans 33 % des cas, proportions analogues à celle de Zoeller, inférieure à celle des Américains (41 %). Chez le nourrisson, négative dans les premiers mois, la réaction devient positive après la première année.

Pendant cette période il y a parallélisme entre les réactions de la mère et l'enfant.

Les toxines préparées avec des streptocoques hémolytiques non scarlatineux (endocardite, érésypèle, infection puerpérale) ont donné des résultats analogues.

Essai de traitement de la syphilis par voie buccale à l'aide du dérivé formylé de l'acide méta-amino-para-oxyphénylarsinique (tréparsol). — *MM. Ch. Flandin et Clément Simon.* — A propos de nouvelles observations qui s'ajoutent à celles qu'à déjà publiées Clément Simon, les auteurs font une étude d'ensemble de la nouvelle médication spécifique par l'ingestion de tréparsol.

Après avoir rappelé la constitution chimique de ce médicament et montré en quoi il ressemble au 606 et en quoi il en diffère ; après avoir montré aussi les différences qui le distinguent des autres dérivés de l'acide arsénique, ils étudient sa toxicité chez l'animal et chez l'homme. Ils montrent qu'il est efficace dans le nagana des souris et la spirillose des poules, maladies qui se comportent à l'égard des médicaments, comme la syphilis. Chez l'homme, il s'emploie exclusivement par voie buccale. Son action sur les manifestations primaires, secondaires et tertiaires est supérieure comme rapidité à celle du bismuth. Elle est comparable à celle des injections intra-veineuses de 914. Son action sur la réaction de Wassermann à la phase présérologique semble plus constante que celle du bismuth et du 914. A la phase sérologique du chancre et à la période du chancre, il ramène les courbes à la négativité, au cours de la première série de traitement, dans un pourcentage de cas supérieur au pourcentage obtenu avec le bismuth et au moins égal à celui du 914. Quant à la rapidité avec laquelle cette négativation est obtenue, elle est plus grande avec le tréparsol qu'avec le bismuth et peut-être qu'avec le 914.

Toutefois, les récidives sérologiques semblent plus fréquentes avec le tréparsol qu'avec le bismuth. Le tréparsol est, à ce point de vue, comparable au 914. Il paraît en être de même sur les récidives cliniques.

Le tréparsol est un médicament commode et efficace pour le traitement des femmes enceintes. Dans les syphilis viscérales il paraît remarquablement toléré, à condition de commencer par des doses faibles. Son action est rapide et profonde ; il semble utile de la prolonger par des cures successives ou par l'association du mercure ou du bismuth.

Dans le traitement de l'hérédo-syphilis, le tréparsol paraît être le traitement de choix. La voie buccale est à tous points de vue la meilleure pour les enfants.

Enfin, dans l'armée, dans les campagnes, aux colonies, partout où les injections sont difficiles à réaliser, la médication par voie buccale peut rendre les plus grands services.

En somme, au moins aussi actif et plus inoffensif que les méthodes actuellement employées, le tréparsol paraît réaliser un progrès intéressant dans la thérapeutique de la syphilis à toutes ses périodes.

M. Marcel Pinard, tout en reconnaissant l'intérêt de cette nouvelle médication, attire l'attention, sur le fait de la possibilité d'accidents parfois inquiétants si les malades ne sont pas surveillés.

Asthme et tachycardie paroxystique. — *MM. Ch. Laubry et Mussio Fournier*. — Après avoir rappelé les rapports bien établis entre l'asthme et certains états morbides comme l'eczéma et l'urticaire, les rapports plus discutés entre l'asthme et l'angine de poitrine, les auteurs présentent huit observations cliniques qui semblent établir de façon très nette la parenté entre l'asthme et la tachycardie paroxystique essentielle. Dans un premier groupe de faits, les crises de tachycardie alternent de façon plus ou moins régulière avec l'asthme mais de façon constante et continue, pendant toute la vie. Dans un second groupe, l'alternance est unique et définitive : l'asthme survient soit dans l'enfance, soit tardivement, sévit pendant des années, s'apaise et fait place aux troubles cardiaques.

Ces faits s'accordent avec les idées actuelles qui envisagent chacune des deux manifestations, asthme et tachycardie, non pas seulement comme l'expression d'une vagotonie ou d'une sympathicotonie respiratoire ou circulatoire, mais comme l'expression d'un déséquilibre du tonus du système végétatif tout entier. Rien d'étonnant à ce que, chez un même sujet, ce déséquilibre se fixe tour à tour sur un appareil différent.

De leurs observations, les auteurs tirent quelques conclusions dont quelques-unes offrent un intérêt pratique, puisque certaines médications qui ont fait leurs preuves dans le traitement de l'asthme, comme la médication colloïdo-classique ou le gardénal, pourraient être logiquement employées dans le traitement de la tachycardie paroxystique.

M. Sergent insiste sur le rôle important du système nerveux dans l'asthme et sur l'alternance des accès d'asthme et de tachycardie paroxystique.

Sur un cas d'insuffisance cardiaque primitive. La myocardie. — *MM. Ch. Laubry et J. Walser* rapportent l'observation d'un adolescent de quinze ans, ayant succombé à une insuffisance ventriculaire gauche, d'évolution rapide, caractérisée par un bruit de galop, une alternance, des œdèmes. Il n'existait aucun antécédent infectieux. Les examens macroscopique et microscopique ne décelèrent aucune trace de lésion cardiaque.

A la faveur de cette observation, MM. Laubry et Walser isolent une variété particulière d'insuffisance cardiaque primitive, dans laquelle le rôle de l'inflammation et celui des dégénérescences myocardiques semblent faire complètement défaut. Ils lui donnent le nom de *myocardie* et font allusion à un certain nombre de faits cliniques absolument analogues, indépendants de toute infection intercurrente, liés à des troubles nerveux, aux émotions, aux troubles endocriniens, à des facteurs qui, jusqu'ici, ne semblaient jouer dans la déchéance du myocarde qu'un rôle occasionnel.

Ces cas, qui appartiennent à la *myocardie pure*, leur permettent d'envisager un autre groupe de faits qui seraient des *myocardies associées* et pourraient expliquer les intolérances parfois paradoxales du myocarde à l'égard de lésions valvulaires ou de troubles vasculaires comme l'aortite ou l'hypertension.

La pathogénie de tels faits est encore obscure ; mais certaines constatations physiologiques et expérimentales, jointes aux faits cliniques, font envisager le rôle du système nerveux, de l'appareil endocrino-sympathique, des réactions humorales, enfin de troubles de nutrition encore mal élucidés.

M. Ménétrier a noté souvent l'absence de lésions myocardiques et dans ces cas de myocardie, il y aurait intérêt à étudier l'état anatomique des ganglions intra-cardiaques

M. Fiessinger insiste en pareil cas sur l'étude de la fibrille cardiaque, et sur la technique histologique qui doit porter sur le myocarde immédiatement après la mort.

M. Rist, ayant pu examiner immédiatement après la mort le cœur de typhiques avec myocardite, n'a jamais constaté les lésions du myocarde, décrites dans les traités classiques. Il se demande s'il ne s'agit pas là de lésions post mortem.

M. Rivet rapporte un cas de myocardie semblable à celui rapporte par MM. Laubry et Walser. Il s'agissait d'un jeune homme présentant une myocardite avec hypotension, bruit de galop, pouls alternant et chez lequel le traitement toni-cardiaque est resté sans action. L'auteur insiste, après M. Laubry, sur la gravité de ces myocardies.

Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile. — *MM. P. Armand-Delille, Robert Lévy et Julien Marie* ont eu l'occasion de faire pendant l'année écoulée 39 nouvelles interventions de pneumothorax artificiel chez l'enfant. A cause d'adhérences, l'intervention n'a pu être continuée chez 6 d'entre eux et sur 33 seulement il a été poursuivi ; pour ceux-ci, il ne s'est présenté aucun accident ni incident. 12 de ces petits malades sont dans un état absolument satisfaisant à tous les points de vue, disparition des bacilles, température normale, augmentation de poids ; 10 d'entre eux, restent bacillifères, mais dans tous les autres cas, les résultats sont absolument satisfaisants. La production de liquide ne s'est produite que dans 26 % des cas ; d'autre part, ils ont continué à suivre des enfants traités depuis 2 ou 3 ans. Sur 19 d'entre eux, 15 sont maintenant absolument guéris avec restitution *ad integrum* du poumon vérifiée par la radiographie.

Ils concluent qu'étant donnés d'une part les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale traitée par le pneumothorax thérapeutique, et d'autre part l'évolution habituelle bien connue de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, que cette thérapeutique doit être tentée, même d'une façon précoce, chaque fois que les indications formulées plus haut se trouvent réalisées. De plus, ils croient devoir insister auprès des médecins encore hésitants sur l'utilité du pneumothorax thérapeutique qui représente actuellement la seule méthode capable d'arrêter, dans nombre de cas, l'évolution des tuberculoses des lésions pulmonaires de l'enfant.

Traitement des diarrhées des tuberculeux et de l'entérite bacil-

laire par les arsenicaux pentavalents (stovarsol, tréparsol). — *MM. Léon Bernard, Maurice Salomon et M. Thomas* ont traité leurs malades atteints d'entérite bacillaire par le stovarsol (0 gr. 75 à 1 gr.) et ont remarqué d'une façon constante la suppression plus ou moins rapide des douleurs et de la diarrhée. Ces symptômes réapparaissent il est vrai presque aussitôt que le traitement est arrêté, mais cèdent à une nouvelle dose du médicament sans se montrer aussi longtemps que la médication est continuée. S'ils n'ont d'ailleurs noté aucune influence de ces arsenicaux sur les lésions tuberculeuses, ni même sur l'état général, en dehors de l'amélioration apportée par la cessation de la diarrhée, ils n'ont pas vu non plus que ces substances aient l'action congestive et pyrétogène de l'arsenic ou des cacodylates. On peut donc les employer sans inconvénient chez les tuberculeux et en prolonger l'usage pendant des mois avec de temps en temps de courtes périodes de repos.

Dans les diarrhées banales ou parasitaires des tuberculeux, dans certaines diarrhées d'étiologie imprécise et dépendant peut-être d'ulcérations tuberculeuses au début, on obtient par le stovarsol et aussi par le tréparsol la guérison complète du symptôme sans récidive après la cessation du traitement.

Quand on connaît l'impuissance de la plupart des médications sur l'entérite bacillaire et quand on sait quelle complication sérieuse est pour le tuberculeux toute diarrhée avec la dénutrition qu'elle détermine, il est remarquable qu'on puisse obtenir facilement et rapidement par le stovarsol et le tréparsol la cessation du symptôme et parfois même la guérison.

M. P.-E. Weill offre à la Société le livre qu'il vient de publier en collaboration avec M. Isch-Wall sur la transfusion du sang.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 février 1925.

Traumatisme du carpe. — *M. Mouchet* rapporte un cas de *M. Vergoz* (d'Alger) concernant une luxation rétro-lunaire du carpe avec fracture du scaphoïde chez un blessé atteint d'autre part de traumatismes graves (fracture du crâne). Deux tentatives de réduction fermée sous anesthésie locale ayant échoué, M. Vergoz intervint à ciel ouvert et guérit son malade.

Traitement des pieds bots (*suite*). — *M. Ombrédanne* reproche à MM. Massert et Magnoni d'Intignano de ne pas préciser les indications opératoires de l'opération qu'ils viennent de décrire devant la Société (rapport de M. Mathieu).

La déformation du pied est complexe : en équin pur ou à double courbure, en varus qui est de l'adduction, mais avec souvent en outre volutation, c'est-à-dire supination, du pied, déviations qui peuvent être isolées ou associées. En outre, il y a une évolution du P. B. avec l'âge.

Réductibilité complète, par manœuvres externes, jusque vers le 15e jour après la naissance, exceptionnellement jusque vers le 15e mois, à condition que la contention soit appliquée durant des années.

Irréductibilité relative due aux rétractions musculo-aponévrotiques, contre lesquelles on pratiqua la section du ligament latéral interne (Nové-Josserand) ou le phelpo-Kirmisson, ou la ténotomie du tendon d'Achille jusque vers 2 ou 4 ans. Mais il y a souvent récidive.

Irréductibilité absolue due aux modifications osseuses qui suivent la loi de Delpeuch. Les méthodes non réglées, aveugles : redressement forcé, évidement tarsien, désossement du tarse sont rejetées aujourd'hui. On peut, au contraire, pratiquer la reposition de l'astragale qui est en réalité insuffisante à corriger le pied bot sans opération complémentaire (section de la tête et du col pour Nélaton, du ligament latéral interne pour Massert et Magnoni d'Intignano, ou encore malléotomie selon Whitman) et surtout sans entraîner un enraidissement de la *tibiotarsienne dont l'intégrité est indispensable* à un résultat fonctionnel satisfaisant. La tarsectomie cunéiforme dorsale externe de Farabeuf raccourcit le pied, si le coin externe que l'on enlève ainsi est engagé dans une tarsotomie interne (Albee) le résultat est meilleur sans toutefois corriger la supination. C'est la double tarsectomie cunéiforme dans la coupe de la torsion, analogue à la double arthrodèse de Ducroquet-Launay qui semble l'opération de choix. Quand à l'astragalectomie, elle n'est bonne que si l'équin prédomine sur les autres déviations : elle ne corrige jamais le varus et entraîne une torsion secondaire et tardive du squelette jambier.

Il faut savoir que l'âge de 8 ans est un âge critique, par suite de la poussée de l'ostéogenèse, troublée par les interventions. Les résultats obtenus, jusque-là satisfaisants, peuvent être bouleversés. Au contraire, une intervention tardive, vers 8 ou 10 ans, aura chance d'entraîner des résultats définitifs.

L'anesthésie générale par voie intraveineuse. — *M. Fredet* expose le résultat de ses nouvelles recherches faites en collaboration avec M. René *Fabre*, sur l'anesthésie générale par les dérivés de la mallonylurée : somnifène. Actuellement, il a pratiqué 106 fois l'anesthésie par cette méthode, avec 79 cas de laparotomies dont 10 pour affections gastriques et 5 pour maladies des voies biliaires. Les 4 décès post-opératoires ne peuvent être imputées à l'anesthésie ; un cas de cancer pelvien chez un homme de 71 ans, un cancer du côlon descendant, propagé au grêle et qui fut réséqué, a succombé le 4e jour ; un ictère chronique par cancer du pancréas, et enfin une femme atteinte de salpingite et d'appendicite rétro-cœcale, ayant subi une hystérectomie, morte d'iléus paralytique au 9e jour.

Les recherches expérimentales confirment que cet anesthésique est inoffensif pour le rein, le foie, les appareils circulatoire et respiratoire. Il semble se fixer sur le cerveau et aussi sur les hématies. Il s'élimine en nature et presque en totalité par les urines. Cette élimination est lente et commence aussitôt après l'injection. En raison de la fixation de ce corps sur les éléments du sang, la saignée est efficace contre les intoxications dues à ces produits.

Séance du 6 mars 1935.

Au sujet de l'anesthésie générale par le somnifène. — M. *Savariaud* a employé le somnifène dans 20 cas et a eu des résultats satisfaisants, mais deux morts quoique non imputables directement à l'anesthésie, l'ont amené à arrêter ses essais. Il lui a semblé que l'injection intra-veineuse était souvent suivie d'une congestion pulmonaire. Il essaye actuellement une anesthésie au somnifène combinée à une rachi-cocaïnisation.

M. *Schwartz* n'a employé qu'une fois le somnifène et ne veut pas le juger. Mais il lui reproche de ne pas permettre un jugement correct de l'opéré d'après l'état général, le facies, le calme.

Etranglement du grêle dans une fossette paraduodénale. — M. *Cadenat* rapporte une observation de M. *Bernardbeig* (de Toulouse). Il s'agissait d'un malade atteint d'occlusion intestinale. A l'opération, on ne trouve pas de grêle dans l'abdomen, mais seulement le côlon étalé sur une tumeur rétropéritonéale occupant la fosse iliaque droite. La mort fut rapide et l'autopsie montra qu'en réalité tout l'intestin grêle était passé derrière la mésentérique supérieure dans une cavité péritonéale due au défaut de coalescence au niveau de la mésentérique supérieure.

Arthroplastie pour ankylose radio-carpienne. — M. *Okinczyc* rapporte une observation de MM. *Lombard* et *Goinard* (d'Alger). Au huitième jour d'une blennorragie apparaît une arthrite du poignet : très douloureuse avec gonflement et fièvre, bientôt ankylose. La radiographie montre que le massif carpien a glissé en avant de la berge radiale ; les os décalcifiés sont fusionnés. En janvier 1924, les auteurs interviennent par voie dorsale, écartent les tendons et ouvrent l'articulation. Le condyle est alors luxé, et sa hauteur est réduite à la râpe de 5 à 6 mm., puis il est remis en place avec interposition du fascial libre. Gouttière plâtrée durant 20 jours, puis mobilisation et, huit mois après l'opération, les mouvements de flexion et d'extension atteignent 30 degrés dans chaque sens.

Dans un cas de dislocation ancienne du carpe, avec ankylose et troubles sensitifs, l'auteur a pratiqué, 7 mois après l'accident, une résection des os de la 1re rangée du carpe, suivie d'excellents résultats.

Traitement de la hernie étranglée avec gangrène de l'intestin. —

M. *Okinczyc* rapporte trois observations de M. *Ducaros* (de Mételin, Grèce). Le premier cas est relatif à une hernie crurale étranglée pour laquelle a été pratiquée une entérostomie, puis secondairement une anastomose au bouton : mort. Dans le deuxième cas, l'intestin sphacélé fut réséqué, l'anastomose fut faite au bouton, avec anus de sécurité *in situ*. Guérison nécessitant une cure opératoire de l'anus. Aussi la troisième fois, M. Ducaros pratiqua-t-il une simple fistule à la peau, après l'anastomose au bouton des deux bouts du grêle, et la guérison fut complète, la fistule s'étant fermée spontanément.

Rupture traumatique du foie. — M. *Basset* rapporte une observation de M. *Jentzer* (de Genève). Il s'agissait d'un homme qui, après une chute d'une échelle, présentait une fracture des quatre dernières côtes et en outre une violente douleur abdominale. Bientôt surviennent des vomissements et le diagnostic hésitait entre choc simple, déchirure du mésentère ou plaie du foie. L'intervention n'a lieu qu'à la 33e heure. L'opérateur trouve un abdomen plein de sang, suture la plaie hépatique par quatre points et assèche l'abdomen mais non le petit bassin pour éviter, dit-il, une perte de temps. Le quatrième jour éclate une occlusion dont le siège sigmoïdien est bien montré par l'obstacle au passage d'un lavement. Un anus gauche est pratiqué à l'anesthésie locale et amène la débâcle. Puis la guérison survient malgré une broncho-pneumonie post-opératoire.

Soudure congénitale des mâchoires. — M. *Guillaume-Louis* (Tours) communique le cas d'un enfant de 4 ans dont les mâchoires sont reliées par un pont osseux empêchant tout mouvement. En outre, les articulations temporo-maxillaires sont atrophiées et il existe de l'asymétrie faciale. On a pratiqué l'extraction des incisives pour permettre à l'enfant de s'alimenter et il y a eu une adaptation progressive, il mange actuellement du pain, de la viande.

Localisation des tumeurs cérébrales. — M. *de Martel* expose une methode imaginée par Dandy (de Baltimore) et susceptible de rendre les plus grands services, surtout dans les cas de malades dans le coma. La pneumographie des ventricules latéraux permet déjà de reconnaître des modifications de forme de ceux-ci : disparition d'une corne. Mais on peut pratiquer une injection de bleu de méthylène dans un des ventricules : normalement on peut aussitôt en retrouver du côté opposé : s'il n'y a pas de passage ou s'il y a hyperpression il y a une tumeur. Si on pratique alors une ponction lombaire et que le liquide céphalo-rachidien ne soit pas coloré, c'est que la tumeur siège à l'étage inférieur du crâne, angle ponto-cérébelleux, ou cervelet, comprimant le passage.

Traitement de l'anthrax. — M. *Alglave* utilise habituellement le sérum polyvalent de Leclainche et Vallée qui lui donne les meilleurs résultats sans malaise ni réaction. Au mois de février il a eu un beau cas de guérison d'un anthrax de la lèvre chez une jeune fille de 22 ans, malgré la gravité des signes généraux et la fièvre.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 février 1925

Occlusion intestinale par tumeur iléo-cæcale. — *M. V. Pauchet* résume son expérience du traitement de cette variété d'occlusion.

Il est inutile de faire une entérostomie, sauf si le ventre est tendu et le sujet en état précaire ; en cas d'occlusion chronique ou subaiguë, il faut d'emblée faire la résection, puis fixer les deux extrémités intestinales à la peau, après les avoir jumelées et extériorisées par une baguette de verre. Un tube de Paul est mis dans l'iléon. Quelques jours plus tard, entérotomie. Un mois plus tard, fermeture de l'anus. Ce procédé a l'avantage d'être facile, et plus bénin que n'importe quelle méthode.

Drainage péritonéal à la Mikulicz. — *M. Thévenard*. — Après une réaction légitime contre l'abus du drainage, et du Mikulicz en particulier, on a eu le tort de proscrire totalement ce dernier. Le Mikulicz, procédé d'exception, a des indications formelles. La principale est la large dilacération du tissu cellulaire sous péritonéal. M. Thévenard établit un rapprochement entre l'amputation « plane » et le Mikulicz « laparotomie ouverte ».

M. Dartigues rappelle que ce mode de drainage qu'applique à nouveau le Dr J.-L. Faure et à juste titre, est un drainage merveilleux qui permet de sauver presque toutes les malades. Depuis 30 ans que Dartigues l'applique, il n'a pas perdu de malades chez lesquelles il l'a appliqué.

M. Dartigues veut quon rende justice à Pozzi qui a introduit le Mikulicz en France, il y a 35 ans.

M. Peugniez estime que si le Mikulicz est un pis-aller, c'est tout de même un pis-aller indispensable et auquel bien des malades doivent leur guérisou.

M. V. Pauchet le déclare un « parachute » chirurgical excellent et préconise l'emploi de mèches grasses, malgré le reproche qu'on peut leur faire d'assurer moins efficacement l'hémotase.

MM. Petit de la Villéon et Delaunay, rendent justice à un procédé dont l'efficacité, dans un certain nombre de cas, est incontestable.

Curiéthérapie des cancers-opérables du col utérin. — *M. Rubens-Duval* montre par les résultats d'une longue expérience, les grands services que l'on peut attendre du radium dans le cancer utérin.

Lipomes rétro péritonéaux. — *M. Brodier*, à propos de la communication de M. Lanos, rappelle des cas personnels et croit que souvent il s'agit d'une découverte opératoire fortuite.

Corps étrangers de l'œsophage et des bronches. — *M. Guisez* rapporte 12 observations de corps étrangers œsophagiens et 3 de c. e. bronchiques extraits dans ces derniers mois. Ces corps bronchiques ou œsophagiens, concernant des enfants, avaient été parfois tolérés pendant de longs mois. L'A. insiste sur l'importance de l'examen radiologique. Sur 98 corps étrangers, l'A. n'a eu aucun échec d'extraction et qu'un seul décès chez un enfant opéré en pleine broncho-pneumonie double.

Marsupialisation des grands kystes inextirpables suppurés. — *M. Dartigues*. — L'A., a obtenu la rétrocession de tous les accidents et une très longue survie par cette méthode qui peut rendre de grands services dans les kystes inextirpables.

L'orthopédie dans la paralysie spasmodique. — *M. Roederer*. — Que peut-on demander à l'orthopédie dans le traitement de la maladie de Little ? L'A. ne croit pas que les résultats dus aux interventions de Van Gehuelter et de Forster puissent encore justifier ces interventions. L'orthopédie par des plâtrages successifs et graduels, pendant 6 mois en moyenne, peut arriver à une correction de l'extension des pieds et de l'adduction des cuisses, qui permet le port d'appareils de celluloïd rigides, puis articulés. Mais l'orthopédie ne demeure qu'un accessoire, qu'un complément. C'est la rééducation, la cinésie, la gymnastique, qui sont à la base du traitement. Celui-ci est d'ailleurs dominé par la bonne volonté de l'enfant, ses ressources intellectuelles, et les résultats sont fonction, encore, de l'intelligence de la mère, rééducatrice désignée, et de la ténacité des parents.

Tumeur pileuse de l'estomac. — *M. Lavenant* apporte l'observation et les pièces d'une tumeur pileuse de l'estomac extraitée par M. *Vézard* (de Domfront). Il s'agissait d'une enfant qui depuis longtemps avalait des cheveux et de la ficelle.

Mon poste de T. S. F. par Joseph Roussel. Un vol., avec 156 figures. Prix : 10 fr. Librairie Vuibert, boulevard Saint-Germain, 63, Paris, 5e.

Dans cet ouvrage, qui fait suite au « Premier livre de l'Amateur » et à « Comment recevoir la Téléphonie », l'auteur s'est proposé comme but, en continuant le rôle de vulgarisateur de la science radioélectrique qu'il s'est assigné depuis quinze ans, de tenir les amateurs au courant des progrès les plus récents de cette science qui les concernent directement.

ANALYSES

L'opothérapie spermatogénétique chez la femme. L. M. (Pierra et A. Jouve, *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 10 novembre 1924.)

On trouve dans la littérature médicale de ces dernières années d'assez nombreuses mentions d'application d'une opothérapie génitale hétérologue, mais le travail de MM. Pierra et A. Jouve représente un essai de synthèse des plus intéressants, parce qu'englobant un grand nombre de cas, il repose sur une base expérimentale étendue, qui permet aux auteurs des conclusions solidement établies.

A leur avis, tous les faits jusqu'ici rapportés manquent de précision sur un point très important, c'est qu'ils font état d'administration d'extrait orchitique sans établir une discrimination sur la nature de cet extrait. Point n'est besoin de rappeler en effet, que le testicule étant formé de deux éléments histologiquement et physiologiquement différents, il est possible de concevoir et même d'obtenir par des procédés d'extractions fractionnés (comme cela a été fait pour l'ovaire) des produits d'activité différente.

On ne saurait évidemment attendre les mêmes résultats d'un extrait testiculaire à prédominance diastématique que d'un extrait à prédominance spermatogénétique, et si l'on envisage l'administration de tels extraits chez la femme, il apparaît immédiatement que c'est à ce dernier qu'il conviendra de s'adresser, le premier ne pouvant agir que dans un sens anti-physiologique en tendant à « masculiniser » les sujets traités.

Les expériences dont il s'agit ont toutes été faites avec un extrait spermatogénétique et non point total, que les auteurs dénomment extrait complémentaire (désignation qui implique qu'une telle substance apporte, dans certains cas donnés, un complément utile et nécessaire à l'organisme féminin). Ils ajoutent que toutes les expériences par eux rapportées (en tout 48 observations) ont été poursuivies au moyen de *l'androstine Ciba*, nom sous lequel l'extrait complémentaire a été récemment introduit dans la thérapeutique.

Les cas cliniques se répartissent en 4 groupes :

I. — Insuffisance ovarienne, avec hypoménorrhée ou aménorrhée ; II. — Toubles de la ménopause naturelle ou provoquée : III. — Troubles nerveux d'origine génitale ; IV. — Hypergénésie ou hyperovarie avec ou sans onanisme.

Les résultats chez toutes ces catégories de malades ont été satisfaisants.

Les cas de puberté tardive ont reçu une impulsion transformative manifeste ; les aménorrhéiques hypoplasiques ont vu leurs règles réapparaître d'une façon particulièrement constante : les troubles ménopausiques ont été toujours très améliorés et souvent guéris d'une façon définitive ; les troubles nerveux ont cédé dans bon nombre de cas ; les manifestations hypergénésiques se sont amendées, et plus d'une malade chez lesquelles l'autosuggestion et même la cautérisation clitoridienne étaient restées sans effet, ont pu cesser par cette médication leurs pratiques et voir se calmer leurs tendances érotiques.

L'efficacité de l'opothérapie spermatogénétique au moyen de l'androstine semble donc bien clairement établie : c'est une arme de plus que le médecin pourra utiliser d'emblée ou après échec des autres médications dans les cas cités, et à laquelle il recourra d'autant plus volontiers que son innocuité est certaine.

Quelques essais d'analgésie au moyen de l'hémypnal
(T. BARBARROUX. *Marseille Médical*, 5 décembre 1924.)

Si l'utilisation des anesthésiques en obstétrique est toujours restée timide, réservée et discutée, c'est qu'il ne s'agit plus, comme en chirurgie, de suspendre pendant un temps assez court la conscience et la sensibilité, mais de supprimer seulement cette dernière ou tout au moins de l'atténuer, pendant plusieurs heures, action qui ne doit pas exclure le caractère physiologique de la douleur, synonyme ici de la contraction. Les anesthésiques usuels suppriment et la douleur et la contraction : à dose forte ils abolissent la conscience et ne sont point sans nuire à l'enfant ; à cause de cela ils doivent être rejetés. Le produit idéal supprimerait la perception de la douleur, mais non la conscience, et conserverait l'intégrité de la contraction, dans son intensité et dans son rythme ; il n'aurait, non plus, aucune influence nocive sur l'enfant, aucune influence fâcheuse sur les suites de couches.

Des essais intéressants sont tentés dans cette voie : mais il en est peu qui donnent cette impression de sécurité indispensable à la vulgarisation d'une méthode d'analgésie obstétricale qui, par définition doit être d'un emploi journalier. Ceux que l'auteur a faits avec l'hémypnal (en suppositoires) sont cependant à cet égard tout à fait satisfaisants. Il ressort de ses nombreuses observations que si l'analgésie n'a pas toujours été totale, elle n'a du moins jamais eu de suites fâcheuses, ni pour la mère ni pour l'enfant. Pas de ralentissement sensible du travail (dans certains cas d'hypertonie utérine, celui-ci se trouve même activé), enfants criant tôt et ne présentant aucun trouble circulatoire ou autre, suites de couches absolument normales. Ce sont là des avantages inappréciables pour un produit de cet ordre, parce qu'ils en permettent l'application large en clientèle où le médecin ne peut être constamment auprès de la parturiente. L'hémypnal, en fait, dans beaucoup de cas (70 pour cent environ) permet un accouchement presque indolore ; dans tous il supprime l'excitation nerveuse d'un travail prolongé et redonne du courage aux parturientes pusillanimes.

Psychopathies menstruelles (M. Gommès, *Concours médical*, 14 décembre 1924.)

Nombreuses sont les femmes qui présentent des troubles nerveux à l'occasion de leurs règles, mais chez celles entachées de tares névropathiques, héréditaires ou acquises, ces troubles peuvent revêtir un caractère beaucoup plus grave et donner lieu à des manifestations anxieuses et même franchement vésaniques.

La pathogénie de ces psychopathies d'origine sexuelle n'est pas très aisée à mettre au clair. Plusieurs théories ont tenté de les expliquer, mais il convient de retenir surtout celles qui invoquent des phénomènes de saturation toxémique à point de départ ovarien. En faveur de cette interprétation, : la fréquence des crises épileptiques et hystériques au moment de la période cataméniale.

Le traitement de ces malades doit donc avoir pour premier but de rétablir la fonction menstruelle troublée, car les symptômes observés coexistent presque toujours avec un état aménorrhéique ou dysménorrhéique. L'opothérapie ovarienne semble donc tout indiquée, mais l'opothérapie ovarienne totale, dans de tels cas, ne donne cependant que peu ou pas de résultats.

C'est pourquoi l'auteur, s'inspirant des travaux antérieurs, qui ont mis en lumière l'existence dans l'ovaire de deux principes à action antagoniste, l'un, hormonique, activateur de la fonction menstruelle (l'agomensine), l'autre, chalonique, frénateur et régularisateur de cette même fonction (la sistomensine), a tenté l'essai du premier chez plusieurs malades de cette catégorie. Plusieurs malades (généralement des jeunes filles) ayant présenté au moment de leurs règles des troubles assez graves pour nécessiter leur internement ont vu cesser ainsi leurs troubles psychopathiques en même temps qu'elles observaient le retour de leur fonction menstruelle suspendue.

Toujours l'amélioration mentale a coïncidé avec le retour des règles, et celles-ci ont réapparu d'une façon très constante après un traitement suffisant par l'agomensine (4 à 5 comprimés par jour, pendant 7 ou 8 jours).

Les troubles mentaux de cet ordre n'étant selon toute vraisemblance que la traduction par un organisme fragile et prédisposé d'une toxémie lutéïnique, l'opothérapie ovarienne dissociée, en apportant par l'agomensine l'élément déficient, permet l'évacuation par la voie menstruelle des substances intoxicantes, et ainsi se trouve rétabli un équilibre où sympathique et glandes endocrines concourent parallèlement.

L'analgésie obstétricale par le trichloro-butylalcool diallylmalonylurate d'éthylmorphine ou hémypnal, M. Mendy (Thèse Bordeaux, janvier 1925.)

C'est une question vraiment à l'ordre du jour que celle de l'analgésie obstétricale, et les travaux sur ce point depuis quelques mois se font de plus en plus nombreux. Ceux dont l'hémypnal a fait l'objet ont montré que ce médicament répond à cette préoccupation primordiale de l'accoucheur : ne point nuire. Car s'il est une branche de la médecine où le *primum non nocere* doit dominer toute autre considération, c'est bien l'obstétrique, où la nocivité d'une médication est susceptible de s'exercer simultanément sur deux organismes.

Cette nouvelle contribution à l'étude de l'hémypnal confirme l'absence de nocivité de ce médicament aussi bien vis-à-vis de la mère que vis-à-vis de l'enfant. Sans doute, dans un certain nombre de cas, ce n'est point une analgésie totale qu'il procure. Mais, convient-il de prétendre, en obstétrique, à une analgésie absolue ? Est-il souhaitable que l'accouchement s'effectuant dans l'insouciance complète, la femme n'en conserve aucun souvenir ? La chose est discutable. S'il ne peut être mis en doute que l'idéal chirurgical est dans l'absence de tout souvenir concernant l'acte opératoire, cet idéal n'est plus le même pour l'accouchement, fonction physiologique qu'il n'est pas moralement sain de vouloir escamoter complètement. Ce qu'il faut obtenir, c'est la diminution de la sensibilité, de façon à rendre l'accouchement aisément supportable et dépourvu de toutes affres, mais en conservant la conscience de la femme qui doit, n'en déplaise à certains, garder le souvenir par lequel un nouvel être humain fait son entrée dans le monde. Atténuez la douleur dans une large mesure, de manière à la rendre aisément supportable, et ce avec un médicament inoffensif et que tout le monde puisse employer, tel est le but vers lequel il faut tendre, et qui doit satisfaire lorsqu'il est atteint. Avec l'hémypnal (suppositoires ou cachets) il l'est dans 75 p. cent des cas. C'est ce qui ressort de ce nouveau travail, dont la dernière conclusion est ainsi formulée : « Son mode d'administration ne comportant aucune technique compliquée, son innocuité absolue ne réclamant pas la présence continuelle du médecin et la surveillance ininterrompue de la parturiente, en font l'analgésique obstétrical de choix du praticien. »

La science médicale et sa valeur, par le Dr L. Pron. Un volume in-8°, 248 pages. Prix : 15 francs. Maloine, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

La science médicale — du fait qu'elle est une science biologique, c'est-à-dire échappant à la constance des lois du domaine physico-chimique — ne saurait être que relative.

Relative dans son essence, elle se trouve encore diminuée dans son expression par certaines faiblesses de la personnalité humaine, au double point de vue de l'intellectualité et de la tonalité de caractère.

Tel est le point que le Dr Pron a mis surtout en relief dans cet ouvrage de philosophie critique, fait d'impartialité et de vérité documentaire.

Fautes d'observation et d'expérimentation — Fautes de téchnique et de raisonnement — Abus de la méthode analytique et du laboratoire — Trop grande facilité à proposer de nouvelles méthodes ou de nouvelles conceptions — Esprit de caste et de chapelle — Modes, faillittes et réhabilitations dans les dogmes et en thérapeutique — Partialité et probité scientifique, etc... Tels sont les titres de certains chapitres, dont quelques uns ont un côté piquant.

Mais, que les ennemis de la médecine n'en concluent pas que rien n'est vrai en elle et qu'elle mérite toujours les attaques, dont elle a été l'objet, surtout dans ces derniers temps.

En raison précisément de leur nature contingente, les défauts que l'auteur signale sont faciles à supprimer. De même, par un changement de méthode, c'est-à-dire par le remplacement de l'analyse, du dogmatisme et du rationalisme par une vue synthétique, par un pragmatisme éclairé et par le retour à l'esprit clinique des vieux maîtres, la valeur de la science médicale est susceptible d'être accrue dans de grandes proportions.

La médecine vaut ce que la fait et ce que vaut le médecin.

La Revue de l'Art. Le numéro : 12 fr. 50. Abonn. un an : France : 100 fr. ; union postale : 150 fr. Bureaux de la Revue, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

Sommaire du numéro de février 1925 (71 illustrations dans le texte)

I. Histoire générale de l'art : Le « Mystère d'Octovien et la Sibylle » dans les statues de la Tour de Beurre, à la cathédrale de Rouen (I), par L. Lefrançois-Pillion. — A propos des « Scènes familiales, » de Fragonard, par R. Mauray. — Artistes contemporains : Henri Le Sidauer, par C. Mauclair. — Le genre décoratif funèbre, esquisse d'une histoire de ses débuts en France (fin), par A. Tessier.

II. Chroniques : *Moyen-âge et renaissance* : Sur deux recueils de dessins de J. J. Boissard (II) par Mlle J. Duportal. — *XVIIe siècle* : Un portrait inédit de Louis XV enfant, par Ph. Pouzet. — *Art des Jardins* : Le château et les jardins de Montjeu, par E. de Ganay. — *Art moderne* : Les projets pour le monument de Lénine, par G. Loukowski.

Les Livres : l'« Histoire de l'Art » de M. André Michel, par H. Lemonnier.

III. Bulletin : Les artistes français et les amateurs étrangers, par G. Lerolle. — Echos et nouvelles. — Informations. — Les expositions — Les grandes ventes. — La vie artistique à l'étranger. — Les livres — Revue de la Presse.

Gravures hors-texte : Maisons sur la rivière, lithographie originale de M. Henri Le Sidauer. — Boiseries sculptées, époque Louis XVI. — Paravent en laque de Coromandel. — Deux figures de prêtres debout, époque Ming. — Deux chimères et la Deesse Kwannin aux dix-huit bras.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Schonganer, par Cl. Champion, 1 vol. dela collection des «Art et Esthétique », in-8°, 16 pl. hors texte. 10 fr. (Alcan).

Rabelais à travers les âges. Compilation suivie d'une bibliographie sommaire de l'œuvre de maître François, comprenant les éditions qu'on a données depuis le XVIe siècle jusqu'à nos jours, d'une étude sur ses portraits et d'un examen de ses autographies, par Jacques Boulanger, 1 vol. illustré de plusieurs portraits et fac-similés. Prix : 20 fr. Le Divan, 37, rue Bonaparte, Paris.

Encyclopédie par l'Image : Histoire de l'Art, par L. Hourticq. Prochain volume à paraître : **Les animaux**. Le vol. illustré de 150 grav. 2 fr. 50. Librairie Hachette, 79, Boulevard St-Germain. Paris.

Le Gazetier littéraire. Historiettes, anecdoctes et indiscrétions sur le monde des lettres de l'an 1924. in-16. 7 fr. 50 (Crès).

Le Théâtre indiscret. in-16, 7 fr. 50 (Crès).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton* ; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

Fondé en 1873. — N° 13. Le Numéro : 50 Centimes 28 MARS 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecins des hôpitaux* : (Admissibilité). — A la suite de ce concours ont été déclarés admissibles, MM. les Docteurs Hutinel 71 points, Nicaud 69, Boulin 68, Alajouanine et Chevalley 67, de Gennes 66 1/2, Moreau 66, Binet 64 1/2, Mouquin 64, Gutmann 63 1/2, Ravina et Levesque 63.

Concours de nominations à 3 places de médecin des hôpitaux. — Composition provisoire du jury : MM. les Docteurs Comte, Louis Ramond, Fiessinger, Barbier, Lesage, Rathery, Gandy et Mouchet qui ont été accepté, et MM. Sanilon, Guillain et Milian qui n'ont pas encore répondu.

Concours de chirurgien des hopitaux. — Epreuve écrite. — *Séance du 23 mars* : Questions données : Artères sous-clavières (sans les branches). Symptômes, diagnostic et traitement de l'anévrysme poplite artériel.

Faculté de médecine de Paris. — *THÈSES.* — 23 *mars.* — (Thèses vétérinaires). — M. Lepinay. Les influences psychiques en thérapeutique vétérinaire. — M. Ott. Les viandes des animaux de boucherie tuberculeux.

24 *mars.* M. Grisez (Ch.). Etude de l'acidose dans les tuberculoses pulmonaires. — M. Moltchanoff. Cure de voyage en mer. — M. Pavie (P.). Considérations sur les streptococcémies. — M. Demerline (M.). Etude de certains aspects du liquide céphalo-rachidien.

26 *mars.* — M. Dory (L.). Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif. — M. Chatelin (A.). Les malformations de l'orifice aortique. — M. Cordey. Etude sur l'étiologie de la tuberculose. — M. Stansievicht (S.). Etude du paludisme chez les Serbes, Croates et Slovènes.

M. Billard (J.). Indications et nouvelles techniques dans l'utilisation des boutons anastomotiques. — M. Arian (Y.). Traitement des verrues par la crysthérapie. — M. Glorion (R.). A propos des sutures intestinales.

Le centenaire de Charcot. — Les 25, 26 et 27 mai prochain auront lieu à Paris les fêtes commémoratives de la naissance de Charcot.

Le mardi 26 mai sera le jour consacré aux fêtes commératives du XXVe *Anniversaire de la Société de neurologie et du centenaire de Charcot.*

A 9 heures, séance exceptionnelle de la Société de neurologie, au siège habituel de ses séances, rue de Seine.

A 15 heures, séance de l'Académie de médecine où l'éloge de Charcot sera prononcé par M. le professeur Pierre Marie.

A 21 heures, séauce au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le Président de la République. Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire de Charcot. Adresses des délégués officiels des gouvernements. Discours de M. le Doyen de la Faculté de médecine. Discours des représentants de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Société de neurologie, de la Société de biologie et de la Société académique, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Les séances scientifiques de la *Réunion neurologique internationale* annuelle auront lieu le lundi 25 et le mercredi 27 mai.

Le lundi 25 mai, rapports et discussions sur « la sclérose latérale amyotrophique » (maladie de Charcot).

Le mercredi 27 mai, rapport et discussion sur la « migraine » (maladie qui avait été très étudiée par Charcot).

A 20 heures, banquet au Palais d'Orsay.

Une visite officielle de la clinique Charcot est prévue, soit pour le lundi 25, soit pour le mercredi 27.

Le jeudi 28 mai, à 17 heures, réception par M. le Président du Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville, des neurologistes assistant au centenaire de Charcot et des membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Bal de la médecine française. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris inaugure une nouvelle tradition : le 4 avril, elle donnera, dans les salons de l'*Hotel Claridge*, un bal dont le produit sera versé partie à la *Caisse de secours de l'Association*, partie au *Sanatorium des étudiants.*

M. G. Doumergue, Président de la République a bien voulu accorder son haut patronage à cette œuvre de bienfaisance que M. Justin Godart, Ministre de l'Hygiène, M. le Docteur Queuille, Ministre de l'Agriculture, et M. le Professeur Roger, Doyen de la Faculté de médecine ont accepté de présider.

Cette fête promet d'être parfaitement réussie.

A l'entrée il sera distribué des cadeaux offerts par les grandes maisons de Paris.

Mesdames Davia, Jane Pierly, Rahna, Isabelita Ruitz, et M. Saint-Granier prêteront gracieusement le concours de leur talent.

Enfin, pendant le Souper-dansant, distribution de paniers fleuris, tandis que MM. Goupil, Martini, Noel-Noel, Jean Rieux et Vincent Hyspa dispenseront à cette soirée la fine gaieté montmartroise.

Nous invitons particulièrement les médecins à assister à ce bal : ce sera un lien de plus entre les Membres du Corps médical. Les œuvres qui bénéficieront du produit de cette fête : caisse de secours de l'Association et Sanatorium des étudiants sont assez nobles pour que chaque médecin tienne à honneur de leur apporter son appui.

Entrée : 35 fr. ; Entrée de famille (4 pers), 120 fr. ; Etudiants 20 fr. ; Souper facultatif 30 fr. ; *Cartes en vente* : Association, 8 rue Dante, Gob 58-90 ; Secrétaire, 35 rue Victor-Massé, Trud : 71-83 ; dans les Théâtres, Agences et dans les Grands Hôtels.

Syndicat des médecins directeurs de maisons de santé privées de France. — En vue de l'application de la loi de 8 heures dans les hôpitaux publics et dans les maisons de santé privées de Paris ou des villes de plus de 100.000 habitants, le Ministre du Travail a saisi le président du syndicat des maisons de santé privées de France, d'une demande de renseignements. Pour faire suite à cette demande, le président du syndicat des maison de santé invite tous les établissement médicaux, affiliés ou non au Syndicat, à lui fournir dans le plus bref délais leur opinion sur la possibilité ou l'impossibilité d'application de cette loi, et sur la modalité éventuelle du règlement à intervenir.

Croisières de cure de repos en mer. — La croisière organisée par le Dr Loir (du Havre), à bord du *Louqsor*, pour les médecins et étudiants, aura lieu du 6 au 28 avril.

L'itinéraire spécial obtenu pour ce voyage par le sous-secrétariat d'Etat de la Marine marchande, est le suivant :

Dunkerque, départ, le 6 avril, à 18 heures ; Le Havre, arrivée, le 7 avril, à 8 heures ; départ, le 11 avril, à 6 heures ; Bordeaux, arrivée, le 14 avril, à 7 heures ; départ, le 17 avril, à 7 heures; Lisbonne arrivée, le 20 avril, à 7 heures ; départ, le 20 avril, à 18 heures ; Tanger, arrivée, le 22 avril, à 6 heures ; départ, le 22 avril, à 18 heures ; Alger, arrivée, le 25 avril, à 6 heures : départ, le 25 avril, à 22 heures ; Marseille, arriuée le 28 avril.

Pendant le voyage, le Dr Loir fera un cours pour les médecins désirant obtenir le diplôme de médecin sanitaire maritime.

Des excursions sont prévues dans tous les ports d'escale.

Les prix de cette croisière sont les suivants :

Catégorie I. Ticket : 900 ; supplément : 275 ; total : 1.175.
Catégorie II. Ticket : 500 ; supplément : 235 ; total : 735.
Catégorie III. Ticket : 400 ; supplément : 190 ; total 590.

Le prix des suppléments varie d'après la catégorie, principalement en raison des différences, considérables suivant les classes, des taxes officielles de débarquement exigées dans tous les ports par les Etats et les municipalités.

Dans ces suppléments sont compris : 1° la vie et la nourriture à bord pendant les escales ; 2° les frais de débarquement ; 3° les taxes de débarquement ; 4° la visite organisee des escales ; 5° les excursions en auto, accompagnées de guides.

Des réceptions sont réservées dans les ports à nos touristes.

Grâce à la bienveillance des autorités portugaises, nos adhérents seront admis à visiter Lisbonne sans passeport ; il suffira d'être muni de sa carte d'identité.

Sur notre demande, la Cie des Messageries maritimes a consenti en remplacement de la *Ville-de-Strasbourg* à nous offrir le *Louqsor* beaucoup plus vaste (150 m. de longueur sur 17 de largeur. 1.400 tonnes) affecté au service de Marseille-Nouvelle-Calédonie.

Les passagers de 1re catégorie prendront leurs repas dans la salle à manger de 1re classe ; ceux des 2e et 3e catégories, dans la salle à manger de 2e classe (quatre repas par jour, vin au déjeuner et au dîner).

Les dames sont admises à participer à ce voyage en 1re et 2e catégories, où des groupements de cabines leur ont été réservés.

En 3e catégorie, destinée exclusivement aux étudiants, des aménagements ont été faits par la Cie des Messageries, spécialement pour les adhérents de cette croisière (lits et literie absolument neufs). Les appartements sont situés immédiatement au-dessous du premier point.

Les étudiants de toutes sections de nos Universités peuvent s'inscrire pour cette croisière de repos marin.

Pour l'inscription ferme, faire un versement de 100 fr. à titre d'avance sur le prix du billet.

Les permanences de chaque section sont priées de vouloir bien recueillir ces avances, avec les inscriptions, pour les envoyer au Dr Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre (chèques postaux : C-C. Rouen 6.345).

L'embarquement aura lieu à Dunkerque pour les Belges et les étudiants de la région du Nord ; les autres passagers s'embarqueront au Havre. La possibilité de rejoindre le bateau pendant l'escale de Bordeaux est accordée à ceux qui le désirent ; mais aucune réduction ne pourra être accordée sur le prix global très réduit du voyage (billet et supplément).

Des causeries seront faites, en cours de route, par divers professeurs ; un programme de l'emploi du temps sera publié et affiché ultérieurement dans les diverses facultés, avec les excursions et réceptions organisées dans chaque escale.

Les adhérents bénéficieront de prix spéciaux pour le parcours en chemin de fer, pour se rendre aux ports d'embarquement et revenir chez eux.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie et d'histologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira au siège de ladite école le lundi 28 septembre 1925.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Nécrologie. — Dr Charles Le Braz. — Dr Saillard, de Besançon. — Dr Pierre Loisel.

(Voir la suite page 464.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la syphilis nerveuse par l'arsenic pentavalent.

Par MM. A. SÉZARY et A. BARBÉ.

Les données de la clinique et du laboratoire s'accordent pour distinguer deux types de syphilis nerveuse.

Le premier résulte de l'atteinte des méninges ou des artères des centres nerveux. Ses lésions ne diffèrent pas de celles que la syphilis provoque dans les autres viscères. Elles sont accessibles aux traitements classiques (mercure, arsénobenzènes, bismuth) comme toute autre affection splanchnique de nature spécifique.

Le second type consiste dans la pullulation du tréponème dans le parenchyme nerveux. Il comprend avant tout la paralysie générale et le tabes. Il se caractérise par des lésions inflammatoires non spécifiques qui n'aboutissent pas à la caséification et qui résistent aux traitements habituels de la syphilis.

Ce dernier point constitue, au premier abord, un véritable paradoxe. Car d'une part, on trouve dans les lésions un tréponème que les recherches de Levaditi et N. A. Marie ont montré vulnérable par l'arsenic. D'autre part nous possédons actuellement toute une série d'agents tréponémicides dont l'efficacité est incontestable.

Ce paradoxe ne peut guère s'expliquer, comme l'un de nous l'a exposé dans un travail antérieur (*Revue neurologique*, 1921, n° 4), que si l'on admet que le tréponème, fixé dans le parenchyme nerveux, s'y trouve à l'abri des médications introduites soit dans le torrent circulatoire, soit dans le liquide céphalo-rachidien C'est donc le tissu nerveux qui s'oppose à l'action des traitements antisyphilitiques.

Différentes hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ce phénomène. Chacune d'elles a été le point de départ de recherches thérapeutiques que nous avons effectuées depuis plusieurs années.

En premier lieu, les médicaments auraient-ils été utilisés à dose insuffisante ? Ceci est invraisemblable, car MM. Sicard et Roger, M. Leredde ont injecté des quantités considérables d'arsénobenzènes et n'ont obtenu que des résultats médiocres, des arrêts de l'affection qui reprend ensuite son cours inexorable.

L'arsénobenzène, d'après H. Kohn-Abrest, se fixe plus abondamment sur les centres nerveux lorsqu'il a été introduit dans le tissu sous-cutané que s'il a été injecté dans les veines. N'y aurait-il pas intérêt à utiliser systématiquement la voie sous-cutanée ? On peut répondre par la négative, car les recherches faites par M. Sicard avec le novar, par nous-mêmes avec l'éparséno, n'ont pas donné de meilleurs résultats.

S'agirait-il d'un défaut de neurotropisme du mercure, du bismuth ou des arsénobenzènes et ne pourrait-on favoriser la fixation de ces médicaments sur les centres nerveux en leur adjoignant des substances capables de provoquer un choc (protéines, nucléinate, tuberculine, sérums, etc.) ou douées d'un neurotropisme évident (chloroforme, camphre, gardénal, pyramidon, lipoïdes cérébraux, etc.) Les multiples recherches que nous avons faites suivant cette hypothèse, celles de MM. Sicard et Roger de MM. Cestan et Riser, n'ont guère guère donné de résultats encourageantes.

***

Nous avons pensé qu'on pourrait utiliser dans le traitement de la syphllis parenchymateuse des centres nerveux, non plus l'arsenic trivalent qui constitue les arsénobenzènes, mais l'arsenic pentavalent. Et depuis plusieurs années nous avons expérimenté divers dérivés de l'acide arsinique (1).

Deux motifs nous ont incités à utiliser l'arsenic pentavalent dans le traitement de la paralysie générale. D'abord, le neurotropisme des acides arsiniques, qui, comme on le sait, peuvent provoquer de la névrite optique chez les sujets soumis à leur action. En second lieu, ce fait que l'arsenic pentavalent ne devient actif dans les tissus qu'après avoir subi une réduction, tandis que le trivalent n'est tréponémicide qu'après oxydation. Or le tissu nerveux a un pouvoir réducteur et non oxydant.

Après quelques essais faits avec l'arsacétine, notre choix s'est porté sur le stovarsol (acétyloxyaminophénylarsinate de soude), préparé à l'Institut Pasteur par M. Fourneau, M. et Mme Tréfouel.

Comme tous les autres produits dérivés de l'arsenic pentavalent, le stovarsol a une activité spirillicide nettement inférieure à celle des arsénobenzènes lorsque on l'introduit par voie sous-cutanée : c'est un fait qui a été étabi par les recherches cliniques et expérimentales de Fournier et Guénot, de Sézary et Pomaret. Mais cette activité est cependant encore importante et si on pouvait l'utiliser totalement pour la destruction des tréponèmes dans les centres nerveux, il est à peu près certain que la paralysie générale ne serait plus au-dessus des ressources thérapeutiques.

Notre technique et nos résultats ont été exposés à la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 14 novembre 1924, *Bulletin* n° 33, p. 1524).

Nous nous sommes servis d'une solution de stovarsol contenant 50 cgr. du produit pour 4 cc. d'eau distillée. Cette solution est préparée d'avance, mise en ampoules et stérilisée ; elle se conserve parfaitement. Nous en injectons d'abord 4 cmc., puis 8 cmc. pour tâter la tolérance du sujet. Nous injectons ensuite chaque fois la dose de 1 gr. 50 de stovarsol : soit 12 cc. de la solution. Les injections sont répétées 3 fois par semaine. La voie veineuse nous a paru plus active que la voie sous-cutanée, mais c'est elle aussi qui expose le plus aux accidents oculaires sur lesquels nous reviendrons plus loin. Nous pratiquons une série de 14 à 16 injections, introduisant ainsi environ vingt grammes du médicament en l'espace de 5 semaines.

Le stovarsol est généralement bien toléré : nous n'avons observé ni crises nitritoïdes, ni réactions viscérales. Il faut seulement savoir que, comme tout acide arsinique, il peut déterminer de l'atrophie optique et à cause de cela les sujets traités doivent être surveillés avec soin. Sur une série de 23 malades, deux ont eu un début d'atrophie papillaire avec diminution de l'acuité visuelle. Chez l'un et l'autre, dont la vision n'est nullement abolie, nous avons suspendu le traitement dès que nous nous sommes aperçus de la complication. Le trouble de la vision a disparu chez l'une de nos malades et nous espérons qu'il rétrocédera chez l'autre.

(1) Parallèlement à nos recherches, l'Institut Rockfeller a fait expérimenter la tryparsamide, dérivée également de l'arsenic pentavalent, dans le but d'augmenter la résistance de l'organisme, de stimuler ses réactions d'immunité. Les résultats obtenus en France par MM. Guillain et Girot, Claude et Targowla, Sicard et Haguenau ne sont guère favorabless,

Ce danger n'est pas à négliger, mais les résultats que nous avons obtenus nous ont paru suffisamment intéressants pour que, malgré lui, nous ayons poursuivi l'étude de ce mode de traitement. Il faudrait s'estimer heureux aujourd'hui si l'on pouvait guérir la paralysie générale, fût-ce au prix d'une baisse de l'acuité visuelle. D'ailleurs cette complication s'observe également avec l'atoxyl, que l'on continue cependant à employer dans le traitement de la maladie du sommeil.

Sur 23 paralytiques généraux internés à Bicêtre, donc arrivés à une période avancée de leur affection, trois sont morts peu après le début du traitement et seraient morts quelle qu'eût été la thérapeutique employée. Cinq ont eu une amélioration de leur état physique, c'est-à-dire ne retireront vraisemblablement d'autre bénéfice qu'une simple prolongation de leur maladie. Onze ont vu leur état intellectuel et mental se modifier dans un sens très favorable. Quatre enfin ont eu une amélioration telle qu'ils ont pu reprendre leurs occupations avec l'apparence de sujets normaux. Plusieurs autres malades que nous avons soumis depuis au même traitement ont été également améliorés d'une façon remarquable.

Sans tirer de conclusions définitives de ces cas encore en observation nous pouvons cependant dire que nos résultats sont incontestablement supérieurs à ceux que nous ont donnés les autres méthodes. Non seulement le pourcentage des insuccès complets est beaucoup moins élevé chez les sujets traités par le stovarsol, mais encore les améliorations obtenues sont beaucoup plus marquées. Quant au liquide céphalo-rachidien, son hyperleucocytose dans la plupart de nos observations a été réduite d'une façon notable et durable, mais l'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann n'ont pas subi de modifications différentes de celles qui peuvent survenir spontanément chez des malades non traités. Nous nous réservons de suivre encore l'évolution de ces réactions biologiques, avant de chercher à l'interpréter.

Nous ne parlons donc pas de guérison, ni même d'améliorations constantes. Mais si l'on songe que nos résultats ont été obtenus chez des paralytiques généraux parvenus à une période avancée de leur affection et internés à Bicêtre, on peut espérer des succès plus complets chez des malades traités dès le début.

L'arsenic pentavalent mérite donc d'être appliqué au traitement de la syphilis nerveuse parenchymateuse.

Les bases scientifiques du traitement de la tuberculose pulmonaire par les cyanures doubles,

(Méthode anoxémique)

Par le Dr J. LAFONT

La chimiothérapie antituberculeuse est l'objet de nombreuses recherches à l'étranger (HULLIGER, à Neuchâtel : MOELLGAARD, à Copenhague), tandis que les laboratoires français s'orientent plutôt du côté des sérums et des vaccins. L'école italienne, composée des professeurs SERONO et TROCELLO et de leurs élèves (ALDO MEI, URBINO, POGGIO, BERNADINO, MATTA, DEVOTO, MEZZENA, DARETTI) préconise l'emploi du cuprocyan, qui serait un cuprocyanure de potassium. Voici donc de nouveau le cyanocuprol de KOGA à l'ordre du jour et en attendant que le temps ait confirmé la valeur du produit italien, il nous paraît indiqué de résumer la question du traitement de la tuberculose par les cyanures, plus connue à l'étranger qu'en France. Ce sont en effet deux Allemands, BRUCK et GLUCK, qui ont utilisé l'Aurum Kalium Cyanatum en 1913 ; c'est un Japonais, KOGA, qui a expérimenté le cyanocuprol en 1916. Mais, comme cela est arrivé si souvent, l'idée est d'origine bien française ; c'est CHRESTIEN (de Montpellier) qui, le premier, vers 1850 a prescrit le cyanure d'or dans la scrofule et la phtisie, sans que la méthode survive à son auteur. Après une longue éclipse, le cyanure d'or et de potassium est mis en valeur par KOGA, qui signale son activité contre le bacille de la tuberculose, du moins *in vitro* ; mais, encore une fois, cette indication passe inaperçue, et il faut l'essor rapide de la méthode intraveineuse et la fortune éclatante de la chimiothérapie arsenicale pour que l'on songe de nouveau à utiliser les propriétés thérapeutiques des cyanures.

Le mécanisme de l'action physio-pathologique des cyanures dans la tuberculose pulmonaire ne paraît pas avoir retenu l'attention des expérimentateurs, puisque KOGA suppose qu'ils agissent directement sur les tissus tuberculeux et indirectement sur le bacille et que ses élèves MASUDA et MATSUDA considèrent qu'ils ne sont nullement bacillicides sauf par une action secondaire. Le but de cette étude est de montrer que l'emploi clinique des cyanures s'appuie sur des recherches expérimentales méthodiques et des bases scientifiques solides et d'établir que les résultats de la cyanothérapie relèvent de la méthode anoxémique, presque toujours employée empiriquement. Le bacille de Koch, étant un aérobie strict, devient vulnérable par le fait même qu'il a besoin d'avoir à sa disposition de l'oxygène en abondance ; si on lui *coupe* l'oxygène, on l'asphyxie et on le détruit ; si on le rationne, on inhibe sa vitalité, on annihile pratiquement sa grande capacité de résistance, due à sa coque cireuse, véritable blindage sur lequel s'émoussent les armes de l'arsenal thérapeutique, et on vient en aide aux moyens de défense réduits de l'organisme, consistant, soit à emmurer son ennemi par calcification, ce qui est long, soit à l'évacuer par caséification, ce qui lui est néfaste.

L'action physiologique des cyanures

L'action physiologique des cyanures dépend uniquement de leur teneur en acide cyanhydrique et de la facilité avec laquelle ils se décomposent pour le mettre en liberté.

Le fait capital qui domine l'expérimentation et par suite la thérapeutique, c'est la toxicité de cet acide, dont la première victime fut Scheele, le chimiste qui le découvrit.

L'acide cyanhydrique intoxique tous les êtres vivants, à quelque espèce qu'ils appartiennent. Les chenilles et les insectes périssent dans une atmosphère qui en contient dix centigrammes par mètre cube d'air. Les organismes inférieurs sont également sensibles à l'acide cyanhydrique.

La levure perd le pouvoir de faire fermenter le glucose ; une solution à un pour dix mille empêche le développement du bacille de Koch en bouillon de culture glycériné, et, à un pour quinze mille, sur agar-sérum sanguin ; dans ses essais, qui durèrent cinq mois, Koga ne réussit pas à obtenir une seule race microbienne cyano-résistante.

Les chiffres suivants indiquent les doses toxiques des principaux cyanure doubles en milligramme par kilo.

Cuivre et K	3,33	(SUGAI, KOGA)
Zinc —	5,10	(WEHRENDPFENNIG) ;

Nickel — 7, (Bille) ;
Argent — 9,84 (Wortmann) ;
Or — 10, (Bruck et Gluck).

Bien que l'intoxication par l'acide cyanhydrique soit l'une des plus *énigmatiques* (Lewin) que l'on connaisse, on peut dire que son mécanisme essentiel consiste dans la suspension immédiate et complète des phénomènes vitaux, qui constituent les propriétés fonctionnelles des différents tissus. Le poison exerce une action de contact, brutale et prolongée, qui frappe d'anesthésie les éléments cellulaires. Sa volatibilité permet une absorption complète et une diffusion instantanée, d'où la rapidité d'apparition foudroyante des phénomènes toxiques.

Le fait caractéristique et capital de l'intoxication cyanée consiste dans la perte de la capacité respiratoire. Geppert, qui a procédé à de nombreuses expériences sur les animaux, avec des solutions étendues d'acide cyanhydrique et à des doses insuffisantes pour causer la mort, aboutit à la conclusion que ce produit empêche les tissus de fixer l'oxygène, ce qui entraîne une réduction de la quantité d'oxygène consommée et une diminution de l'exhalation d'acide carbonique. Il en arrive à considérer cet empoisonnement comme une véritable *asphyxie intérieure*, malgré la présence, dans l'air inspiré, d'un excès d'oxygène, inutilisable.

Gaethgens a constaté également une diminution des échanges gazeux :

100 cc. d'air expiré par un lapin normal renferment : 4 cc. 264 de CO^2 et 15 cc. 510 d'O ; 100 cc. d'air expiré par le même animal intoxiqué contiennent 2 cc. 993 de CO^2 et 19 cc 280 d'O.

Dans un autre cas 100 cc d'air expiré par un lapin normal renferment 4 cc. de CO^2 et 16 cc. 020 d'O ; chez le même animal après intoxication, 100 cc. d'air expiré contiennent 2 cc. 410 de CO^2 et 19 cc. 180 d'O.

D'autre part, la ventilation pulmonaire est très réduite. Un lapin qui expirait 253 cc. d'air, n'en expire plus que 53 après empoisonnement ; un autre lapin qui expirait 339 cc. 7 auparavant, n'expire plus que 139 cc. 4 après.

En résumé, les animaux intoxiqués expirent une moins grande quantité d'air, et cet air contient plus d'oxygène et moins d'acide carbonique.

Les expériences précédentes ont été reprises par les physiologistes américains G. D. Allen, C. L. Evans et L. H. Hyman, qui en ont confirmé les résultats. Les conclusions de ce dernier sont particulièrement intéressantes.

Il a recherché, au laboratoire biologique marin de Woods Hole, quelle était la consommation d'oxygène d'une part à l'état normal, d'autre part en présence du cyanure de potassium, chez des sangsues, des oligochètes aquatiques, des individus appartenant aux espèces Pennaria, Métridium, Nereis, Chæptoterus, Arenicola. Dans tous les cas la consommation d'oxygène diminue fortement en présence des cyanures.

Cette diminution n'est pas due à une différence dans l'activité musculaire, puisque, dans quelques expériences il fut possible de maintenir les animaux tout à fait immobiles et que, dans les autres, les animaux étaient également actifs dans l'eau normale et dans la solution de cyanure. Le cyanure ne parut point produire de phénomènes anesthésiques sur les animaux qui y furent exposés. La diminution observée disparaissait et la consommation d'oxygène redevenait normale, quand les animaux étaient débarassés du cyanure par lavage.

Dans aucun des cas les animaux ne subirent de dommages. On conserva la plupart d'entre eux longtemps après que les expériences eurent été terminées et ils restèrent entièrement normaux en apparence. Les constatations faites dans les expériences précédentes montrent que la diminution de consommation d'oxygène est proportionnelle à la concentration de la solution ; mais les solutions diluées sont relativement plus actives.

Les cyanures semblent agir, pour Evans, par le mécanisme de l'*anoxémie*, qui résulterait soit d'une action du produit sur les enzymes cellulaires indispensables aux processus d'oxydation, soit d'une combinaison chimique avec les éléments des tissus. Elle se caractérise par la soudaineté de l'apparition et la lenteur de la résolution.

Le professeur H. Roger a montré, dans une étude sur le pouvoir réducteur des tissus, que les phénomènes d'oxydation organiques relèvent de trois mécanismes différents.

1° L'aérobiose ou oxydation directe : fixation de l'oxygène provenant de l'air et véhiculé par le sang.

2° L'oxydation secondaire, consécutive à la décomposition de l'eau oxygénée intra-tissulaire et réglée par deux ferments ; la peroxydase, qui assure les oxydations en libérant de l'oxygène atomique, c'est-à-dire actif ; la catalase, qui les modère en dégageant de l'oxygène moléculaire.

3° L'anaerobiose ou oxydation indirecte, consécutive à la réduction préalable de certaines combinaisons organiques ; la cellule en dégage de l'oxygène et la réduction aboutit ainsi à une oxydation.

Toutes ces fonctions sont également paralysées par l'action des cyanures ; les expériences de Gaethgens, citées plus haut, prouvent que l'oxydation directe est ralentie ; Schonein a établi, d'autre part, que le sang additionné d'acide cyanhydrique devient presque complètement inapte à décomposer l'eau oxygénée ; enfin Roger a constaté que, de toutes les substances qui entraînent la réduction, c'est l'acide cyanhydrique qui semble agir le plus énergiquement.

L'anoxémie

On désigne sous le nom d'anoxémie un état spécial où le sang est relativement pauvre en oxygène, comme on l'observe dans les populations qui vivent à de grandes altitudes, sur les plateaux du Mexique par exemple. Il s'agit donc d'un état physiologique particulier, compatible avec une existence normale et résultant de l'adaptation de l'organisme à la *désoxygénation barométrique* (Jourdanet). Le terme anoxémie a subi, depuis l'origine, une extension considérable ; il a fini par comprendre les phénomènes morbides résultant de la privation d'oxygène, partielle ou complète, quelle qu'en soit la cause, et par englober l'insuffisance respiratoire et même l'asphyxie.

L'anoxémie peut être produite par différents mécanismes qui ont trouvé de nombreuses applications médicales, le plus souvent empiriques, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

L'anoxémie physique se caractérise par le fait que l'air ne contient pas la quantité normale d'oxygène soit par suite de l'abaissement de la pression barométrique, soit par suite de la présence dans l'atmosphère de gaz inertes qui diminuent la tension de l'oxygène. La cure d'altitude, connue de longue date, en est l'application directe. Armieux remarque que les personnes qui arrivent à Barèges (1,270 m.), éprouvent une augmentation notable de la capacité thoracique et une plus grande activité de la

nutrition. VACHER constate l'immunité pour la phtisie de la population du Mont-Dore (1.050 m.) et de Davos (1.650 m.) ; le poumon supplée au déficit d'oxygène par des inspirations plus profondes et plus lentes, d'où résulte un accroissement de la capacité respiratoire, révélé par le spiromètre. JACCOUD observe qu'à Saint-Moritz (1.855 m.) la respiration a plus d'amplitude ; le changement de pression correspondrait à une *gymnastique méthodique* de l'appareil respiratoire. GUILBERT a remarqué, pendant un séjour prolongé à La Paz (3.720 m.), l'absence de la phtisie chez les indigènes, sans distinction de race, sa curabilité par un séjour prolongé et dans une proportion telle qu'elle ne doit pas être considérée comme l'exception, et l'influence constamment retardatrice du climat sur la marche de la maladie de ceux qui sont trop atteints pour guérir définitivement ; aussi en a-t-il fait le sujet de sa thèse (Paris 1862). Il faut signaler également les ascensions en ballon (aérostathérapie de Christian BECK) et la tentative de DUPONT pour réaliser une *diète d'oxygène,* en faisant inhaler à des tuberculeux de l'azote ou de l'acide carbonique. L'acide carbonique aurait encore une action directe sur le bacille de Koch ; l'air contenant 3 % de CO^2 arrêterait son développement et 15 % serait bacillicide, d'après H. J. CORPER, H. GAUSS et O. B. RENSCH.

Dans l'anoxémie mécanique, l'air a sa composition normale, mais arrive difficilement aux alvéoles, par suite de l'insuffisance de la ventilation (occlusion de l'orifice bucco-nasal, compression du thorax),

KUHN a tenté d'appliquer au poumon la méthode de BIER et d'obtenir un vide pulmonaire relatif, un ventousage périphérique, en empêchant l'inspiration de s'effectuer librement et en utilisant un masque spécial, qui permet de la réduire à volonté. Il obtient en réalité une anoxémie mécanique par obturation partielle de l'orifice des voies respiratoires. Le port du masque réalise pour MARTINET une *dyspnée* thérapeutique méthodiquement réglée et provoque l'apparition d'une respiration presque exclusivement costale ; l'inspiration devient un phénomène actif, un véritable exercice de la musculature thoracique et détermine un accroissement parallèle de la capacité spirométrique ; en somme le porteur du masque se trouve dans la même situation que s'il respirait dans l'atmosphère raréfiée des grandes altitudes.

Le pneumothorax artificiel réalise également un état d'anoxémie mécanique permanente due à la suppression fonctionnelle d'une partie du territoire pulmonaire ; comme sa technique est compliquée et qu'il s'accompagne assez fréquemment d'épanchements pleuraux, on a tenté de le remplacer par des procédés simples, inoffensifs et répondant aux mêmes indications : la compression de la base du thorax par un corset plâtré (CHAMPION), un bandage à boucles (JACQUEROD) ou des bandes adhésives (Charles DENISON) ; la diminution de l'expansion pulmonaire par le décubitus latéral sur le côté atteint (WEBB, FORSTER et HOUCK) ; la cure de repos en position déclive, les pieds plus hauts que la tête (DUMAREST, GALLAVARDIN et COLOMBAN) ; et la limitation volontaire des mouvements respiratoires (S. Ad. KNOPF). Dans le même ordre d'idées, GOETZE et FÉLIX ont réalisé la section du phrénique du côté lésé, pour immobiliser l'hémi-diaphragme correspondant et mettre au repos le poumon malade.

Dans l'anoxémie chimique, l'air arrive librement au poumon ; mais l'oxygène ne peut se fixer sur le sang par suite de l'altération de l'hémoglobine (intoxication par le chlorate de potasse, le ferricyanure de potassium) ; ou bien il se fixe sur le sang, mais non sur les tissus, qui ont perdu leur faculté d'absorption (antioxygènes, cyanures). Les *antioxygènes,* découverts par MOUREU et DUFRAISSE, sont des composés chimiques, qui empêchent l'auto-oxydation d'un grand nombre de substances ; cette propriété appartient d'une manière générale à la classe des phénols, que l'on rencontre en quantités importantes chez les végétaux à vie ralentie, qu'ils protégeraient contre une action trop vive de l'oxygène ; les symptômes de l'intoxication phénolique rappellent du reste ceux de l'asphyxie. Les phénols sont des antithermiques, probablement parce qu'ils atténuent l'intensité des oxydations, et, parmi eux, la créosote et le gaïacol ont donné de bons résultats dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, maladie étroitement apparentée à l'auto-oxydation de l'organisme. « Il appartiendra aux techniciens, disent ces deux auteurs, de rechercher si ces substances, en dehors de leur action antiseptique sur le bacille, n'agiraient pas en tempérant l'hyperactivité respiratoire ». Quant aux cyanures, ils ont été étudiés expérimentalement au point de vue de leur action antibacillaire et antituberculeuse.

Les cyanures en tuberculose expérimentale.

En 1890, au dixième Congrès de médecine interne, KOCH montra que les sels d'or possèdent une puissance de stérilisation considérable vis-à-vis du bacille tuberculeux et qu'une solution de cyanure à un pour deux millions produit une action d'arrêt dans les cultures. Le brillant succès d'EHRLICH et HATA dans le traitement de la syphilis attire sur la chimiothérapie de la tuberculose l'attention de BRUCK et GLUCK, qui s'appuyant sur les constatations précédentes, utilisèrent le cyanure d'or et de potassium, après avoir recherché les doses toxiques chez le lapin. KOGA se livre ensuite à de nombreuses études de laboratoire en expérimentant l'action des cyanures sur le bacille de Koch et la tuberculose du cobaye. Tout en admettant que les différents cyanures présentent des affinités spécifiques pour le bacille de la tuberculose, il pense que le cyanure d'or et de potassium se transforme en une substance inerte avant d'avoir atteint la lésion et le bacille lui-même ; aussi l'abandonne-t-il pour le cyanure de potassium, avec lequel il enregistre chez le cobaye une tendance marquée à la guérison ; bien que ce sel soit toxique et capable de produire dans certains cas un processus nettement destructif, il essaye ensuite un composé plus actif et moins toxique, obtenu en associant l'acide cyanhydrique au cuivre, dont la valeur antibacillaire a été signalée par LINDEN, MEIDEN et STRAUSS.

KOGA constate que le cyanure de cuivre et de potassium empêche le développement du bacille de Koch en bouillon de culture glycériné dans la proportion de 1 pour 10.000, et sur agar-sérum sanguin à 1 pour 15.000 ; il ne trouve pas de race microbienne cyano-résistante, bien que ses essais aient duré cinq mois. Il fait ensuite de nombreuses expériences sur les cobayes; chaque animal reçoit dans la veine fémorale 1/20e de milligramme de culture humaine virulente, puis 25 jours après une injection intraveineuse d'un centimètre cube de solution de cyanure à 1 pour 2.000, par kilo, tous les 15 jours. Sur 38 animaux, 20 restèrent en bonne santé apparente pendant 22 semaines ; 10 furent sacrifiés pour examen macroscopique et microscopique : 6 présentaient des lésions tuberculeuses guéries et 4 étaient à la période d'arrêt ; sur les 18 autres animaux, 2 périrent de la réaction évolutive causée par une élévation brusque de la dose in-


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

jectée, 4 avaient des lésions guéries, 8 étaient à la période d'arrêt et 4 en évolution comme les témoins.

Les conclusions du travail expérimental de KOGA sont les suivantes : Le cyanure de cuivre, de potassium, a une valeur curative marquée, comme le montre l'étude histologique et bactériologique des organes touchés. Après des injections répétées, la congestion des lésions décroît, la matière caséeuse se résorbe, du tissu conjonctif jeune apparaît à la périphérie ; pendant que ces modifications se produisent, le nombre des bacilles diminue progressivement jusqu'au moment où l'on n'en trouve plus à l'examen microscopique ; la stérilité des lésions a été obtenue autant qu'on en puisse juger au microscope, mais l'examen microscopique n'est pas après tout une preuve de stérilité absolue. Il en résulte que bien que la préparation n'ait pas *in vivo* de pouvoir bactéricide suffisant pour agir en une seule fois, les injections répétées peuvent néanmoins déterminer la destruction de tous les bacilles et la modification des lésions tuberculeuses jusqu'au stade d'arrêt et même de guérison. Que le cyanure donne ces résultats, soit directement en tuant le bacille, soit indirectement en favorisant le processus de guérison de l'organisme, il a le pouvoir d'enrayer la croissance du bacille ou même de l'annihiler entièrement *in vivo*.

Conclusions.

Tout produit antibacillaire nouveau est destiné, après avoir été étudié au laboratoire, à pénétrer dans le domaine de l'expérimentation clinique et, après avoir fait ses preuves, dans la pratique journalière. Bien que ces questions soient en dehors du cadre de cet article, on est en droit de se demander si les cyanures représentent une arme antituberculeuse efficace, question capitale pour le praticien. Après avoir étudié les travaux de BRUCK, GLUCK, JUNKER, PEKANOVITCH et MAYER d'une part, de KOGA, OTANI, MASUDA et SUGAI d'autre part, le doute n'est plus permis ; la réponse doit être affirmative, comme l'ont montré ROSENTHAL dans les *Archives générales de Médecine* et LAUMONIER dans la *Revue de Chimiothérapie*. L'école italienne aboutit aux mêmes conclusions. Personnellement nous avons utilisé *larga manu* les cyanures dans le traitement de la tuberculose, en 1914 le cyanure d'or, en 1919 successivement les cyanures de cuivre, de fer, de platine, de zinc, de nickel, pour fixer notre choix en 1921 sur le cyanure double d'argent et de potassium. Aussi croyons-nous avoir une expérience suffisante de la cyanothérapie pour signaler les difficultés auxquelles on se heurte dans l'application de cette méthode et qui ont retardé le départ d'une médication dont l'activité est particulièrement remarquable.

La première de ces difficultés, et non la moindre, réside dans la toxicité des cyanures, et nous parlons ici uniquement de la voie intraveineuse. Ils ne possèdent pas un organotropisme et un parasitotropisme distincts, mais bien un organotropisme et un parasitotropisme égaux et parallèles, ou plus exactement un cytotropisme qui influence toutes les cellules organiques et parasitaires ; d'où la difficulté d'atteindre le bacille sans léser l'organisme, d'où la nécessité de n'injecter que des doses compatibles avec l'intégrité des tissus sains. Les réactions thérapeutiques se traduisent de deux manières : les unes immédiates et passagères, par de la dyspnée, des vertiges et de l'hébétude (le malade est *groggy*) ; les autres, tardives et durables, par un état de dépression analogue au mal des montagnes et justiciable du repos absolu au lit. Or, comme les doses actives sont tangentes aux doses toxiques, il y a peu de marge, et seule une longue expérience permet de déterminer la dose optima, qui donne le maximum d'amélioration avec le minimum de réaction. C'est un point sur lequel ont bien insisté MASUDA et MATSUDA : « Le point essentiel du traitement au cyanocuprol, disent-ils, consiste à trouver la dose convenable. Si on établit correctement le coefficient individuel (*individualization*), qui est ici d'une importance spéciale, le traitement à une valeur remarquable et surpasse tous les autres remèdes éprouvés. » Par contre les auteurs japonais n'ont mentionné nulle part un fait que nous avons constaté régulièrement, c'est la variation de la dose optima au cours de la cure chimiothérapique ; l'organisme acquiert une accoutumance légère, mais réelle, aux cyanures ; les réactions s'atténuent ou sont retardées, d'où la possibilité d'augmenter progressivement les doses.

Un autre élément, qui est passé inaperçu, c'est le rôle du métal employé. FELDT a émis l'hypothèse d'une action antibacillaire de l'or ; il conseille le cyanure d'or. KOGA pense au contraire « qu'il se transforme en une substance inerte avant d'avoir atteint la lésion et le bacille lui-même » et il préfère le cuivre. A notre avis le radical cyané seul joue un rôle actif et le point important est de le rendre aussi stable que possible en l'associant à un métal ayant une fonction métallique prépondérante ; aussi recommandons-nous le cyanure d'argent, puisque suivant l'expression du professeur CHAVASTELON, l'argent est un métal « très métal » ; on connaît des aurates, des cuprates , on ne connaît pas d'argentates. Chaque cyanure a une action spéciale et différente sur l'organisme tuberculeux ; le cyanure d'or est peu toxique mais peu actif ; le cyanure de cuivre est très actif et très toxique ; enfin le cyanure d'argent est très actif et peu toxique. Mais il ne s'agit pas là de formules absolues ; activité et toxicité augmentent ou diminuent parallèlement aux quantités injectées. Tout dépend du dosage et nous sommes d'avis que l'on peut employer avec succès n'importe quel cyanure à la condition d'en connaître très exactement la posologie intraveineuse.

Nous signalerons enfin un dernier point très important, c'est l'établissement de la formule injectable. Les cyanures sont des sels très instables, très dissociables, surtout en solution. La solution aqueuse, saturée d'acide carbonique est au contraire stable et de conservation à peu près indéfinie. L'adjonction de chlorure de calcium, proposée par KOGA, ne nous paraît pas avoir d'intérêt réel. Il n'est pas jusqu'au verre de l'ampoule qui ne joue un rôle ; s'il n'est pas rigoureusement neutre, la solution se trouble ou se précipite, ce qui détermine un choc (type colloïdoclasique) à l'injection intraveineuse.

On voit donc combien la question de la cyanothérapie est complexe ; quelles que soient les difficultés d'application pratique qui en aient entravé l'essor, elle est destinée à prendre en thérapeutique la place qui est due à une méthode reposant sur des bases scientifiques solides ; ce succès nouveau de la chimiothérapie serait encore une victoire de la vieille clinique française et la consécration des idées de ce précurseur que fut CHRESTIEN, de Montpellier.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — Un concours s'ouvrira, le mardi 30 juin 1925, devant la faculté de médecine de l'université de Montpellier pour l'emploi de suppléant de la chaire de clinique chirurgicale à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Sont annulées les dispositions de l'arrêté en date du 9 décembre 1924 relatif à ce concours.

FAITS CLINIQUES

Confusion mentale au cours d'un état dépressif

Par le Dr **Georges LERAT**

La confusion mentale est un des syndromes les plus intéressants de la pathologie mentale : dans l'histoire des recherches et des travaux qui lui donnèrent une personnalité les noms de DELASIAUVE, de CHASLIN (1), et de SÉGLAS (2) sont à mettre au premier plan.

Chose curieuse, bien que longuement étudiée au point de vue étiologique, où elle apparaît dépendante de causes principalement toxi-infectieuses, et au point de vue clinique, « il est difficile d'en donner une définition nette et précise » (3). Nous estimons cependant que la meilleure formule, où sont résumés les traits véritablement caractéristiques de ce syndrome est due à TASTEVIN, et que BENON (4) a reprise : la confusion mentale est essentiellement constituée par des troubles généralisés de la perception et de la reconnaissance (des êtres, des lieux, des choses), dont le malade n'a pas conscience ou n'a qu'une conscience très relative (ceci dans la confusion initiale et légère). DIDE (5) a souligné aussi, très justement, en quelques mots, ces faits fondamentaux : « La confusion mentale dépend de perceptions du monde extérieur, imparfaites, et de défectueuse identification (agnosie) ».

Il est très important d'ajouter que, la plupart du temps, mais non nécessairement, se joint, à cette « confusion mentale », un état « d'onirisme », qui se manifeste plus fréquemment vers le soir ; dans ce cas, il existe des illusions et des hallucinations variées, mais surtout visuelles ; des images, des scènes diverses prises pour la réalité (de caractère habituellement désagréable, pénible ou angoissant) apparaissent, se succèdent rapidement, assez chaotiques, comparables à celles du rêve.

Les conditions au cours desquelles, habituellement, survient l'accès confusionnel : infections (état puerpéral, fièvre typhoïde, grippe etc.), intoxications (alcoolisme, urémie, etc.), servent beaucoup, s'il y a hésitation, à aiguiller le diagnostic.

Dans l'observation suivante, abrégée, on voit l'accès apparaître brusquement, pendant une période dépressive due à un chagrin prolongé, ignoré de l'entourage de la malade. Quelles que soient sa brièveté et la rareté des circonstances, le dessin des symptômes n'en est pas moins net.

Mlle M. X..., âgée de 53 ans, domestique chez un vieux médecin n'exerçant plus, entre dans notre service, le 31 décembre 1922.

Début de l'accès. — Suivant les renseignements qui nous sont donnés à ce moment, il a été très brusque, et date du 29 décembre : ce jour là, à 7 heures du matin, Mlle X... ouvre les volets de la maison, et dit à son maître : « Je me recouche : il fait si mauvais ? Je prends encore une demi-heure de repos. »

Une heure après, complètement « égarée », elle sort en chemise de la maison, disant qu'elle se rend à la gare pour empêcher son fils (décédé il y a dix neuf ans), de partir par le train.

Symptômes constatés à l'entrée de la malade. — La malade a l'aspect égaré et anxieux : elle paraît obsédée par la crainte de ne pas retrouver son fils ; elle pleure et gémit « Mon fils ! mon fils ! ». De toute personne qui se présente, elle s'approche très près, semblant la confondre avec son fils et s'adresser à lui, répétant les mêmes paroles en pleurant. On lui montre plusieurs objets : monnaie, clef, crayon, cuiller, etc., en lui demandant d'en désigner l'usage ; elle en est incapable. Elle ne sait pas où elle est, ignore l'année, le mois, la date actuels, son âge, sa profession, ne peut dire, d'où elle vient et quand elle est venue.

Bref, on est obligé de la diriger comme un enfant qui serait incapable d'identifier tout ce qui l'entoure.

L'anxiété qui s'exprime nettement et d'une manière constante par la mimique, s'accompagne enfin d'une certaine agitation : la malade se déplace continuellement en gémissant.

En résumé, symptômes caractérisés, au point de vue intellectuel : par des troubles profonds de l'attention, des perceptions, de la mémoire, etc., dont les conséquences sont la désorientation dans l'espace et le temps, le défaut de reconnaissance des personnes et des choses, qui spécifient le syndrome confusion mentale : au point de vue affectif : par un état anxieux obsédant, constitué par la crainte éprouvée par la malade de ne pas retrouver son fils, et aussi, semble-t-il, par l'impuissance où elle est de reconnaître ce qui l'entoure.

Evolution et durée. — Cet état persiste jusqu'au 1er janvier, à midi : la malade s'alimente et dort très peu : il y a incontinence des urines et des matières. Le traitement suivant est institué : alitement, balnéation chaude, régime lacté, injections d'huile camphrée, lactose.

Terminaison des troubles confusionnels. — Elle est aussi brusque que le début : quelques instants avant, Mlle X... à l'infirmière qui lui demandait : « Comment cela va-t-il ? » répondait : « C'est toi, mon fils Pierre ? ».

Lucide tout à coup, et très étonnée de se trouver dans un milieu nouveau, la malade interroge le personnel infirmier : Où suis-je ? Pourquoi suis-je venue ici ? Dans quelles circonstances, etc ? »

En somme, elle n'a conservé aucun souvenir de ce qu'elle a fait, de ce qu'elle a vu, entendu, depuis le début de l'accès confusionnel ; elle ne se rappelle pas son voyage, ni les personnes qui l'ont accompagnée, ni depuis combien de temps elle est ici, etc.

A l'exception de cette amnésie antérograde (c'est-à-dire qui concerne exclusivement les faits survenus après le début de l'accès), on ne constate aucun trouble de l'attention, du jugement, de la mémoire, de l'affectivité ; mais il y a de l'asthénie assez nette ; la malade se sent faible, abattue ; aussi, préfère-t-elle rester alitée ; elle se dit très lasse, au bout de courts interrogatoires : elle n'a ni le goût, ni la force de s'occuper à des travaux de couture, de regarder des revues illustrées, etc.

L'analyse des urines et l'examen des divers appareils n'indiquent rien d'anormal. Mais la pression artérielle, mesurée au sphygmomanomètre de Pachon, est basse (maxima : 11 — minima : 6).

On fait à la malade une série d'injections hypodermiques de glycéro-phosphate de soude, et on lui recommande de continuer à se reposer.

Cette asthénie décroît, mais lentement, et la malade sort de l'établissement le 29 janvier, non encore revenue à son état normal de force, mais très améliorée à ce point de vue et sans aucun trouble psychique.

Antécédents pathologiques. — Avant son départ, la malade nous donne des renseignements sur son passé pathologique : les faits ne sont pas nombreux, mais très importants à connaître, pour situer l'accès confusionnel. Pas d'antécédents héréditaires ; pas de maladies antérieures ; jamais de crises dans l'enfance ou plus tard ; pas d'habitudes éthyliques. Constitution assez émotivée.

---

(1) CHASLIN (Ph.). — La confusion mentale primitive. Paris, 1895.

(2) SÉGLAS (J.). — Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, 1895.

(3) J. CAPGRAS et P. JUQUELIER. — La confusion mentale dans ses rapports avec les évènements de guerre. (*Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, p. 43, décembre 1917.)

(4) R. BENON. — Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post-traumatiques.

(5) DIDE. — La confusion mentale (toxi-infection corticale subaiguë). (*Presse médicale*, samedi 11 mars 1922, n° 20.)

5e Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques. — Ce congrès se réunira comme nous l'avons annoncé les 2, 3 et 4 avril :

La séance d'ouverture du congrès aura lieu le jeudi deux avril à quatorze heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence effective de Monsieur Justin GODART, Ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales.

De suite après la séance d'ouverture se tiendra une première séance de travail pour la lecture du rapport sur l'organisation des stations climatiques.

Le vendredi 3 avril, séance à neuf heures du matin pour la lecture du rapport sur la législation thermale ; s'il était nécessaire, une seconde séance se tiendrait à deux heures pour épuiser la discussion de ce rapport.

Le samedi 4 avril, séance à neuf heures du matin, lecture des rapports sur les voyages d'études aux stations et sur la protection des sources : à deux heures séance de clôture.

Le samedi à vingt heures, banquet dans les salons de l'Hôtel Continental. De suite après le banquet, interprétation de la charmante saynète de Courteline « La Paix chez soi », par Madame de Chauveron et Monsieur Dessonnes de la Comédie-Française.

Les inscriptions doivent être adressées à Monsieur VERMEYLEN, trésorier, directeur de la Cie des Eaux Minérales du Mont-Dore, 19, rue Auber, à Paris. Compte de chèques posteaux 719.54).

Enseignement pratique de la pédiatrie. — Les docteurs ARMAND-DELILLE, HALLÉ, HUBER, LEMAIRE, LESNÉ, PAISSEAU, RIBADEAU-DUMAS, WEILL-HALLÉ, médecins des hôpitaux, les docteurs MOUCHET, VEAU, chirurgiens des hôpitaux, feront, du 20 avril au 2 mai 1925, deux séries de 12 leçons sur les maladies de la première enfance avec démonstrations pratiques, à l'hôpital Trousseau, 158, rue Michel-Bizot, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), 40, rue Bichat et à la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal.

COURS DE PÉDIATRIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — *Première série* : 20 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau). ARMAND-DELILLE, Pratique de l'allaitement au sein et au biberon. Ration alimentaire; 17 heures (Hôpital de la Maternité, 119, boul. de Port-Royal). RIBADEAU-DUMAS, Dyspepsie du lait de vache. Constipation et diarrhée. — 21 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau) PAISSEAU, Entérocolites de la première enfance ; 17 heures (Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes). WEILL-HALLÉ, Hygiène sociale du nourrisson. Maison d'allaitement. — 22 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau). ARMAND-DELILLE, Sevrage et ses accidents. Anémies. Dyspepsie des farineux; 17 heures (Hôpital de la Maternité, 119, boul. de Port-Royal). RIBADEAU-DUMAS, Hypothrepsie et athrepsie. — 23 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau). PAISSEAU, Choléra infantile. Diète hydrique ; 17 heures (Hôpital Trousseau). HUBER, Anorexie et vomissements du nourrisson. Sténose pylorique. — 24 avril, 11 heures (Hôpital Saint-Louis). MOUCHET, Invagination intestinale. Affections chirurgicales de l'intestin chez le nourrisson ; 16 heures (Ecole de puériculture, 64, rue Desnouettes). WEILL-HALLÉ, Alimentation des nourrissons malades. Laits modifiés. Bouillie maltée. Démonstrations pratiques. — 25 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau). LESNÉ, Maladies par carence. Scorbut infantile. Spasmophilie. Tétanie ; 17 heures (Pouponnière de Boulogne, 55, rue Denfert-Rochereau). LESNÉ, Hygiène des nourrissons élevés en commun

Deuxième série : 27 avril, 11 heures (Hôpital Trousseau). LESNÉ, Rachitisme. Etiologie, pathogénie et symptômes ; 17 heures (Hôpital Trousseau). LESNÉ, Rachitisme. Traitement (Présentation des malades et projections). — 28 avril, 11 heures (Hôpital Saint-Louis). HALLÉ, Dermites simples et prurigo ; 17 heures (Hôpital Saint-Louis). HALLÉ, Eeczéma des nourrissons. — 29 avril, 11 heures (Hôpital Saint-Louis). HALLÉ, Phemphigus. Impétigo. Ecthyma ; 17 heures, (Hôpital Saint-Louis). HALLÉ, Erysipèle. Pyodermite. Gale. — 30 avril, 11 heures (Hôpital Saint-Louis). HALLÉ, Syphilis cutanée et muqueuse du nourrisson ; 17 heures (Hôpital Trousseau). H. LEMAIRE, Syphilis viscérale et osseuse. — 1er mai, 11 heures (Hôpital Trousseau). H. LEMAIRE, Syphilis nerveuse. Convulsions ; 17 heures (Hôpital Trousseau). HUBER, Prophylaxie et traitement de la syphilis héréditaire. — 2 mai, 10 heures (Hôpital des Enfants-Assistés). VEAU, Malformations congénitales (tête, membres, rachis) ; 17 heures (Hôpital Saint-Louis). MOUCHET, Genu valgum. Scoliose.

Un cours analogue composé aussi de deux séries aura lieu à Partir du 5 octobre 1925.

Complément pratique. Au cours de ces conférences, il sera procédé à des examens de malades, à des projections et à des démonstrations pratiques sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (application de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé pour chaque série à 100 francs. Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le Dr LEMAIRE, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

Il y a dix-neuf ans, la malade perd un fils âgé de treize ans ; elle en éprouve un violent chagrin qui, tout en s'atténuant, dit-elle, n'a jamais cessé.

Deux ou trois mois avant les troubles actuels, ce chagrin, nous n'avons pu savoir sous quelle influence, reprend une intensité marquée ; elle le refoule, n'en parle pas à son maître, qui n'en aperçoit aucune manifestation, et, par conséquent, l'ignore. Enfin, peu à peu de l'asthénie, de la dépression surviennent : elle ne se sent pas dans son état normal : » Je n'arrivais pas à faire ce que je voulais, dit-elle, parce que j'oubliais bien des choses ; j'étais fatiguée, et, c'est drôle ? je ne faisais pas grand chose... : c'était une fatigue de tout le corps... ; j'avais eu cette fatigue-là, quelquefois, ça me durait quelques jours ; cependant, elle n'avait jamais été aussi forte, et n'avait jamais duré aussi longtemps ».

Enfin, depuis la même période, elle rêve presque toutes les nuits à son fils, et, dans la journée, sa pensée, malgré qu'elle essaye sans cesse de la dériver, revient continuellement à lui : elle le sent tout autour d'elle, selon ses expressions ; par moment, elle croit l'entendre lui dire, d'une voix aussi nette que celle d'un vivant : « Oh ! bonne maman, viens que je t'embrasse ? » Elle n'a pas la conviction, cependant, que c'est une voix réelle : elle sait, dit-elle, que c'est « une illusion, une chose qui ne peut pas être ».

Les symptômes psycho-pathologiques qui ont motivé l'admission de la malade dans notre service appartiennent évidemment au syndrome confusion mentale : tout en témoigne : les troubles profonds de la perception, de la reconnaissance, et de l'orientation, enfin, l'amnésie absolue, lacunaire, de toute la période pendant laquelle ces troubles ont évolué. Les symptômes de confusion se sont compliqués d'anxiété avec agitation, ce qui est habituel ou très fréquent.

A quoi rapporter cette confusion mentale ? Sans les renseignements que la malade, redevenue lucide, nous a donnés, l'accès paraît être survenu inopinément, sans intoxication connue, sans cause précise.

Mais l'anamnèse révèle des faits qui ont échappé à l'entourage de la malade ; sans doute, il paraît difficile d'admettre que le chagrin violent éprouvé par celle-ci à la mort de son fils ait persisté si longtemps, sans interruption : mais, par contre, il est certain que, plusieurs mois avant l'accès, ce chagrin s'est réveillé, a repris de l'intensité et provoqué de l'abattement (asthénie générale, etc.). Tout cela est ignoré de l'entourage, parce que Mlle X... n'en parle pas, refoule ses sentiments, et aussi, parce que son asthénie, d'intensité moyenne, n'empêche pas l'adaptation au travail très modéré qui lui est imposé.

En définitive, et nous soulignons la rareté des circonstances qui la précèdent, cette confusion mentale a fait son apparition au cours d'un état dépressif, ou mieux d'un état mélancolique, sans délire, le mot mélancolie exprimant un chagrin prolongé suivi d'abattement.

Il est curieux d'observer que la malade, autant qu'il lui a été possible, a longtemps refoulé, selon l'expression freudiste, ses sentiments pénibles, et que ceux-ci, ainsi comprimés, ont fait explosion, au début de la confusion, envahissant tout le psychisme, et n'y laissant rien debout pendant tout l'accès.

Notons enfin que, définitivement renseigné sur l'enchaînement des faits morbides, il nous a été possible d'apaiser les préoccupations de la malade, de lui montrer que son chagrin, par sa prolongation normale, avait été une cause déterminante de l'accès actuel, et de lui suggérer doucement qu'il était nécessaire pour elle de laisser s'éteindre peu à peu ses souvenirs douloureux ; elle nous a paru accessible à cette psychothérapie, et, depuis, son état de santé s'est maintenu assez bon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 mars 1925

Résultats de la prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant par la séparation d'avec les parents tuberculeux et l'élevage en placement familial. — MM. *Léon Bernard, R. Debré et Marcel Lelong* publient les résultats de près de cinq années d'observation d'enfants préservés grâce à l'organisation de prophylaxie ante-natale et post-natale dont ils ont créé les dispositifs et réglé le fonctionnement. Au nombre de 265, les enfants issus de tuberculeux recueillis avant toute contamination présentent une première période de croissance retardée jusqu'à 18 mois, puis ils deviennent tout à fait normaux, tant au point de vue de leur poids, que du rapport pondéro-statural, que de l'activité vitale et de la résistance aux maladies, notamment au bacille de Koch, car, sauf un, tous ont échappé aux contaminations accidentelles ultérieures. Leur mortalité est relativement élevée dans le premier mois de la vie. Au delà de trois mois, elle est de 5,7 %, taux normal de la mortalité à cet âge.

Séparés du foyer tuberculeux bien que déjà contaminés, 171 enfants ont montré une certaine hypotrophie pendant la première année ; à partir de 18 mois, leur état est normal, leur résistance également. La mortalité globale par tuberculose secondaire a été de 7,60 %.

Les auteurs ont recherché tous les enfants qui avaient été soit refusés par le Placement, soit conservés par leurs parents malgré le conseil donné de les séparer. Sur 66 enfants, retrouvés par l'enquête, 54, soit 82 %, sont morts ; le taux de 82 % pour les non séparés s'oppose donc à celui de 7,60 % pour les séparés.

Pour 37 enfants, l'enquête a pu préciser les conditions subies par ces enfants : 13 d'entre eux avaient été acceptés pour le placement, refusé par les parents ; 5 ont vu l'agent de contagion disparaître, ils vivent encore ; 8 ont continué à être en contact ; ils sont tous morts. Les 24 autres enfants avaient été refusés pour le placement : pour 11 le contact avait cessé par la mort du parent, 10 vivent encore ; pour les 13 autres, le contact a continué ; ils sont tous morts.

Ces premiers résultats démontrent péremptoirement la valeur préservatrice de la séparation, la valeur des règles qui conditionnent celle-ci, enfin la valeur physiologique et sociale des enfants de tuberculeux, quand, grâce à la séparation, ils sont soustraits à la contagion.

Les assurances sociales. — M. *Balthazard.* — Le projet de loi sur les assurances sociales a provoqué les plus vives appréhensions dans le corps médical français au point de vue de l'avenir de la médecine, la communication de M. Weiss précisant l'influence exercée en Alsace-Lorraine sur la profession médicale, a justifié à l'excès ces appréhensions. Il constate avec amertune l'abaissement de l'indépendance et de la dignité du médecin, l'avilissement des soins médico-chirurgicaux, et montre que l'enseignement médical lui-même est compromis.

Pour éviter de tels maux il est indispensable que le projet de loi, qui fait actuellement l'objet de l'examen de la Commission d'Hygiène du Sénat, subisse les remaniements permettant de tenir compte d'un certain nombre de principes qui ont fait jusqu'à présent la réputation et l'honneur de la médecine française.

Il est donc proposé à l'Académie d'adopter le vœu suivant :

« Pour ne pas constituer un recul au lieu d'un progrès, la loi sur les Assurances sociales doit respecter les principes suivants, nécessaires au maintien de la tradition médicale française dans ce qu'elle a de meilleur et de plus utile, sans l'observation desquels le corps médical ne saurait apporter un concours loyal et dévoué au fonctionnement de la loi :

1° Libre choix du médecin par l'assuré et rapports directs entre le médecin et l'assuré, sans interposition de caisses ;

2° Respect absolu du secret professionnel ;

3° Contrôle organisé par les caisses sur l'assuré, le médecin traitant n'intervenant qu'à titre de défenseur de son malade ;

4° Obligation pour les caisses d'utiliser les organisations hospitalières dans les villes où siègent des Facultés et Ecoles de médecine, les frais d'hospitalisation étant fixés par des Commissions arbitrales. »

Le pian bois de la Guyane. — M. *Nattan-Larrier*. — Cette maladie qui ne peut être confondue avec le pian, est due à une leishmania, qui fut vue pour la première fois en 1919 par Nattan-Larrier, Heckenroth et Touin, sur les coupes d'un ulcère de la peau qui avait été extirpé à la Guyane. Dans un nouveau travail, M. Nattan-Larrier établit que les caractères du parasite permettent de le rapprocher de celui qui cause la leishmaniose américaine : il possède, en effet, la même morphologie, les mêmes dimensions et la même structure que ce dernier. L'action pathogène des deux leishmania est cependant toute différente. Le pian-bois et la leishmaniose americaine ne possèdent ni les mêmes symptômes, ni la même marche, ni la même durée, ni le même pronostic. Peut-être y aurait-il donc lieu de considérer le parasite de la Guyane comme appartenant à une nouvelle variété de leishmania tropica, agent pathogène du bouton d'Orient.

Nouvel accident de l'électricité domestique. — M. *Zimmern*. — Cet accident a été déterminé par un appareil de chauffage de fer à friser branché sur le circuit d'une chambre d'hôtel (220 volts). Tenant de la main gauche la carcasse de l'appareil qui faisait masse la victime voulut avec la main droite revisser une pièce intérieure. Elle se trouva en circuit sur la tension et fut prise d'une violente contraction des fléchisseurs de la main et de l'avant-bras et des élévateurs de l'épaule, il en résulta une fracture du poignet gauche. Il y eut également des brûlures au 3e degré de l'extrémité des doigts et des douleurs des deux épaules par névrite.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 mars 1925.

Occlusion duodénale après appendicectomie. — *M. Basset* rapporte une observation du Dr *Gélas* (d'Annemasse). Il s'agissait d'un enfant de 14 ans présentant, au cours d'une crise aiguë, un abcès appendiculaire : appendicectomie avec résection épiploïque ; 8 jours apres se manifestent des vomissements par crises précédées par une contracture gastrique manifeste, survenant après le repas et d'ailleurs atténués si le malade se place en position ventrale. L'examen radiologique montre une dilatation du duodénum avec stase de la baryte à ce niveau depassant six heures : on fait le diagnostic d'occlusion duodénale et on intervient. Une bride d'épiploon écrase le transverse, elle est sectionnée ; on constate que l'estomac est dilaté, le mésentere est induré avec de gros ganglions inflammatoires, comme l'a révélé l'examen histologique de l'un deux. Les suites furent simples, 2 mois après le malade, en excellent état, a engraissé de 13 kilos.

En 1923, l'auteur avait observé chez un malade des vomissements répétés avec ballonnement abdominal. Il pensait à une sténose pylorique ulcéreuse, mais à l'inventervention il ne trouva qn'une bride qui fut sectionnée et, en outre, un appendice très malade qui fut enlevé.

Torsion du testicule. — *M. P. Descomps* rapporte une observation de M. *Petridis* (d'Alexandrie). Il s'agissait d'une torsion du testicule dans l'espace inguino-scrotal, ce qui est le type le plus rare, la forme habituelle étant la torsion dans une vaginale plus ou moins modifiée. M. Petridis pratique la castration par section du cordon sphacélé au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Il laisse ainsi le segment supérieur sphacélé du cordon, d'où opération itérative nécessaire et cicatrisation secondaire.

Au sujet de la neurotomie rétro-gassérienne. — Au cours d'un rapport sur une observation que *MM. Combier* et *Murard* (du Creusot) ont fait suivre de quelques reflexions, *M. P. Descomps* expose l'état actuel de la question des interventions sur le ganglion de Gasser. L'anesthésie locale, qui a la préférence des auteurs, ne lui semble pas permettre l'anesthésie du trijumeau, d'où douleur intense au moment de la section. La voie d'accès sus-auriculaire de Beule a été abandonnée pour la voie antérieure décrite par Krause, pour la gassérectomie par Frazier, pour la neurotomie même et reprise en France par de Martel. Au cours de l'intervention, les hémorragies peuvent être importantes, la méningée moyenne et sans doute aussi la petite méningée en sont la cause habituelle, mais il peut y avoir, dans certains cas (Descomps, 1914), une hémorragie de la carotide interne. Quant à la ligature préalable de la carotide externe (Robineau), Descomps croit qu'elle peut favoriser les troubles neuro-paralytiques par lésions du sympathique péri-artériel. Il attache une grande importance au décollement lent de la duremère et à la protection du nerf grand pétreux, mais il ne peut considerer comme une faute opératoire la section de la racine motrice du ganglion car elle ne peut souvent être distinguée de la racine sensitive.

La neurotomie rétro-gassérienne n'est pas à l'abri des troubles trophiques secondaires : les accidents neuro-paralytiques surviennent dans 50 pour 100 des cas. Il faut attendre une année avant de s'en croire à l'abri. Certaines précautions opératoires et le traitement post-opératoire prophylactique doivent donc être de règle.

M. Cunéo indique qu'il faut distinguer nettement l'extirpation du ganglion de Gasser, opération étendue et grave, de la section de la racine sensitive, opération minimum, mais encore sérieuse, bien que bénigne pour des chirurgiens très exercés à sa technique. Elle est possible par une petite incision ; l'un des repères les plus utiles est la méningée moyenne qui doit être liée toutes les fois qu'on le peut car l'hémostase par tamponnement n'est pas toujours facile. Il ne faut pas décoller la face inférieure du ganglion et c'est une faute de sectionner la racine au bistouri ; il faut, en effet, penser à la carotide interne et au sinus pétreux, et employer un crochet tranchant.

Traitement des pieds bots. — *M. Mathieu* conclut la discussion en rappelant que les résultats peuvent être très améliorés si le traitement post-opératoire a été continué longtemps par un orthopédiste compétent. En somme, le modelage dès la naissance est la méthode de choix — ou bien il faudra, vers 8 ans, pratiquer avec Ombrédanne une tarsectomie — mais la reposition de l'astragale, véritable arthroplastie, peut être envisagée et discutée.

Nécrose du tissu adipeux sous-cutané simulant une tumeur maligne (granulome lipophagique du sein). — *M. Lecène* a vu plusieurs cas de nécrose du tissu cellulo-adipeux sous-cutané survenus sans cause ou à la suite d'un traumatisme insignifiant.

En 1913, il examine une femme de 50 ans présentant une tumeur dure du *sein* droit, indolente, adhérente à la peau qu'elle capitonnait, tumeur sans limites profondes nettes, mais nettement isolable de la glande mammaire. Il pratiqua l'ablation de ce nodule à l'anesthésie locale. Il s'agissait d'une masse crayeuse entourée de lobules adipeux, avec en réalité des lésions histologiques de *cytostéatonécrose*, mais sans aucune trace de dégénérescence.

En 1925, il voit une femme de 61 ans avec une tumeur dure de la *région mammaire*, cette masse indolore, adhérente au tissu cellulo-adipeux, mais sans rapport avec la glande ne s'accompagnait pas de ganglion. M. Lecène, instruit par son expérience antérieure fit le diagnostic de cytostéatonécrose et pratiqua l'ablation de la tumeur et du segment de peau adhérent. L'examen révéla le même aspect crayeux et confirma le diagnostic.

Une pièce de Du Bouchet a montré les mêmes lésions caractéristiques : il s'agissait d'une tumeur de la région *deltoïdienne* faisant penser à un sarcome et qui fut réséquée largement.

Ces tumeurs ont été décrites successivement par Lanz (de Berne) en 1898, puis par Kuttner ; Lee et Adair en ont observé plusieurs cas (Association américaine de chirurgie, 1920 ; et *Surgery Gynecology et Obstetric*, 1922). Shiltz et Fontaine (*R. de Chirurgie*, 1923) et Roffo (*Annales d'anatomie pathologique*, 1925) en ont décrit chacun un cas. Au total, une douzaine de cas en ont été publiés dans le monde, presque tous au niveau du *sein*.

Le diagnostic de tumeur maligne a été posé en général et si l'origine en a quelquefois paru traumatique, d'autres condi-

tions encore inconnues semblent intervenir. Il s'agit bien d'une nécrose du tissu adipeux et la dénomination de *granulome lipophagique* proposée par Masson (de Strasbourg) semble mauvaise à M. Lecène qui lui préfère le terme général de cytostéatonécrose et rapproche ces tumeurs des paraffinomes et des vaselinômes.

En cas de doute, une large biopsie s'impose avant de sacrifier le sein.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 20 mars 1925.

Myocardie. – (A propos du procès-verbal.)

M. *May* rapporte un cas d'insuffisance cardiaque ayant pris l'aspect d'épanchement pleural récidivant au début, chez un malade présentant un gros cœur sans lésion valvulaire. La tension artérielle était de 12-9. Dans les antécédents on relève l'intoxication alcoolique. Evolution en dix mois avec pouls alternant. L'auteur insiste sur le rôle toxique de l'alcool dans ces myocardites.

M. *Clerc* insiste sur la fréquence de ces cas et oppose la régularité de rythme aux altérations du complexe ventriculaire électrique.

Névrite tuberculeuse du musculo-cutané. — MM. *Lévy-Valensi et Feil* présentent un nouveau cas de névrite tuberculeuse observé dans leur service de Brévannes. L'intérêt de leur observation tient de la nature tuberculeuse de la névrite, et de son siège qui occupe le territoire du nerf musculo-cutané.

Diabète grave chez une femme enceinte et diabète congénital chez l'enfant. Considérations sur des lésions définitives secondaires à une acidose transitoire. — MM. *Ambard*, Pr. *Merklen*, *Schmid*, *Wolf et Arnovljevitch* présentent une observation concernant une femme enceinte de huit mois, atteinte de diabète grave. Elle succomba quelques heures après avoir accouché d'un enfant qui survécut environ 23 heures et qu'il y a tout lieu de croire avoir été frappé de diabète congénital.

Si la malade fut atteinte d'un diabète grave, malgré sa grossesse, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, c'est que le pancréas du fœtus était lui-même malade et par suite hors d'état de secourir le pancréas déficient de la mère. Le diabète congénital constitue une forme morbide excessivement rare ; dans ce cas il était associé à une forte sclérose interlobaire et intralobaire du pancréas sans lésions des îlots.

Aucun indice clinique ne permit de retrouver des signes de diabète chez la mère avant le huitième mois de la grossesse ; mais bien vraisemblablement existait-il déjà auparavant un déficit de la sécrétion pancréatique. On peut dès lors se demander à quel titre est intervenue la grossesse ; peut être y a-t-il lieu de tenir compte de la compression du pancréas provoquée par l'élévation progressive de l'utérus gravide.

Par ailleurs, il est à noter que la mort de la malade est survenue alors que l'acidose avait été levée sous l'influence de l'insuline. L'acétonurie avait pour ainsi dire disparu, la réserve alcaline était redevenue normale, la glycémie avait beaucoup baissé. Les signes cliniques graves du diabète, le coma notamment, avaient cédé.

Néanmoins, l'état général était resté mauvais, pour s'aggraver bientôt jusqu'à la mort. Le coma a reparu, avec Cheyne-Stockes, Babinski bilatéral et azotémie de 1,80, tandis qu'à son arrivée dans le service la malade avait eu une azotémie de 0,30.

Aussi bien y a-t-il lieu de faire le départ, grâce à l'insuline, entre les accidents diabétiques arrêtés par ce médicament et les autres accidents qui, eux, se sont montrés mortels. Il est logique de penser que l'intoxication acidosique a provoqué des lésions et que celles-ci ont persisté après la guérison de cette intoxication. Cette donnée est conforme aux expériences de Mayer, Rathery et Schæffer qui ont montré l'action nocive des acides butyrique et oxybutyrique sur le foie et les reins.

Si les altérations engendrees par l'acidose ont été déjà pressenties ou admises par différents auteurs, cette observation apporte pour la première fois la preuve de la rapidité avec laquelle peuvent se constituer ces altérations et celles de leur survivance à la disparition de l'acidose.

Tétanos gueri. Chloroformisation et sérum antitétanique. — MM. *H. Dufour et Duhamel* présentent un malade de 23 ans qui vient d'être atteint et guéri d'un tétanos grave, vraisemblablement consécutif à une plaie pustuleuse insignifiante d'un pied.

Le traitement employé fut la sérothérapie sous-cutanée intensive, plus d'un demi-litre de sérum antitétanique (590 cc.) en l'espace de 10 jours. Cette thérapeutique est actuellement classique, mais l'intérêt de l'observation est celui-ci :

Au 14e jour de la maladie, l'état s'était brusquement aggravé à tel point que l'on pouvait redouter une issue fatale. On décida de faire la sérothérapie intrarachidienne. Près de 40 cc. furent injectés après soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-raphidien. Par suite d'un opisthotonos des plus marqué, la ponction lombaire dut être faite au cours de la chloroformisation poussée profondément et le sérum injecté sous anesthésie.

Il est entendu que le chloroforme administré aux tétaniques amène une sédation *temporaire* des contractures. Mais ici le lendemain matin de l'injection, la situation était complètement transformée, le malade était presque guéri. Les auteurs pensent que l'action du chloroforme sur les cellules nerveuses a pu permettre, ce que l'on sait être très difficile, au sérum antitétanique de s'incorporer au tissu nerveux. Ils demandent que l'on veuille bien prendre en considération cette observation pour renouveler pareille association thérapeutique chez les tétaniques. Il est évident que des tétanos à grande virulence ne bénéficieront pas de la méthode.

Deux autres points de cette observation sont encore à signaler ; l'un d'eux a déjà fait l'objet d'une remarque de la part d'un des auteurs dans un travail antérieur. Il s'agit de l'influence heureuse que peut avoir sur les accidents sériques la sérothérapie continuée malgré ceux-ci.

La deuxième particularité sur laquelle les auteurs attirent l'attention porte sur l'action qu'ont les injections sériques (action purement locale) pour réveiller les spasmes tétaniques. Dans la sérothérapie intensive et lorsque la guérison est proche, il faut à ce moment faire le départ entre ce qui appartient aux spasmes causés par la toxine tétanique et ce qui dépend de l'excitation à réaction spastique déterminée par les piqûres de sérum.

M. *Flandin* rappelle avoir attiré l'attention sur l'auto-hémothérapie dans les accidents sériques avec MM. Achard et Darrier.

M. *Martin* considère que les succès de l'auto-hémothérapie sont inconstants. Il rappelle aussi qu'au 14e jour d'un tétanos en évolution, il existe une période dangereuse et que dès que les accidents sériques apparaissent, les réflexes sont exagérés.

M. *Boidin* insiste sur les dangers des injections de sérum même par voie sous-cutanée dans les cas d'accidents sériques d'origine anaphylactique.

M. *Lesné* partage l'opinion de M. Martin. Il considère la sérothérapie intra-rachidienne comme sérieuse au 14e jour après la sérothérapie sous-cutanée. Quant au réveil des spasmes tétaniques, il les interprète, comme M. Martin, comme un accident sérique.

Maladie pseudo-kystique du crâne. Maladie osseuse de Recklinghausen localisée au crâne ? Hérédo-syphilis. — M. *André Léri et Mlle Linossier* présentent une malade de 19 ans qui, a, depuis un an une tumeur de la région sus-orbitaire droite. La radiographie montre que cette tumeur est formée de tissu osseux spongieux. En outre, elle décèle dans le crâne une série de *kystes* dont les uns ont un contour net et bien limité; dont les autres ne sont que des lacunes à rebord irrégulier. Le crâne n'a pas l'épaisseur et l'aspect moucheté qu'il a souvent dans l'ostéite fibreuse. On ne constate ni tumeur, ni pseudo-kyste sur un autre os quelconque de l'économie.

Il ne s'agit pas de kystes parasitaires, notamment de kystes hydatiques ; les lésions n'en ont pas l'aspect spécial « en grappe de raisin », et l'on ne constate ni l'eosinophilie sanguine, ni la déviation de complément, ni la cuti-réaction au liquide hyda-

tique de l'échinococcose. Il s'agit probablement d'une variété de maladie fibro-kystique de Recklinghausen localisée au crâne, comme Frangenheim, Pétrow en ont cité des exemples.

L'hérédo-syphilis est-elle en cause dans l'étiologie de cette affection ? Elle est certainement susceptible de produire dans les os du crâne soit des pseudo-kystes, soit des vacuoles ; des radiographies présentées de crânes syphilitiques le prouvent. Dans le cas actuel, une amélioration obtenue par le traitement spécifique au bismuth semble bien montrer que la syphilis est en jeu.

Syndrome de Raynaud guéri depuis un an. — MM. *Claude et Tinel* rapportent l'observation d'une jeune femme qui à la suite d'un accident de tramway a présenté un état nerveux émotif avec palpitation, puis, 4 mois après, angiospasme des extrémités, alternant avec des accès de vaso-dilatation. Par un traitement hypophysaire et ovarien transformation complète de l'état local. Il semble que la thérapeutique ait agi en frénant le sympathique et en excitant le vague. Guérison depuis un an.

M. *Villaret* rappelle avoir rapporté des cas d'acrocyanose avec troubles des règles et augmentation de la tension veineuse.

M. *Labbé* a guéri un cas par des injections d'arsénobenzol.

M. *Variot* insiste sur l'action temporaire de la thérapeutique dans l'immense majorité des cas.

M. *Milian* considère que les syndromes de Raynaud est le plus souvent d'origine syphilitique et que le traitement anti spécifique donne la guérison définitive.

M. *May* considère que dans le syndrome de Raynaud trois étiologies sont à envisager ; une étiologie organique et la syphilis est fréquemment en cause, une étiologie réflexe, une étiologie fonctionnelle : émotivité, troubles endocriniens.

M. *Claude* insiste sur l'importance médico-légale de ces troubles.

Deux cas d'anémie grave chez deux sœurs causés, l'un par une intoxication novarsénobenzolée, l'autre par un cancer gastrique. — MM. *P. Emile Weil et Lamy* rapportent deux cas d'anémie grave survenus chez deux sœurs, l'un consécutif à une intoxication novarsénobenzolée, l'autre à l'évolution d'un néoplasme gastrique. Le premier, quoiqu'extrêmement intense (G. R. 800000, G. C. 800, absence d'hématoblastes) avec état hémorrhagique grave, finit cependant par guérir à la suite de transfusions répétées ; l'autre évolua de façon fatale en un an environ (G. R. 1.400.00, Hém. 20, G. B. 6700).

Le rapprochement de ces deux cas, où des causes diverses généralement peu hémolysantes, produisirent des anémies graves est instructif et démontre l'existence d'un terrain hématique particulier dans la genèse des anémies pernicieuses. Ces faits complètent deux ordres de faits analogues quoique différents : a) l'existence démontrée de nombreux cas familiaux d'anémie pernicieuse cryptogénétique, b) et celle aussi nettement observée d'anémie grave familiale causée par une même intoxication. l'anémie bothriocéphalique en l'espèce.

Le terrain sur lequel intoxications et infections déterminent des processus hémolytiques intenses est réalisé d'ordinaire par l'hérédo-syphilis. On retrouve d'ailleurs cette même cause dyscrasique à la base des anémies pernicieuses, mais des ictères hémolytiques, de l'hémoglobinurie paroxystique et de l'hémogénie. Cette notion doit être prise en considération au point de vue de la pathologie générale et de la thérapeutique.

M. *Clerc* offre à la Société son livre sur les « Arythmies en clinique ».

M. *Variot* offre son ouvrage sur la «Croissance du nourrisson.»

René GIROUX

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 mars 1925

Drainage à la Mikulicz. — *M. Péraire* insiste sur les avantages du Mikulicz qui permet un drainage parfait de la cavité péritonéale, isole largement les anses intestinales et permet de mener à bien les cas les plus graves de salpingites, de fibromes, ou de kystes ovariens très adhérents. Le seul inconvénient est l'éventration qui peut en résulter, mais il est si facile d'y remédier par une suture ultérieurement pratiquée.

Kystes hydatiques du poumon. — *M. Petit de la Villéon* rapporte un travail du Dr *Bressot* sur les kystes hydatiques du poumon. Après l'étude clinique des signes de certitude, l'auteur envisage la question du traitement chirurgical et apporte sept cas personnels d'opérations.

Le rapporteur se sépare de M. Bressot en ce qu'il considère qu'on peut, en matière de kystes hydatiques du poumon, facilement opérer en deux temps. M. Petit de la Villéon préconise et expose la méthode de Lamas.

Kystes inextirpables. Marsupialisation. — Le *Docteur Brodier* présente deux observations d'extirpations incomplètes des kystes de l'ovaire traités par la marsupialisation et deux observations de fistules consécutives à des interventions de ce genre. Il y a eu trois succès et une mort. La marsupialisation est un procédé de nécessité. Il faut pour que la guérison survienne que les parois du kystes puissent s'accoler. Cet accolement est fonction de la nature du kyste, comme l'avait déjà dit Terrier.

Diagnostic de la syphilis au cours de la laparotomie. — *M. Burty* apporte deux observations personnelles de diagnostic de syphilis posé au cours de laparotomie pour fibrome. Dans les deux cas les malades mises en observation après l'intervention, ont présenté des signes de syphilis tertiaire et ont été améliorées par le traitement.

Indications et contre-indications de l'ostéosynthèse. — *M. Dupuis de Frenelle* déconseille le cerclage fait avec des rubans et des instruments incitant à serrer énergiquement la cerclage. L'étranglement circulaire d'un segment d'os favorise sa dévitalisation et par suite, son ramollissement. Il utilise un gros fil de cuivre souple qu'il serre avec une pince jumelée.

Les fragments doivent être coaptés par des surfaces avivées larges et longues. Pour les modeler, l'auteur se sert d'un ciseau guillotine spécial qui permet d'abraser l'extrémité des fragments sans les extérioriser. Pour le plaquage, M. D... utilise des plaques dont le pont médian légèrement arqué ne touche pas et recouvre le moins possible la région fracturaire. Les extrémités du pont reposent sur l'os par des assises étroites et cintrées de façon à ce qu'elles ne touchent l'os que par leurs bords. Pour planter les vis, M. D... se sert d'une sorte d'étau à mâchoires carrées pour coapter et immobiliser les fragments pendant le vissage. M. D... utilise un davier à mors parallèles souples et interchangeables. à mors variés choisis pour chaque fracture.

Le succès de l'ostéosynthèse est dans la richesse de l'instrumentation de l'opérateur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mars 1925.

La rééducation respiratoire associée à la cure thermale de Saint-Honoré. — *M. du Pasquier.* — En rendant la respiration plus ample et plus profonde, la rééducation respiratoire accentue les effets de l'inhalation thermale. Celle-ci améliore l'état des muqueuses, mais reste impuissante contre les troubles mécaniques de la respiration.

Les vapeurs d'iode. — *M. H. Legrand* a obtenu les meilleurs résultats en chauffant à sec de l'iodoforme dans un ballon de laboratoire et en envoyant les vapeurs d'iode ainsi formées dans les fistules osseuses infectées.

Cancer de la langue. — *M. Robert Dupont* présente un malade âgé de 70 ans, opéré en 1922 pour cancer de la langue par voie endobuccale. Histologiquement, cancer malpighien baso-cellulaire avec bon stroma, forme très bonne au point de vue pronostic que justifie l'état actuel du malade.

A. LAVENANT.

ANALYSES

Sur le traitement des hémorragies utérines de la délivrance. (Léon DAVID. *Le Concours Médical*, 8 fév. 1925.)

On sait que l'un des accidents les plus fréquents de la délivrance est l'hémorragie.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit d'inertie utérine et il faut, pour la faire cesser, exciter la contraction de l'organe. Si l'on soupçonne l'existence de débris placentaires dans la cavité utérine, c'est-à-dire une délivrance incomplète, on devra évacuer l'utérus par le curage digital. C'est là une règle classique pas toujours aisée à suivre, il est vrai.

Lorsque l'utérus est vide, plusieurs moyens hémostatiques s'offrent au praticien et parmi eux, l'ergot et l'hypophyse.

Dans l'hémorragie par inertie utérine, le choix du thérapeute se porte actuellement sur le tartrate d'ergotamine ou gynergène qui représente le principe actif *spécifique* de l'ergot avec une activité constante. Le professeur Hamm (de Strasbourg). Les professeurs Rossier et Bustamante ont insisté, après Wetterwald sur les effets remarquables du tartrate d'ergotamine dans l'inertie utérine et les hémorragies de la délivrance. Ces auteurs préconisent, dans ces cas, l'injection intra-musculaire d'une demie à une ampoule de Gynergène dosée à 0.0005 de principe actif par cc. et ils affirment avoir ainsi obtenu des résultats parfois surprenants.

L'auteur a traité un grand nombre d'hémorragies post-partum par le principe actif spécifique de l'ergot et il a obtenu par ce moyen, et mieux que par l'hypophyse, une contraction puissante de l'utérus avec arrêt rapide de l'écoulement sanguin, et le docteur Léon David donne le conseil suivant : « Lorsque l'on vient de procéder à un accouchement, on ne doit jamais abandonner la parturiente sans s'être assuré de la présence du globe de sûreté et du bon état du pouls, même en dehors de tout symptôme inquiétant, et lorsque l'on a constaté l'expulsion complète du placenta et des membranes, il est sage de pratiquer une injection d'une demi-ampoule de Gynergène. C'est le meilleur moyen de rentrer chez soi tranquille.

Formes cliniques des néphrites chroniques. Leur traitement. (A. DAMAS. *Le Bulletin Médical*, 11 févr. 1925.)

Après avoir montré que la classification classique des néphrites, si commode pour l'enseignement, ne correspond pas aux réalités cliniques, l'auteur expose la caractéristique des quatre formes habituelles de néphrites chroniques : *la néphrite albumineuse simple, la néphrite chronique hypertensive, la néphrite hydropigène, la néphrite avec azotémie.* Cette dernière a pris dans la pathologie actuelle une importance considérable et « on devra toujours y penser chez les malades dont le rein est lésé ».

L'auteur expose ensuite le traitement des néphrites. Il est de deux sortes : le régime alimentaire, la médication proprement dite, celle-ci fort importante. « Elle consiste, avant tout, dans le maintien de la diurèse et de la tonicité cardiaque. La digitale et la théobromine sont parfois mal supportées et ne peuvent être longtemps utilisées. On leur adjoint aujourd'hui ou on leur préfère le scillarène, glucoside cristallisé, principe actif isolé du bulbe de la scille, dont les propriétés cardiotoniques et diurétiques sont indiquées pour le traitement des affections rénales. Ce cardio-rénal est sans inconvénient pour le rein et l'estomac, et comme il est facilement éliminé, il représente le cardio-rénal pour le traitement prolongé des cardiopathies chroniques et des néphrites.

Le professeur Gabriel Perrin (1) et le docteur Calac (2) ont montré l'action diurétique, à la fois indirecte et directe de ce médicament. Joz (3), dans sa thèse inaugurale, travail du service de M. le professeur Carnot, a publié des cas de néphrites chro-

(1) La *Gazette des Hôpitaux*, 10 juillet 1922.
(2) *Thèse de Toulouse*, 1923.
(3) *Thèse de Paris*, 1924.

niques, avec oligurie et œdèmes, fort améliorés par le glucoside de la scille. Le professeur Harvier (1) dans son cours de thérapeutique expose l'utilité de ce diurétique en dehors de la digitale; Tilmant, après Pic et Bonamour, annonce dans ses observations cliniques, contrôlées par le laboratoire, la diminution progressive de l'urée sanguine chez les azotémiques auxquels il injecte le glucoside de la scille et l'abaissement de l'hypertension. Dans certains cas même, le coma a disparu sous l'influence du médicament utilisé par la voie intra-veineuse. »

Pour obtenir ces résultats, la posologie classique est la suivante : 4 comprimés de scillarène par jour, ou 4 fois XV gouttes de la solution à 1/2 milligr. par centimètre cube.

BIBLIOGRAPHIE

Le lait et les produits dérivés, par A. MONVOISIN. 3e édition. Tome premier, un volume in-8° écu, de XVI-472 pages, avec 53 figures, dont 9 en couleurs. Prix : 20 francs. (Vigot frères, éditeurs.)

La première édition de ce livre a paru en 1911 ; la seconde en 1920. J'ai toujours tenu cet ouvrage, très érudit et très personnel, pour indispensable à quiconque s'occupe de puériculture. Je suis heureux de souligner le succès qu'atteste cette troisième édition, considérablement augmentée. Voici la table du tome I (le tome II, qui s'adresse plutôt aux industriels laitiers, est sous presse) :

I. *Le lait* : composants ; constitution. II. *La mamelle* : structure, fonctionnement ; formation du lait ; rôle de la mamelle comme émonctoire. III. *Les laits physiologiques* : laits des diverses espèces ; variations de la composition. IV. *Les laits pathologiques* : dans les affections autres que les affections mammaires ; dans les affections mamCaires. V. *Bactériologie de la mamelle et du lait* : mamelle ; lait ; microbes du lait ; transformations produites par les microbes du lait. VI. *Analyse du lait* : examen physique ; examen chimique ; examen bactériologique. VII. *Falsifications du lait* : écrémage ; mouillage, etc. ; interprétation des résultats de l'analyse. VIII. *Obtention du lait* : obtention d'un lait sain et propre ; vache laitière ; étables ; trayeur et traite. IX. *Le lait aliment* : digestion du lait ; lait cru et lait cuit ; laits hétérogènes ; lait écrémé ; lait et vitamines. Annexes : Textes légaux relatifs à la répression des fraudes. Analyse officielle du lait.

Revue des cours et conférences. Le numéro : 3 fr. Abonn. : 40 fr., 3 et 5, rue Palatine. Paris. Sommaire du numéro du 15 mars 1925 : A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (IX). — E. Vermeil : La musique de Bach et la civilisation allemande au début du XVIIIe siècle (III). — F. Baldensperger : Alfred de Vigny et les littératures étrangères (IV). — G. Connes : Le mystère shakespearien (III). — P. Lejay : Plaute (XIV). — P. de Labriolle : Dans quelle mesure les confessions de Saint-Augustin sont-elles véridiques ? — Bibliographie.

(1) Cours de la Faculté de Paris 1924 et *La Médecine*, 20 mars 1924.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services automobiles P. L. M. au départ d'Avignon et de Nimes

Les Services Automobiles que la Compagnie P. L. M. organise pour la visite des Monuments Romains et du Moyen Age fonctionneront cette année au départ d'Avignon et de Nîmes dans les conditions suivantes :

1° — *Circuits au départ d'Avignon* :

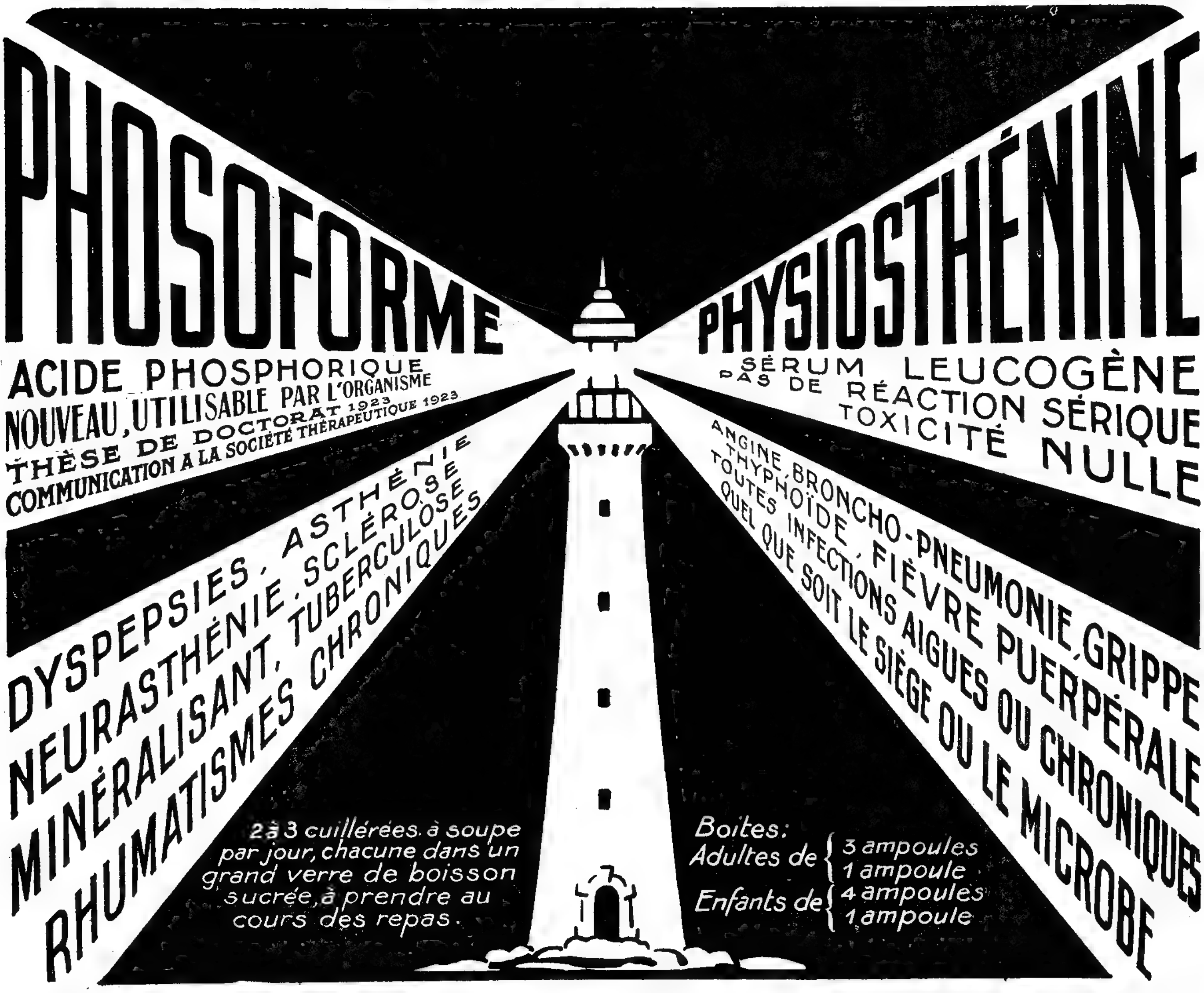
du 15 mars au 30 septembre, tous les jours, Arles-les-Baux, par Tarascon, St-Rémy, Maillane, prix 35 fr.. Uzes-Nimes-Pont du Gard, par Villeneuve-les-Avignon, prix 40 fr. ; les lundi et vendredi : Orange-Vaison, par Malaucène, Carpentras, prix 40 fr. ; les mardi, jeudi et samedi : Aigues-Mortes-Les-Saintes-Maries-de-la-Mer, par Tarascon, Saint-Gilles, Arles, prix 60 fr. Fontaine de Vaucluse, par l'Isle-sur-Sorgue, Chateauneuf-de-Gadagne, prix 18 fr.

du 15 juin au 15 septembre, le lundi, Mont Ventoux, par Carpentras et Pernes, prix 70 fr.

du 22 juillet au 27 août, un deuxième service sera mis en marche le mercredi (coucher au Mont Ventoux.)

2° — *Circuits au départ de Nîmes* :

du 1er avril au 30 septembre, les lundi et jeudi : Pont du Gard, par Collias et Saint-Bonnet, prix 18 fr. ; les mercredi et vendredi, Le Grau du Roi,, par Saint-Gilles et Aigues-Mortes, prix 40 fr. ; les mardi et samedi, Le Musée du désert, par Anduze et Alais, prix 50 fr.


PHOSOFORME
ACIDE PHOSPHORIQUE
NOUVEAU, UTILISABLE PAR L'ORGANISME
THÈSE DE DOCTORAT 1923
COMMUNICATION A LA SOCIÉTÉ THÉRAPEUTIQUE 1923
DYSPEPSIES, ASTHÉNIE
NEURASTHÉNIE, SCLÉROSE
MINÉRALISANT, TUBERCULOSE
RHUMATISMES CHRONIQUES
2 à 3 cuillérées à soupe par jour, chacune dans un grand verre de boisson sucrée, à prendre au cours des repas.
PHYSIOSTHÉNINE
SÉRUM LEUCOGÈNE
PAS DE RÉACTION SÉRIQUE
TOXICITÉ NULLE
ANGINE, BRONCHO-PNEUMONIE, GRIPPE
THYPHOÏDE, FIÈVRE PUERPÉRALE
TOUTES INFECTIONS AIGUES OU CHRONIQUES (1)
QUEL QUE SOIT LE SIÈGE OU LE MICROBE
Boites:
Adultes de 3 ampoules / 1 ampoule
Enfants de 4 ampoules / 1 ampoule

Les consultations opothérapiques. Publication mensuelle des Laboratoires Pellissier.

Les ouvrages sont assez nombreux qui traitent des indications thérapeutiques des organes utilisés par l'opothérapie. Ces ouvrages correspondent aux traités de thérapeutique, qui étudient séparément les effets des divers médicaments.

Mais à côté de ces traités, il s'en trouve d'autres : les traités de thérapeutique clinique, qui eux, étudient le traitement des différentes maladies, et précisent le choix des médicaments qu'il convient de prescrire, suivant les indications qui surgissent au cours d'une affection donnée.

C'est cette dernière modalité que les auteurs ont adopté dans leurs CONSULTATIONS OPOTHÉRAPIQUES.

Ils se proposent d'y examiner successivement les nombreuses affections où l'opothérapie peut intervenir avec succès, soit comme traitement principal, soit seulement comme une médication adjuvante des autres traitements habituellement employés. Ils espèrent combler ainsi une lacune, et contribuer du même coup à faire mieux apprécier des praticiens les ressources thérapeutiques si utiles et si variées de l'opothérapie, telle qu'on la peut pratiquer aujourd'hui.

Fascicule 1 : *Les affections congestives ou hémorragiques de l'appareil utéro-ovarien* (parues en février).

Pour paraître en mars 1925 : fascicule 2. **La tuberculose**, et successivement : L'artério-sclérose, la bronchite et la dilatation des bronches, la maladie de Basedow, etc., etc. MM. les docteurs qui désireraient recevoir les *Consultations Opothérapiques* n'ont qu'à adresser leur carte de visite aux Laboratoires Pellissier, 33, avenue de Villiers, Paris, 17e.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Pelvitomie et césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus, par J. SCEMLA. in-16, 256 p. : 10 fr. (Doin).

Apprenons à manger, par A. L. MARCHADIER et A. GOUJON, in-16, 256 p. : 12 fr. (Doin).

24e Congrès français d'urologie, Paris, octobre 1924, in-8. LXIV-600 p. fig. : 30 fr. (Doin).

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. Nouvelle édition de : **Neurologie,** I : 40 fr. — II : 45 fr. **Syphilis** : I : 40 fr. — II : 25 fr. (Maloine).

Histoire de Vittel « Création d'une ville thermale », par P. BOULOUMIÉ, In-18, 376. p. 24 pl, hors texte : 7 fr. 50. (Maloine).

Energetique clinique. Physiopathologie. Thérapeutique, par A. MARTINET, in-8. 416 p., 104 fig : 35 fr. (Masson).

La réaction de fixation dans la tuberculose. par Achille URBAIN, 132 p. : 12 fr. (Masson).

Variations des artères du pelvis et du membre inférieur par L. DUBREUIL-CHAMBARDEL, 272 p. 62 fig : 35 fr. (Masson).

Corot, par Marc LAFARGUE, 40 repr. en hélio gravure. 1 vol. des « Maîtres de l'Art Moderne » : 12 fr. (Rieder).



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 14 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 4 AVRIL 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies............ 30 fr.
Belgique et Italie............ 40 fr.
Union postale................ 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

Appareils Herniaires
Ceintures Anti-ptosiques
Ceintures pour toutes Affections abdominales, Grossesse, Eventration, Rein Mobile, Obésité, Entéroptose, etc.
Maillots Anatomique
Ceintures de Sport
Corsets de Toilette
Corsets Ceintures
Soutiens-Gorge
Epaulières de Maintien
Bas à Varices

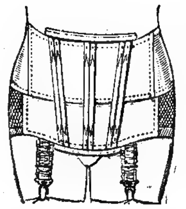
GRAND PRIX
Strasbourg 1919
DIPLOME D'HONNEUR
Strasbourg 1923

APPAREILS DE l'ART ORTHOPÉDIQUE et HERNIAIRE

L. ABRAMIN

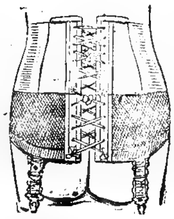
Maison fondée en 1852
Fournisseur des Centres d'Appareillage. Depuis 35 ans fournisseur adjudicataire des Hôpitaux de Paris, etc.

Docteur CHARPENTIER Directeur Technique
9, Rue Cadet, 9 - PARIS
Téléphone : Louvre 48-43
MÉTRO : CADET
R. C. 118.105



Ceinture anti-ptosique "LUCIOLE"
brevetée S. G. D. G., aide les muscles, transverse dans leur fonction et permet par l'appui donné, de maintenir en des points fixes, les pelotes pneumatiques nécessaires au maintien intégral de l'endroit ptosé.

Sur demande envoi de Catalogues.



Corsets Réformateurs et Dissimulants
Appareils Orthopédiques pour toutes déviations
Membres Artificiels
Bras et Jambes "INTÉGRANTS" modèles perfectionnés
Béquilles "QUETEL" Brevetées S. G. D. G.
Fabrication et Vente exclusives
Chaussures Orthopédiques
Trousses Médicales

HORS CONCOURS
Membre du Jury
Strasbourg 1924

Vous êtes BIEN HABILLÉ....

C'est le compliment qui vous accueillera sans cesse si vous vous adressez à la manufacture



"Aux Fabriques Réunies d'Elbeuf"

(Maison fondée en 1852)

USINE à ELBEUF (Seine-Inférieure) R. C. 257

Spécialité de VÊTEMENTS — exclusivement sur MESURES

Dans le **NOUVEAU CATALOGUE D'ÉTÉ,** illustré avec gravures haute mode et feuille spéciale pour mesures qui vous sera envoyé **Gratis & Franco** sur demande vous trouverez le plus beau choix de Draperies fines d'Elbeuf et de haute qualité.

:-: COMPLETS & PARDESSUS :-:
demi-saison sur mesures depuis. . . 120 FR.

Prise de Mesures et essayages facultatifs à PARIS, 26, Faubourg-du-Temple.

REMINÉRALISATEUR
RECALCIFIANT
POLYOPOTHÉRAPIE

OPOCALCIUM GUERSANT

OPOCALCIUM ARSÉNIÉ
(MÉTHYLARSINATE DISODIQUE)
3 Cachets par jour

3 CACHETS ou 6 COMPRIMÉS par JO[UR]
(PARATHYROÏDE - THYMUS - SURRENALE - SELS CALCIQUES - FLUOR - MAGNÉSIE - MANGANÈSE)

2e OPOCALCIUM GRANULÉ
(PARATHYROÏDE - HYPOPHYSE - THYMUS - SURRÉNA[LE] FL.GLYCÉROPH.Ca - NUCLEINATE DE MANGANÈSE)
ENFANTS (Recommandé) 2 à 3 cuil. à café, ADULTES, 3 cuill. à dessert par jo[ur]

[T]ROUBLES de la FONCTION OVARIENNE et de la CIRCULATION VEINEUSE
GYNOPAUSINE
POLYOPOTHÉRAPIE ANTISPASMODIQUE ...

LABORATOIRE A. RANSON
DOCTEUR EN PHARMACIE
121 Avenue Gambetta

DIATHÈSE URIQUE HYPERTENSION ARTÉRIO-SCLÉRO[SE]
DIASCLÉROL

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 30 *mars.* — M. BRANDON (R.). Traitement de la colique néphrétique. — M. ALOESIN. Polypes fibreux de l'utérus et gestation. — M. BASCOU. Etude de la septicémie d'origine bucco dentaire. — M. WINTER. Les laryngectomies économiques du larynx.

31 *mars.* — M COIGNET (L.). Considérations sur l'immunité des vaccins locaux. — M. GAROPHALIDES. Etude des consultations des nourrissons. — M. MAZET. Tuberculose et grossesse. — M. LETOURNEUR. Les petites hypertensions d'alarme au cours de la grossesse. — M. PETITHOCQ (A.). Etude des psychoses pénitentiaires.

2 *avril.* — M. BROCA. L'asthme de l'enfant. — M. LE QUELLEC. Traitement des laryngites spasmodiques par le choral. — M. GENDARME DE BÉVOTTE. Les vomissements à répétition de l'enfance avec acidose. — Mme AMER. Sur la recherche de l'urobiline dans le sang. — M. AMER (A.). La recherche de la glyconurie par la méthode de Tollens.

M. BAZIN (L.). Des syndromes consécutifs à la dysphagie d'origine dentaire. — M. ROBIN. La syringomyélie sans dissociation de la sensibilité. — M. BOURDILLON. De la craniectomie de compression dans les syndromes d'hypertension intracranienne. — Mlle PERRAIN. Etude de l'emploi de la digitaline chez l'enfant. — Mll DECOR. Grossesse et cardiopathte.

M. REYNAUD (M). Etude thérapeutique de la goutte. — M. PIÉDALLU. Etude des interprétations des phénomènes cardiaux engendrés par l'effort. — M. THIRION. Les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure (traitement du trachome). M. DELANOE. Etude des luxations sous-astragaliennes en dehors. — M. GODARD (M.). Du kératocône et son traitement.

4 *avril.* — (Thèses vétérinaires.) M. GUÉRIN. Recherches sur la teneur en microbes des saucissons crus au cours de leur fabrication. — M. PÉRARD. Recherches des coccidies et les coccidioses. — M. POMELLE. La maladie dite de la croissance des poulains.

Faculté de médecine de Toulouse. — *Cours public d'hygiène et médecine préventive.* — Pour répondre au vœu exprimé par M. le Ministre concernant l'ouverture de cours publics, la Faculté de médecine de Toulouse a décidé que le cours d'hygiène et médecine préventive professé dans cette Faculté, pourrait être ouvert au public non médical, lorsqu'il y serait traité de sujets à portée sociale ou de questions offrant un haut intérêt pratique, susceptibles d'attirer, en même temps que les étudiants en médecine, des auditeurs bénévoles étrangers.

Dans cet ordre d'idées, M. le Professeur LAFFORGUE, titulaire de la Chaire d'Hygiène, a traité, à raison de trois leçons hebdomadaires, du 27 janvier au 6 mars, les sujets suivants :

1°) Les facteurs individuels et sociaux de la tuberculose ; ses causes de germination et de propagation ; les moyens d'y remédier ;

2°) Comment il faut se nourrir ; la valeur hygiénique respective des divers régimes alimentaires ; la nocivité des régimes exclusifs et ses causes.

Cet essai d'éducation a trouvé grande faveur auprès du public toulousain.

Maison de santé départementale (Maine-et-Loire). — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à la maison de santé départementale de Ste Gemmes-sur-Loire, près Angers, Maine-et-Loire.

Les Internes sont nommés pour trois ans. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés. Ils reçoivent en outre un traitement fixé ainsi qu'il suit :

1ere année : 1.500 frs ; 2e année : 2.000 frs ; 3e année : 2.400 frs ; 3.000 frs pour les Internes Docteurs.

Pour tous autres renseignements, s'adresser à M. le Directeur Médecin chef de la Maison de santé de Ste Gemmes-sur-Loire.

Hôpital Necker. — Le Dr Pitsch, chef du service de Stomatologie, fait le mardi et le samedi à 9 h. 1/2, une leçon sur l'obturation des dents ouvertes en une seule séance, avec présentation de malades et opérations.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Patel, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er avril 1925, professeur de chirurgie opératoire à ladite faculté (chaire vacante par suite du transfert de M. Villard dans la chaire de clinique gynécologique).

Concours pour des emplois de professeur suppléant et de chef de travaux. — Un concours s'ouvrira le lundi 26 octobre 1925, devant la faculté de pharmacie de l'université de Paris pour l'emploi de professeur suppléant de la chaire de physique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Un concours pour l'emploi de chef des travaux d'histoire naturelle à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira au siège de ladite école, le 27 octobre 1925.

Un concours pour l'emploi de chef de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira au siège de ladite école, le 29 octobre 1925.

Un concours pour l'emploi de chef de travaux de physique et chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon s'ouvrira au siège de ladite école le 28 octobre 1925.

Clinique ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu. — M. le Professeur F. TERRIEN fera sa leçon inaugurale le lundi 27 avril à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté et continuera ses leçons cliniques tous les vendredis à 10 heures 1/2 du matin à la clinique ophtalmologique de l'Hotel-Dieu (amphithéâtre Dupuyquen).

L'aviation sanitaire aux colonies. — Les rapports de l'aéronautique de l'Afrique occidentale française signalent l'activité de l'aviation dans les missions sanitaires.

Des malades mordus par un chien enragé ont été transportés de Ségou et Bamako à l'Institut antirabique de Dakar où le traitement spécifique a pu leur être ainsi appliqué peu après la morsure.

Dans la région de Tombouctou Gao plusieurs missions ont été assurées pour le transport de médecins et de malades.

Une jeune femme en état de grossesse avancée et menacée d'accidents graves a été transportée en une heure de Ségou à l'hôpital de Bomako où elle fut opérée et sauvée.

Les transports sanitaires pourront être multipliés maintenant que le réseau aérien de l'A. C. F. est complètement terminé, ces transports ont surtout leur intérêt pour les *postes de brousse* éloignés de toute voie facile de communication.

Le bénéfice de ce mode d'évacuation et de transport pourra être étendu prochainement aux postes de l'Afrique centrale aussitôt que le réseau aérien sera reconnu jusqu'au Tchad par Niamey et Zinder.

L'aéronautique en A. C. F. dispose de deux limousines sanitaires « Bréguet », elle utilise, également des avions d'escadrille spécialement aménagés.

Amphithéâtre d'anatomie. — M. le professeur SÉBILEAU, directeur des travaux scientifiques. — *Avis.* — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie des voies urinaires), en dix leçons par M. le docteur Louis MICHON, prosecteur, commencera le lundi 20 avril 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. — Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droits d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours. — I. Anatomie chirurgicale et voies d'abord du rein. Néphropexie. Décapsulation du rein. — II. Pyélotomie élargie. Néphrotomie. Néphrostomie. — III. Voies d'abord et chirurgie de l'uretère. Uretérotomie. Sutures de l'uretère. Uretéro-néo-cystostomie. Uretéroplasties. Uretéro-néo-pyélostomie. — IV. La néphrectomie : voies lombaire, latérale, transversale, transpéritonéale. Néphrectomie secondaire. — V. La taille sus-pubienne dans ses diverses indications. Cystostomie simple. Lithotritie. — VI. Cystectomie. Prostatectomie hypogastrique. Traitement des fistules vésico-vaginales par voies transvésicales et transpéritonéo-vésicale. — VII. Urétrotomie interne et externe. Traitement des ruptures traumatiques de l'urètre. Traitement de l'hypospadias, de l'épispadias et de l'exstrophie-vésicale. — VIII. Ouverture des abcès de la prostate. Prostatectomie périnéale. Opération de Young pour le cancer de la prostate. — IX. Circoncision. Orchidopexie. Varicocèle. Hydrocèle. Epididymectomie. — X. Orchidotomie. Castration. Traitement du cancer du testicule. Amputation de la verge. Emasculation totale.

Faculté de médecine de Strasbourg (Association Alsacienne et Lorraine contre la tuberculose). — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé par le Dr VAUCHER, chargé de cours à la Faculté. — Ce cours aura lieu du vendredi 9 au samedi 24 octobre 1925. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux examens radiologiques et aux examens de crachats ainsi qu'au pneumothorax artificiel. En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le professeur SÉBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — *Conférences de bactériologie clinique avec travaux pratiques.* — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en 16 leçons, par M. le docteur Georges FAROY, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. DUBOIS-ROQUEBERT, chef de laboratoire adjoint, commencera le lundi 20 avril 1925, à 2 h., et continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 200 francs.

Programme du cours. — I. Technique générale. Matériel. Etuves. Inoculations. — II. Coloration des microbes dans les cultures et les produits pathologiques. — III. Milieux de cultures. Ensemencement des produits pathologiques. Isolement des microbes. — IV. Pus. Staphylocoque. Streptocoque. Pyocyanique. — V. Angines. Bacille de Lœffler et bacille pseudo-diphtérique. Angine de Vincent. — VI. Crachats. Liquides pleuraux. Tuberculose. — VII. Crachats. Pneumocoque. Pneumobacille. Bacille de Pfeiffer. — VIII. Hémocultures. Bacilles typhiques et parathyphiques. Agglutination. — IX. Matières fécales. Colibacille. Bacilles dysentériques. Amibes. — X. Matières fécales et urines. Vibrion cholérique. Entérocoque. Tétragène. — XI. Sang. Spirochétose ictéro-hémorragique. Fièvre de Malte. Hématozoaires. — XII. Liquide céphalo-rachidien. — Méningocoque. — XII. Syphilis. Gonocoque. Bacille de Ducrey. — XIV. Mycoses. Sporotrichose. Muguet. Actinomycose Teignes. — XV. Pus. Microbes anaérobies. Tétanos. — XVI. Réaction de Bordet-Wassermann.

Nécrologie. — Dr Victor Faucon, Dr Mauriac, Dr Baquet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle,

Par André MARTIN,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Pendant longtemps les tumeurs bénignes de l'intestin grêle furent ignorées, confondues avec les sarcomes, les épithéliomas, les lésions d'ordre inflammatoire et même les kystes parasitaires.

Actuellement, les travaux parus en France et à l'étranger ont permis une classification nette.

Dans cette courte étude, je m'abstiendrai de tout détail bibliographique ou de toute discussion pathogénique, sans intérêt au point de vue pratique.

Nous aurons donc à envisager :

a) Les lipomes ;
b) Les myomes et fibro-myomes ;
c) Les fibromes purs ;
d) Les angiomes ;
e) Les adénomes.

En somme, il s'agit de néoformations bénignes par leur nature sans tendance à l'extension, à la propagation, limitées ou diffuses, naissant aux dépens du tissu conjonctif, de la musculaire, de la muqueuse, des vaisseaux.

Il est à peu près impossible de dire quelle est la fréquence de telle variété : les statistiques de Heurtaux, Kasemayer, etc., se contredisant formellement.

Anatomie pathologique.

Toutes ces tumeurs sont sous-séreuses ou sous-muqueuses.

I. **Lipomes** ; sont moins fréquents sur le grêle que sur le gros intestin, comme le montrent les mémoires de FORSTER (1) et de P. et A. DEROCQUE (2) : ceux-ci ont bien établi la différenciation entre *lipomes sous-séreux* se développant dans le tissu conjonctif sous-séreux et *lipomes sous-muqueux*, ces derniers plus nombreux, apparaissant entre la muqueuse et la tunique musculaire. Parfois au cours de son développement la tumeur fait saillie à la fois sous la muqueuse et sous la séreuse : le lipome est *intra-pariétal*.

Le siège est fort variable ; sur 49 cas recueillis par P. et A. DEROCQUE on trouve : 40 tumeurs jéjunales ; 8 duodénales ; 1 au niveau du diverticule de Meckel.

La tumeur est unique, de forme arrondie, ou au contraire on signale 4, 5, 6 lipomes de volume variable : en général on trouve dans les observations les comparaisons habituelles: une noix, une prune, une mandarine. Anormalement la tumeur était du volume d'une tête d'enfant.

Les rapports de la tumeur avec la muqueuse sont simples ; peu à peu cependant, le lipome recouvert d'une muqueuse amincie ou hypertrophiée la soulève et se pédiculise ; la muscularis mucosæ est hypertrophiée dans les zones sus-jacentes.

Quand le lipome est *sous-séreux*, il peut flotter dans l'abdomen ; il vient prendre contact avec le mésentère : anormalement on a signalé des adhérences utérines, vésicales ou pariétales.

Histologiquement, on trouve du tissu adipeux, bien encapsulé ; parfois le lipome est lobulé et dans les trabécules on a mentionné la présence de vaisseaux (Tuffier).

II. **Les myomes.** — BROCQ et HERTZ (1) disent qu'il est impossible actuellement « d'établir de façon précise la fréquence relative des fibromyomes par rapport aux tumeurs du grêle bénignes ou malignes ».

Les myomes évoluent vers la muqueuse ou vers la séreuse, mais BOTTICHER et LODE admettent trois variétés :

Le myome sous-séreux souvent pédiculé ;
Le myome adhérent à la muqueuse ;
Les polypes nodulaires multiples sous-muqueux.

Là encore, la tumeur, unique en général, est de volume variable et c'est à titre de curiosité qu'on a signalé les cas de SEMEIN et de Pierre DUVAL où le myome pesait 14 livres : dans le cas d'HÉGI (2) la tumeur atteignait le volume d'une tête d'enfant et présentait à son centre une dégénérescence nécrotique.

Dans d'autres cas, les tumeurs sont multiples, petites : on en a compté 40, 50 jusqu'à 120 : comme le font remarquer BROCQ et HERTZ : « Myomes gastriques et intestinaux peuvent coexister avec des myomes utérins ; il s'agit d'une véritable myomatose disséminée. »

Histologiquement : leiomyome, fibromyome, adénomyome. La pathogénie est encore très obscure ; que l'on admette la prolifération des fibres musculaires lisses des tuniques, ou la prolifération des tissus conjonctifs et musculaires des artères (KLEBS).

III. **Les fibromes** : purs, sont rares : il s'agit presque toujours de fibromyomes.

IV. **Les angiomes** : peuvent être circonscrits ou diffus, simples ou caverneux (HELVÉTIUS (3) ; on les trouve sur la face interne ou sur la face externe (sous-séreux). Sous-muqueux après incision de l'anse grêle intéressée toujours épaissie, on voit une excroissance variqueuse du volume d'une cerise, d'une amande ; la petite tumeur est de teinte rouge bleuâtre donnant au palper une sensation d'éponge (ROEDELIUS). Au voisinage immédiat, la muqueuse apparaît saine ou au contraire congestionnée, parfois à distance on voit des néoformations télangiectasiques.

L'angiome est susceptible de transformation, c'est ainsi que dans les cas d'angiomes caverneux on trouve des zones kystiques renfermant un liquide brunâtre, la partie centrale étant spongieuse.

Plus rarement l'angiome fait un relief sous la séreuse (GOLDSCHMIDT).

Enfin l'angiome revêt parfois le type circulaire (Pierre DELBET).

V. **Les adénomes** de l'intestin grêle sont peu fréquents : en 1920, en présentant une observation à la Société de Chirurgie (4), je mentionnais que leur rareté s'opposait à la fréquence des adénomes du gros intestin.

En général la lésion siège sur la partie moyenne du grêle : cependant on les trouve au début du jéjunum (HARTMANN) sur le diverticule de Meckel (LECÈNE). L'adénome est circonscrit ou il y a adénomatose diffuse, mais il faut bien noter qu'en disant adénome circonscrit il s'agit de petites masses adénomateuses contiguës ; l'adénome unique n'a été signalé que trois fois.

C'est ainsi que dans la pièce que je pus examiner après intervention et qui pour LECÈNE et LOEPER était absolu-

(1) FORSTER. — *Schweigensch mediginesch Wochenschrift*, 1921, p. 40.
(2) P. et A. DEROCQUE. — *Journal de Chirurgie*, août 1924, p. 163.

(1) BROCQ et MERTZ. — *Revue de chirurgie*, p. 382, 1921.
(2) MÉGI. — *Schweigensch Rundschau für Medigin*, 1921.
(3) HELVÉTIUS. — *Annales of Surgery*, juillet 1923, p. 42.
(4) ZACCHARY COPE. — *British Journal of Surgery*, n° 36, avril 1922.

ment typique, on voyait sur le bord libre de l'intestin et sur les 3/4 de la circonférence, sur une large surface de trois travers de doigts, six petites tumeurs, sessiles, arrondies, de teinte rouge : les deux plus volumineuses atteignaient le volume d'une cerise, les quatre autres étaient disséminées irrégulièrement de volume beaucoup moindre : ces tumeurs étaient de consistance ferme.

Ponomaref a trouvé sur le grêle six adénomes, les masses atteignaient le volume d'un œuf de pigeon ; ou ce sont des lobules disposés en grappe (Hartmann) ; on a signalé surtout la coexistence de polyadénomatose intestinale occupant le grêle et les côlons.

Histologiquement le revêtement épithélial apparaît modifié sous forme de prolifération adénomateuse en surface : il n'y a pas de pénétration en profondeur : l'adénome se développe aux dépens des glandes de Lieberkuhn, aux dépens des cellules épithéliales de revêtement de la muqueuse.

VI. **Les tumeurs rares** sont les myomes, les papillomes (Zacchary Cope) (1).

Les tératomes, il s'agit dans presque tous les cas de tumeurs reconnues au cours de l'intervention.

Enfin mentionnons que ces variétés ont pu être associées aux formes décrites (myomes et adénomes.)

Etiologie. — Nos connaissances sont nulles ; on trouve ces tumeurs exceptionnellement chez l'enfant (Manson). Elles sont surtout notées chez l'adulte de 25 à 40 ans.

Les lésions intestinales antérieures semblent sans influence.

Etude clinique.

Il ne peut être question de décrire les symptômes propres à chaque variété anatomique : il y a des signes communs aux différentes tumeurs, lipomes, myomes ou adénomes.

Pratiquement, il y a des tumeurs sous-muqueuses ; des tumeurs sous-séreuses.

A) Evolution sous-muqueuse.

Pendant un temps très long, période dite de début à durée impossible à préciser, il n'existe aucun symptôme pouvant retenir l'attention et c'est ainsi, comme le font remarquer P. et A. Derocque que le plus souvent la tumeur n'est reconnue qu'à l'autopsie.

En se développant sous la muqueuse, ou bien il s'agira d'une tumeur ulcérant la muqueuse d'où hémorragie intestinale, ou d'une tumeur diminuant le calibre de l'intestin d'où symptôme de rétrécissement.

a) Il y a hémorragie : celle ci est variable passant inaperçue, décelable seulement par les examens de laboratoire ou au contraire se manifestant par un mélæna typique, et cependant on a signalé des cas d'hémorragie foudroyante entraînant la mort en quelques heures : enfin chez des malades ce sont des hémorragies répétées finissant par anémier le malade et entraînant un tel état de cachexie qu'on avait porté le diagnostic de tumeur maligne.

b) *Il y a des symptômes intestinaux*, tous les intermédiaires sont possibles. Dans des cas d'apparence bénigne, *simple douleur* allant de la gêne, de la pesanteur, aux crampes, ou bien c'est une *douleur intermittente* parfois en relation avec l'horaire des repas. Cette douleur a toujours le même point de départ, c'est une douleur siégeant tantôt du côté droit tantôt du côté gauche. Chez la malade que j'eus l'occasion d'observer les douleurs survenaient 4 à 5 heures après l'ingestion des aliments avec sensation de torsion.

La constipation existe dans la majorité des cas alternant avec les crises diarrhéiques et rejet de mucosités. En même temps, troubles de dyspepsie sans signification. Mais ces symptômes qui semblent bien indiquer la diminution de calibre de l'intestin vont se préciser *et on arrive à avoir les signes de sténose du grêle* avec syndrome de Koenig.

La douleur semble débuter dans la région sous ou latéro-ombilicale, elle se caractérise par une sensation de torsion. La douleur est progressive, elle arrache larmes et gémissements. Au cours de cette véritable crise la paroi abdominale se soulève de gauche à droite ou réciproquement : *on voit et on sent* une tumeur globuleuse, serpentine dessinant les anses intestinales animées de mouvements de reptation, puis au bout de 4, 5 minutes on a une perception de glou-glou, sensation de liquide qui file et immédiatement la douleur cesse.

En somme schématiquement on pourrait dire :

Première phase : Hémorragie ou petits signes intestinaux :

Deuxième phase : Signes intestinaux nets.

Troisième phase : Symptômes de rétrécissement.

Mais cette description est un peu théorique. Il faut bien savoir que les accidents aigus peuvent se manifester alors que les symptômes initiaux étaient peu nets, légèrement estompés.

L'examen de l'abdomen ne donne pas de renseignements importants en dehors des crises précitées : l'abdomen est plus ou moins ballonné, mais à la palpation on ne sent plus rien, peut-être dans quelques cas on a trouvé une matité simulant l'ascite mobile.

La radioscopie, la *radiographie* sont mentionnées dans tous les mémoires comme moyen de diagnostic, mais jamais ce mode d'investigation n'a été utilisé.

Evolution : sera variable. Evolution vers la chronicité avec période de subocclusion et cachexie progressive et dans les cas favorables l'expulsion spontanée de la tumeur ; ou des *symptômes d'invagination chronique* avec hémorragies peu importantes, accidents de subocclusion et possibilité de reconnaître une tuméfaction plus ou moins limitée.

La tumeur en se développant aboutit à l'occlusion aiguë ; celle-ci peut se présenter sous différents aspects.

Ou bien elle est le premier symptôme, apparaissant brusquement et tient au développement, à la congestion de la tumeur ; ou elle dépend d'un spasme intestinal (le fait n'a été noté que deux fois pour le grêle.)

Ou elle dépend d'une invagination aiguë et il faut bien reconnaître que c'est la grosse complication des tumeurs bénignes. La terminaison est presque fatale : on signale cependant des cas heureux où le lipome, le fibrome, furent éliminés spontanément ; ce sont malheureusement des exceptions.

B) Evolution sous-séreuse.

Dans cette variété la tumeur reste longtemps silencieuse : lorsque le volume est suffisant pour que l'on puisse percevoir une tumeur, celle-ci n'a pas de caractère bien particulier : elle est arrondie, piriforme, mobile, plus ou moins sphérique, impossible à localiser dit Goldschmidt « ne sachant trop si elle intéresse la vessie ou l'intestin ». Peut-être même dans ces cas il y a

(1) André Martin. — *Bull. de la Soc. de Chirurgie.* p. 1416, 1920.

possibilité de troubles intestinaux puisque dans quelques cas on mentionne des hémorragies.

Ce sont des complications qui révèleront la tumeur.

a) *Troubles de compression* : ils sont rares.

b) *Les accidents de torsion du pédicule* : ceux-ci sont parfois, au moins au début, de peu de durée, puis au bout de 2 ou 3 crises se manifestent les accidents d'occlusion, vomissements, yeux excavés, langue sèche, pouls rapide et température aux environs de la normale : ventre ballonné, parfois même comme dans la belle observation de Brocq et Hertz, « tandis que tout l'abdomen est sonore, la percussion révèle au-dessus du pubis la présence d'une zone de matité à convexité supérieure s'élevant jusqu'à mi-chemin de l'ombilic ».

Le toucher rectal ne révèle rien.

c) *Le volvulus* a été signalé chez l'adulte, chez l'enfant par Manson Warington (1), il y a un symptôme d'occlusion avec émission de mucus sanguinolent ou de sang noirâtre, on fait le diagnostic d'invagination et en intervenant on trouve une torsion du grêle.

Le pronostic sera donc réservé dans tous ces cas, c'est une complication qui révèle l'existence de la lésion.

Dans des cas favorables, la tumeur sous-séreuse peut s'extérioriser et ne plus être maintenue que par un pédicule : celui-ci d'après Brocq et Hertz n'aurait jamais présenté de rupture. Enfin la tumeur pourrait être expulsée par les voies naturelles.

Il faut se demander si certain myomes n'ont pas subi ultérieurement une transformation maligne.

Pratiquement, les tumeurs malignes de l'intestin grêle sont d'une évolution lente, et le jour où elles attirent l'attention par leur volume, par les accidents qu'elles provoquent, elles sont d'une gravité incontestable.

Le diagnostic peut se faire dans plusieurs conditions. et il faut faire un aveu sans doute pénible, il est bien difficile dans la majorité des cas.

a) *Il y a des symptômes de rétrécissement du grêle*, comme dans la forme que j'ai observée : on dit sténose sans pouvoir préciser davantage ;

b) Il y a des complications : accidents d'invagination ou d'occlusion tenant à un volvulus ; quand on parcourt les observations publiées on est frappé par ce fait : c'est que le début est plus ou moins brusque, qu'il n'y a pas d'expulsion de matières, de gaz avec ou sans émission sanglante ; le facies est grippé et terreux, la langue est sèche, les vomissements sont plus ou moins abondants. Au début il y a des crises douloureuses : le toucher rectal ne révèle rien, le ventre est ballonné. On fait une laparotomie pour occlusion et seulement on reconnaît la cause de cette occlusion ;

c) Enfin il y a des cas qui ressemblent à la colique hépatique et surtout à douleur vague dans la région appendiculaire. Ce sont des formes souvent signalées : On intervient pour appendicité chronique, on procède à l'ablation de l'appendice, les douleurs continuent ; on intervient au bout de 3 ou 6 mois, 17 mois, et on trouve la tumeur siégeant vers la fin de l'iléon. La radiographie montre un obstacle sans que l'on puisse préciser.

Le traitement ne peut être que chirurgical. Je n'ai pas à faire dans cette étude l'exposé des techniques opératoires :

1° La tumeur est sous-séreuse, énucléable : on fera l'entérotomie avec réfection de la paroi ;

(1) Manson Warington. — *British medical Journal* octobre 1918.

2° La tumeur est pariétale ; tenter l'extirpation est sans doute possible, mais il est préférable de faire une résection intestinale ;

3° La tumeur est sous-muqueuse ; il faut enlever le segment lésé et faire l'exploration du tractus intestinal car les lésions sont parfois multiples ;

4° La tumeur est compliquée :

a) Il y a invagination : si les accidents sont récents tenter de désinvaginer, enlever la tumeur ou mieux réséquer l'invagination en bloc ;

b) Il y a volvulus ; on pourra faire l'entérostomie qui ne touche pas à la lésion. C'est une opération détestable qu'il ne faut jamais pratiquer.

Aboucher les deux bouts du grêle à la paroi après résection du segment en voie de sphacèle : les résultats sont franchement mauvais. On résèque l'intestin, c'est une entérectomie en période aiguë à pronostic très grave.

En somme, à part les cas où la tumeur seule est extirpable, c'est la résection intestinale qui est le procédé de choix.

Le Spleen

Par le Dr J. ROGUES DE FURSAC.

Vous avez peut-être éprouvé quelque surprise en voyant le spleen figurer sur le programme de ces conférences (1). Non que le mot soit nouveau pour vous. Il appartient à la langue courante. Mais c'est précisément parce qu'il est un mot populaire qu'il a pu éveiller votre méfiance et que vous vous êtes peut-être demandé si parler de spleen, c'est bien faire de la médecine et de la psychologie.

Quand on entend quelqu'un dire qu'il a le spleen, ce qui n'est pas rare, on le plaint du bout des lèvres, en réprimant un sourire. On pense que ce n'est pas là un mal bien grave et que le remède est facile à trouver. S'il s'agit d'un homme occupé qui a le droit de se dire surmené, on lui conseille le repos et la distraction. S'il s'agit d'un oisif, on lui dit, ou si on ne lui dit pas, on pense : faites comme les camarades, gagnez votre pain à la sueur de votre front ; alors la vie vous paraîtra moins vide et votre spleen passera. Je vous accorde que tout cela n'est ni très scientifique ni très médical. Mais ce n'est pas là le vrai spleen. Le vrai spleen, j'espère vous le montrer ce soir, est quelque chose de plus sérieux que l'espèce de maladie de salon à laquelle je viens de faire allusion. C'est un état pathologique bien réel, souvent grave, parfois tragique par ses conséquences sociales et qui mérite par conséquent de retenir l'attention des médecins.

Du reste, je ne prétends pas innover et conquérir au spleen sa place dans la nosographie psychiatrique. Il y a plus de 150 ans que c'est fait. Il est vrai que, après avoir été étudié dans des mémoires spéciaux et dans les ouvrages d'enseignement classique, il a été complètement oublié et que c'est seulement dans ces dernières années que sa place lui a été rendue, définitivement cette fois, espérons-le. Cette histoire du spleen est assez curieuse pour que je vous en dise quelques mots.

En 1768, le médecin montpelliérain Sauvages publiait à Lyon un ouvrage intitulé *Nosologica methodica sistens morborum classens*. Cet ouvrage fut traduit peu

(1) Conférence faite à la Faculté de Médecine le 8 février 1925.

après en français sous le titre de « Nosologie méthodique ». L'auteur y décrit un syndrome mental qu'il désigne sous le nom de « *Melancholia anglica* » appelée vulgairement, dit-il, *tædium vitæ*, dégoût de la vie »., Voici son propre texte :

Le suicide, écrit Sauvages, est très fréquent en Angleterre et il n'a d'autres causes qu'un dégoût excessif de la vie. Ceux qui sont atteints de cette manie, après avoir inutilement employé les moyens qu'ils croient propres à les guérir, se livrent à une noire mélancolie, mettent ordre à leurs affaires, font leur testament, écrivent à leurs amis pour prendre congé d'eux et se pendent, se noient ou s'empoisonnent.

Et un peu plus loin ce passage qui lève toute équivoque :

Le suicide est fort commun parmi les mélancoliques maniaques ; mais la mélancolie anglaise diffère des autres en ce que les malades ne se tuent que par un dégoût de la vie (1).

C'est clair. Sauvages exclut de sa mélancolie anglaise la mélancolie anxieuse, la dépression mélancolique, la mélancolie délirante et il limite sa conception aux états mélancoliques constitués par un dégoût de la vie avec pour conséquence, le suicide. Cette mélancolie anglaise, c'est notre spleen, avec cette réserve toutefois que nous ne considérons plus le suicide comme un élément nécessaire, mais seulement comme un élément contingent du syndrome. Ce qui est constant dans le spleen, c'est le désir de la mort. Mais ce désir de la mort n'aboutit pas toujours, il s'en faut, au suicide.

Notre définition du spleen sera donc : un état mélancolique constitué exclusivement par un dégoût de la vie, avec, pour conséquence éventuelle, le suicide. Voilà notre sujet clairement indiqué.

Introduit par Sauvages dans la médecine classique, le spleen y conserva sa place pendant près d'un siècle. Pinel, Moreau de la Sarthe, qui lui a donné le nom de spleen (2), Esquirol, Falret père, Cazauvielh, Brierre de Boismont, Guislain, et bien d'autres, l'ont étudié avec plus ou moins de détails, Griesinger, dans la seconde édition de son Traité des maladies mentales, parue en 1861, en parle encore. Puis c'est fini. Il faut arriver à 1913 pour voir le spleen renaître de ses cendres et reprendre sa place dans les cadres psychiatriques. Sa résurrection est due à M. Le Savoureux qui lui a consacré sa thèse, un ouvrage de premier ordre, que je vous engage à lire et que j'ai moi-même relu avec plaisir et profit pour la préparation de cette conférence.

***

Après avoir défini le spleen et jeté un rapide coup d'œil sur ses origines et son histoire, voyons comment il se manifeste.

Si je ne craignais de paraître afficher des prétentions littéraires qui sont loin de ma pensée, je dirais que le spleen est avant tout un état d'âme. J'entends par là que le spleen est un état exclusivement psychique et essentiellement subjectif.

Aucun signe neurologique, au moins aucun qui soit décelable par nos moyens d'investigation actuels : réflexes, motilité, sensibilité, etc... tout est normal chez le spleenique. Aucun trouble des grandes fonctions organiques : le spleenique peut se porter admirablement au point de vue physique.

(1) Neurologie méthodique, Lyon 1773, t. VII, p. 366.

(2) Il l'écrit *spléen* (Quelques observations sur différentes circonstances des maladies... in *Mémoires de la Société médicale d'émulation*, seconde année, Paris, an VII.)

Rien non plus, ou du moins bien peu de chose dans le comportement habituel du sujet : une parfaite lucidité, une absolue maîtrise de soi, une activité bien ordonnée et utile ; quelquefois une certaine tristesse dans la physionomie, mais rien qui rappelle, même de loin, l'accablement du déprimé ou l'excitation de l'anxieux, de sorte que l'on peut vivre pendant des mois et des années au contact d'un spleenique, sans avoir le moindre soupçon sur son état mental, s'il ne le dévoile lui-même par ses confidences.

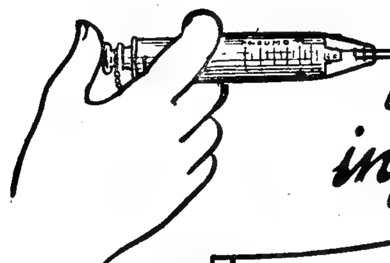
Il y a des spleeniques qui ne font jamais de confidences. Il y en a qui ne font que des confidences posthumes et laconiques, comme ce suicidé qui laissa ce simple billet : « Je me tue. Il y a trente ans que la vie me dégoûte ».

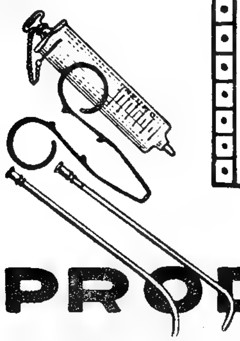
Heureusement tous n'ont pas cette extrême discrétion. Il s'en trouve, et pas mal, qui se découvrent volontiers à leur entourage, ce qui a permis de faire d'une façon assez précise la psychologie du spleen.

J'aurais aimé à vous présenter un de ces malades et à lui faire exposer son cas devant vous. Ç'aurait été le meilleur moyen de vous mettre sous les yeux le tableau du spleen, un tableau vivant, non un schéma. Mais, outre que ces conférences ne sont pas des conférences cliniques, je crois bien qu'il eût été difficile de trouver un malade pour se prêter à cette démonstration. Le spleenique, je viens de vous le dire, est un individu conscient, parfaitement lucide ; tout en se rendant compte qu'il n'est pas comme tout le monde, il ne se considère pas comme un malade et se formaliserait facilement d'être traité comme tel, surtout devant un public médical et scientifique.

Je vais remédier de mon mieux à la situation en vous donnant lecture d'un fragment d'un mémoire qui m'a été remis par un spleenique. L'auteur est un homme de cinquante ans, industriel, capable de s'observer, cultivé, mais sans aucune prétention à la psychologie, ce qui, pour la sincérité de sa description, nous est une garantie.

Si je suis très malheureux, écrit-il, si malheureux que j'attends la mort avec impatience, ce n'est pas que la vie ait été particulièrement dure pour moi. Peut-être a-t-elle été meilleure que pour beaucoup. J'ai réussi dans mes affaires. Je n'ai éprouvé aucune catastrophe dans ma famille. Je me porte bien. Et pourtant, je le répète, je me sens extrêmement malheureux. Tout mon malheur est dans l'ennui qui m'accable. L'ennui me prend dès le matin quand je m'éveille, il m'étreint tout le jour et ne me lâche que quand je m'endors. Je m'ennuie dans le passé, dans le présent et dans l'avenir. Il n'y a pas une heure de mon passé que je voudrais revivre. Dans le présent je ne trouve que le vide, un vide douloureux, le vide de l'ennui permanent. Je ne puis rien imaginer pour l'avenir qui puisse m'apporter la moindre satisfaction. Tout ce qui peut m'arriver me dégoûte par avance. Je m'ennuie toujours et partout : dans le travail et dans ce qu'on est convenu d'appeler le plaisir, par exemple au théâtre ou dans une réunion mondaine ; je m'ennuie au bord de la mer ou à la campagne comme je m'ennuie dans mon usine, en voyage comme dans ma famille. Quand mon associé me parle d'une affaire, il m'ennuie et quand ma femme me parle de la santé ou des études de mes enfants, elle m'ennuie. Si seulement j'étais indifférent. Mais l'ennui n'est pas l'indifférence. Si je suis insensible à la joie, je sens parfaitement une peine. Un de mes enfants a été malade il y a peu de temps : j'en ai éprouvé un très vif chagrin. Et d'ailleurs dans l'ennui même il y a quelque chose de douloureux, de douloureux et de haineux. Il me semble que je deviens méchant. J'en veux aux autres d'être heureux et, bien que j'essaye de m'en défendre, je m'aperçois que tout ce qui sent le bonheur, la joie ou le plaisir m'exaspère ; la figure épanouie de quelqu'un qui a reçu une bonne nouvelle, le rire des enfants, les applaudissements au théâtre, le bruit d'une fête.





Il y a quelque temps je traversais une fête foraine à une heure où elle battait son plein. Le temps était couvert, quelques gouttes d'eau commençaient à tomber. Je souhaitai qu'une bonne averse vint tremper tout ce monde et rabattre leur joie imbécile — imbécile pour moi, car je me rends bien compte au fond que c'est moi qui ai tort et que je suis en marge de la vie...

Vous avez certainement remarqué que dans cet écrit il y a un mot qui revient presque à chaque ligne. Ce mot c'est *ennui*. Et, en effet, l'étude du spleen n'est autre chose que celle de l'ennui pathologique.

Qu'est-ce donc que l'ennui pathologique ? Tout simplement l'ennui normal démesurément amplifié et intensifié.

L'ennui du spleen est l'ennui normal amplifié dans le temps et dans l'espace. Dans le temps, au point de remplir tous les instants de la vie. Dans l'espace jusqu'à recouvrir de son voile gris le monde extérieur tout entier, hommes et choses : l'ennui spleenique est un ennui sans limite, universel.

L'ennui spleenique est l'ennui normal intensifié, intensifié jusqu'au dégoût, jusqu'à l'horreur de la vie, jusqu'au désir sincère et constant de la mort, éventuellement jusqu'au suicide.

Essayons très rapidement de décomposer en ses éléments ce sentiment complexe qu'est l'ennui. Ce sera relativement facile grâce au grossissement qu'ils subissent dans sa forme morbide qui est le spleen.

Nous trouvons d'abord dans l'ennui un élément d'anesthésie morale, une incapacité de sentir moralement. Ce n'est pas l'indifférence au sens complet du mot. Notre malade nous l'a dit : il ne se considère pas comme indifférent, puisqu'il éprouve du chagrin de la maladie d'un de ses enfants. Le spleenique sent en effet la douleur aussi vivement qu'un sujet normal. Ce qu'il ne peut plus sentir, c'est le plaisir ou, si vous préférez, la joie, qui est la forme morale du plaisir. L'anesthésie est systématisée chez lui à la sensibilité au plaisir. C'est ce que Ribot a appelé *l'anhédonie*, de α privatif et ἡδονή plaisir.

Mais le spleenique n'est pas seulement un anhédonique : il est quelque chose de plus. L'anhédonie est un état neutre ; elle comporte l'absence du sentiment de plaisir, mais la douleur en est absente. L'anhédonique, du fait de son anomalie, n'est ni heureux, ni malheureux. Or le spleenique est malheureux. C'est donc qu'un deuxième élément vient se superposer à l'anhédonie. Ce deuxième élément c'est l'aversion, qui est la caractéristique du dégoût et qui réalise un sentiment du même ordre que la haine. Notez du reste que le mot haine, ou aversion, comme vous voudrez, se retrouve étymologiquement dans ennui. Vous savez qu'en latin, cela m'ennuie se dit : *est mihi in odio*. « *In odio* » par fusion a produit le substantif « inodio » — qui se retrouve dans le dialecte vénitien — et qui a donné à son tour tous les vocables pour désigner l'ennui dans les langues romanes (français *ennui*, provençal *enuez*, *enuet* ou *enuey*, espagnol *enojo*, italien *noja*) (1). Cette aversion, qui n'existe en quelque sorte qu'en puissance, en tous cas extrêmement estompée, dans l'ennui normal, s'exaspère, dans l'ennui morbide, jusqu'à devenir du dégoût, de l'horreur et, dans les cas prononcés, jusqu'à prendre une teinte plus ou moins marquée d'agressivité.

« Je sens que je deviens méchant », écrit notre malade avec tristesse. Et, en effet, dans le spleen, l'ennui devient une véritable haine contre tout et contre tous. Il semble que le spleenique rende tout ce qui l'entoure responsable de sa misère. Or, haïr, c'est souffrir et c'est dans ce sentiment d'aversion exaspéré jusqu'à la haine qu'il faut chercher l'élément douloureux du spleen.

(1) Diez. — *Etymologisches Wörterbuch der romanischen Sprachen*. 5e édit.. 1887.

* * *

Voilà, très rapidement exposé et analysé, l'état de conscience, l'état d'âme dans le spleen : un ennui monstrueusement développé, c'est-à-dire une anhédonie complète, une insensibilité absolue à la joie, associée à un sentiment d'aversion pour les hommes et pour les choses qui s'exaspère jusqu'à la haine.

Nous avons à examiner maintenant comment le spleenique réagit à son mal, quel parti il prend en présence de l'ennui pathologique qui le torture.

Parfois, je vous l'ai dit, il ne réagit pas. Il souffre en silence et attend patiemment que la mort le délivre. C'est le spleenique philosophe.

D'autres fois il se plaint. Il extériorise son spleen sous forme de lamentations sans fin, de malédictions contre le destin, de souhaits de mort prochaine et peut arriver ainsi à lasser l'entourage le plus bienveillant. Ses plaintes se retrouvent dans sa correspondance et c'est ainsi qu'il a été possible de porter le diagnostic ferme de spleen chez certaines personnalités du passé : notamment chez Flaubert, chez Benjamin Constant, surtout chez Mme du Deffant qui fut une grande épistolière doublée d'une grande spleenique et dont le cas a été fort bien étudié par M. Le Savoureux.

Il arrive, quand le spleenique est un écrivain, que le cercle limité de la famille et des relations personnelles ne lui suffit plus, qu'il lui faut des horizons plus larges. Il prend alors le grand public pour confident. Ainsi s'est constitué un genre littéraire spécial, dont il faut reconnaître la haute antiquité, puisque l'*Ecclésiaste* avec ses magnifiques variations sur le thème de la vanité des choses humaines n'est rien d'autre, au fond, que le grand poème du *tædium vitæ*. Et, depuis, le genre n'a pas cessé d'être cultivé. On peut dire que tous les siècles, toutes les langues et tous les peuples ont leur littérature spleenique. La grande époque de cette littérature a été, vous le savez, la première moitié du XIXe siècle, l'époque romantique. Rappelez-vous Chateaubriand avec *René*, Benjamin Constant avec *Adolphe*, Goethe avec *Werther*, Beaudelaire qui a intitulé spleen une partie de son œuvre, et Leopardi qui, parmi les modernes, a trouvé pour peindre l'ennui les couleurs les plus violentes et les plus tragiques.

Permettez-moi de vous citer quelques passages de l'œuvre de Leopardi qui m'ont paru d'une vérité particulièrement saisissante.

Dans le « Dialogue de Plotin et de Prophyre » (1) qui fait partie de ses œuvres morales, après avoir exhalé son désespoir, il continue :

> Cette inclination ne procède chez moi d'aucune disgrâce qui me soit arrivée ou que je puisse prévoir, mais d'un dégoût de la vie, d'un ennui si violent qu'il ressemble à une douleur et à une convulsion, et du déplaisir que j'éprouve à connaître, à voir, à goûter, à toucher la vanité de chaque chose qui s'offre à moi dans la journée ».

Et plus loin :

> ... rien n'est plus raisonnable que l'ennui. Les plaisirs sont vains. La douleur même, je parle de celle de l'âme, est vaine la plupart du temps, car à la considérer dans ses causes ou dans son objet, elle n'a rien ou presque rien de réel. Je dis la même chose de la crainte, la même chose de l'espérance. Seul l'ennui,

(1) Œuvres morales. Traduction Aulard, T. III.

qui nait toujours de la vanité des choses, n'est jamais ni vanité ni erreur : il ne repose jamais sur rien de faux. Et l'on peut dire que si tout le reste est vain, tout le réel et tout le solide de la vie humaine se ramène à l'ennui.

Et ailleurs dans le « Dialogue de Tristan et d'un ami » qui fait partie du même recueil :

... Je vous dirai franchement que je ne me soumets pas à mon malheur, que je ne courbe pas la tête devant mon destin et que je ne pactise pas avec lui comme font les autres hommes, j'ose désirer la mort, et la désirer par dessus toute chose avec une telle ardeur et une telle sincérité qu'il est au monde, je le crois fermement, bien peu d'hommes qui la désirent de la sorte ; je ne vous parlerais pas ainsi, si je n'étais bien certain que, l'heure venue, le destin ne démentira pas mes paroles ; car, bien que je ne voie encore aucune issue à ma vie, j'ai cependant un sentiment intérieur qui m'assure, pour ainsi dire, que l'heure que je dis n'est pas éloignée. Je suis trop mûr pour la mort, et, étant mort moralement comme je le suis, quand la comédie de la vie est finie pour moi en tout point, il me paraît trop absurbe et trop incroyable que je doive durer encore les quarante ou cinquante années dont me menace la nature. La seule pensée d'une telle chose m'épouvante... Si même quelqu'un me parle d'un avenir lointain comme d'une chose qui m'appartienne, je ne puis m'empêcher de sourire en moi-même tant j'ai confiance que la vie qui me reste à remplir n'est pas longue. Voilà, je puis le dire, la seule pensée qui me soutienne. En d'autre temps j'ai envié les fous et les sots, et ceux qui ont une grande opinion d'eux-mêmes, et j'aurais volontiers changé avec n'importe qui d'entre eux.

Aujourd'hui je n'envie plus ni les fous, ni les sages, ni les grands, ni les petits, ni les faibles, ni les puissants : j'envie les morts, et ce n'est qu'avec les morts que je changerais... Si on me proposait d'un côté la fortune ou la renommée de César ou d'Alexandre pure de toute tache, et de l'autre de mourir aujourd'hui, et s'il me fallait choisir je dirais : mourir aujourd'hui, et je ne demanderais point de temps pour m'y résoudre.

J'espère que vous ne m'en voulez pas de cette citation un peu longue. Nous étudions le spleen. Et c'est une observation de spleen que nous a laissée Léopardi, une observation non seulement rédigée en fort beau langage, mais d'une rigoureuse vérité. Je ne crois pas, notamment, qu'aucun malade ait jamais senti plus vivement, plus profondément et exprimé d'une façon plus intense l'appétence de la mort qui est en quelque sorte le couronnement de l'état affectif chez le spleenique.

Voilà donc des spleeniques, Mme du Deffant, Flaubert, Benjamin Constant, Goethe, Léopardi qui ont largement, complaisamment, extériorisé leur ennui. Quel bénéfice en ont-ils retiré ? Aucun. Tous ont traîné leur spleen jusqu'à la tombe. Il ne suffit pas de crier sa douleur pour en être délivré.

Beaucoup de spleeniques cherchent un remède dans le plaisir. L'idée se présente tout naturellement à l'esprit de traiter le mal qu'est l'ennui par son contraire qui est le plaisir. Disons-le sans plus tarder : l'échec est certain. Nous en avons la preuve par l'histoire d'un spleenique de grande envergure. Je veux parler du roi Louis XV.

Louis XV fut un spleenique. Le mot a été dit, ou presque, par ses historiens. Les Goncourt ont écrit que son enfance fut attristée par un « splénétisme que l'on ne rencontre guère que dans les dégénérescences royales. » (1) Splénétique, comme disaient les Goncourt, ou spleenique, comme nous disons aujourd'hui, Louis XV le resta toute sa vie.

Son incurable ennui fut la terreur de ses maîtresses, et toutes, mais surtout Mme de Pompadour, ont compris que le seul moyen pour elles de rester en faveur était de réussir à le distraire. Voici quelques lignes bien significatives à cet égard que j'ai trouvées dans les mémoires de d'Argenson. A la date du 15 septembre 1750 :

Gens qui arrivent de la cour disent que l'ennui du roi augmente chaque jour ; que ses voyages continuels sont le seul remède qu'il y trouve ; que la marquise elle-même les déteste, mais qu'elle les croit nécessaires pour maintenir sa Majesté en bonne santé. A peine le roi est-il arrivé dans un nouveau lieu que la tristesse la plus noire le saisit et l'abat. Avec cela il veut aller d'une vitesse extrême et crève ses gens et ses chevaux... »

Et à la date du 16 décembre de la même année :

Mme de Pompadour amuse le roi par des voyages et divers plaisirs qu'elle lui procure. Elle prévoit à chaque instant l'ennui qui va prendre le monarque, et de cette habitude résulte un grand pouvoir, bien plus que celui de l'amour. La surintendance des amusements et de leur variété lui donne celle du royaume, telle qu'on ne l'a jamais vue à aucune femme.

Ce perpétuel souci d'amuser le roi, Mme du Barry, qui fut la dernière, l'eut aussi, et sur la fin elle ne réussissait plus. Les Goncourt nous la montrent en été 1773 — Louis XV avait alors 63 ans et devait mourir au printemps suivant — « impuissante à apporter à son royal amant une dissipation suffisante » et à le distraire de « cet ennui incurable et splénétique qui avait été l'empoisonnement de toute sa vie » (1). Vous le voyez, l'expérience est concluante. Le traitement du spleen par le plaisir, essayé pendant près d'un demi-siècle par un homme à qui le plaisir a été versé à profusion, s'est montré d'une inefficacité absolue. On ne saurait imaginer un exemple plus démonstratif.

Quelques spleeniques, par une réaction diamétralement opposée à la précédente, ont recours au mysticisme. De ce nombre fut Tolstoï. Vers 50 ans il fit une crise de spleen, fort grave, puisqu'il eut des idées de suicide auxquelles, assure-t-il, il eut de la peine à résister. Il cachait les cordes pour ne pas se pendre à la poutre de sa chambre et renonça à aller à la chasse pour ne pas être tenté de se tuer avec son fusil. Comme on devait s'y attendre de la part d'un psychologue, il s'interrogea sur les causes de son désespoir. A la longue il découvrit en lui un besoin — on pourrait presque dire un appétit — religieux qui se précisa de plus en plus. Il chercha Dieu, suivant sa propre expression ; il le chercha de deux façons, par le retour à la vie naturelle — c'est-à-dire à la vie simple des paysans russes — et par l'étude des Evangiles. Il le trouva et son spleen s'évanouit. Il devint heureux, si bien que dans un de ses derniers ouvrages il put écrire, parlant de sa conversion : « Je m'affermis dans ma conviction, je recouvrai la paix et voici vingt ans que je vis heureux et que je m'approche avec joie de la tombe (2) ».

Voilà donc un spleen qui a guéri. Mais il a guéri parce qu'il était lié à une cause bien spéciale. Tolstoï avait toujours eu une âme mystique. Son spleen était né d'une aspiration religieuse qui était restée sans être satisfaite parce qu'elle n'avait pas réussi à se formuler clairement. Il s'est dissipé du jour où Tolstoï a trouvé la voie qui le conduisait au salut, autrement dit, en langage psychologique, du jour où se sont établis chez lui des convictions religieuses fortes et stables. Seuls peuvent espérer suivre sa trace les spleeniques chez qui le spleen est né dans les mêmes conditions et qui ont comme lui une âme foncièrement religieuse. Le mysticisme n'est un remède efficace que pour un petit nombre de spleeniques privilégiés.

(1) V. Portraits du XVIIIe siècle. Louis XV enfant.

(1) La du Barry, p. 161.
(2) La Vraie Vie, préface, p. XII.

Il y a des spleeniques, souvent les mêmes qui se jettent dans les plaisirs, qui cherchent un remède dans les toxiques. Vous savez que pas mal d'alcooliques ont été conduits à l'intempérance par le « cafard ». Or le « cafard », dans bien des cas, c'est le spleen. Beaucoup de cocaïnomanes ne sont que des spleeniques qui, après avoir vainement demandé leur guérison à la débauche, recourent à l'excitation artificielle de la cocaïne. On peut en dire autant de bien des opiomanes et de bien des morphinomanes. Et le résultat ? me demanderez-vous. Le résultat : un soulagement passager, comme celui qu'on peut attendre de tous les narcotiques, mais de guérison jamais, au contraire une aggravation, puisque le malade qui reste un spleenique, devient par surcroît un intoxiqué.

Certains spleeniques ont l'illusion que leur ennui naît de ce qui les entoure. Ils espèrent y échapper en changeant de milieu. Quand ils sont riches, ils font de grands voyages, quelquefois le tour du monde, et reviennent à leur point de départ aussi ennuyés qu'ils étaient partis. Quand ils sont pauvres, « ils prennent la route », pour employer l'expression du romancier Charles Derennes (1), s'arrêtent dans une ferme ou une usine pour travailler et gagner un peu d'argent, de quoi subsister pendant quelque temps, puis vont plus loin et toujours ainsi, sans jamais se fixer nulle part, vagabonds de fait sinon vagabonds selon la loi, ce qui leur arrive cependant quelquefois. J'ai eu à examiner l'an dernier un homme arrêté pour vagabondage au cours d'une véritable fugue et qui était un spleenique. L'expérience lui avait montré qu'il est vain d'essayer d'échapper à l'ennui par la fuite. «On se sauve, disait-il, l'ennui court derrière et vous rattrape. »

***

J'arrive maintenant à la réaction qui donne au spleen la note tragique. Je veux parler du suicide. Il semble que le suicide réalise ici une solution logique. Quand on se sent mal dans un endroit, le plus simple est d'en sorsir, de prendre la porte. Pourtant tous les spleeniques ne prennent pas la porte, La conception de Sauvages et de ceux qui l'ont suivi est critiquable sur ce point. Le suicide n'est pas l'aboutissement nécessaire, inéluctable du spleen. Sauvages a généralisé ce qui n'est qu'un cas particulier.

Il y a des spleeniques, et beaucoup, qui reculent devant la mort volontaire, cela pour des raisons très diverses ; les uns, qui ont des sentiments religieux, parce qu'ils se demandent ce qu'ils trouveront de l'autre côté de la porte ; d'autres parce qu'ils se doivent à leurs proches : femme, enfants, vieux parents ; d'autres encore parce qu'ils ont peur de la souffrance physique. Ce n'est donc, dans le groupe des spleeniques, qu'une fraction qui se suicide, fraction importante d'ailleurs.

Nous avons dit que le spleenique restait pendant sa maladie lucide, maître de soi, capable de réflexion, de calcul et d'action énergique. C'est le moment de nous rappeler cette intégrité intellectuelle et volontaire, car elle rend la situation particulièrement grave au point de vue suicide. Le spleenique, quand une fois il a pris la résolution de se tuer, réalise son projet dans des conditions telles qu'il se manque rarement. Tandis que les tentatives de suicide du déprimé et de l'anxieux échouent souvent, celles du spleenique aboutissent presque toujours.

(1) Le Pélerin de Gascogne, p. 50.

C'est quelque chose de bien curieux que l'état d'esprit d'un spleenique qui se suicide. Dans le soin, la méthode, le souci du détail qu'il apporte à la préparation de l'acte, on doit voir en premier lieu, c'est certain, le désir de réussir, le souci de ne pas se manquer. Mais bien souvent il y a autre chose. Il y a surtout des préoccupations d'amour-propre que l'on serait tenté d'appeler puériles, si l'on n'était ici en pleine tragédie. On devine chez certains spleeniques qui se préparent à mourir la vanité, la pose, le désir de forcer l'admiration des survivants, de les obliger à s'écrier : quel courage ! quel sang-froid ! quelle lucidité ! Quel homme admirable nous avons perdu !

Beaucoup commencent par exposer sous forme de lettre les raisons qui justifient, à leurs yeux, leur résolution. Puis ils en viennent aux préparatifs matériels. Quelques-uns les accompagnent de commentaires écrits. Un spleenique suicidé dont l'histoire est rapportée par Brierre de Boismont avait imaginé un dispositif tel qu'il devait être frappé à la fois de quatre balles de pistolet. Sur le mur, vis-à-vis de l'étrange appareil, il avait fixé une planche et au-dessous de la planche un panier plein de son pour recevoir son sang. Et sur la planche il avait écrit : « Par ce moyen, la trace de son sang ne souillera pas le carreau et l'empreinte des quatre balles qui vont me traverser ne sera marquée que sur cette planche ; c'est déjà trop que la maison de mon père soit le théâtre de ma mort » (1).

Il y a des spleeniques qui dans cette voie vont encore plus loin. Parmi ceux qui adoptent une mort lente, qui s'asphyxient ou qui s'empoisonnent, il s'en trouve qui ont le courage de noter leurs sensations, jusqu'à ce que la plume ou le crayon leur tombe de la main, parfois au milieu d'un mot inachevé. Un autre suicidé de Brierre de Boismont qui s'était asphyxié par les vapeurs de charbon tint pendant plus d'une heure et demie ce qu'on pourrait appeler le journal de son agonie (2).

Si je vous donne ces détails sur le suicide des spleeniques, ce n'est pas en raison de leur pittoresque, passablement macabre, je le reconnais, mais parce qu'ils me paraissent illustrer d'une façon remarquable l'état d'esprit du sujet à ce moment suprême et qu'ils montrent d'une façon indiscutable que le suicide s'accomplit ici en pleine liberté, au sens psychologique du mot, en parfaite lucidité et en dehors de tout désarroi moral.

Avec le suicide nous n'avons pas atteint la réaction de gravité maxima dans le spleen. Il y a pire que le spleenique qui se tue, c'est celui qui, avant de se tuer, tue son prochain, qui commet l'homicide-suicide.

La victime est toujours dans ce cas une personne chère, presque toujours un proche, souvent le conjoint, plus souvent encore l'enfant. Il peut y avoir deux, trois victimes et davantage. Je n'ai pas besoin d'insister sur le sentiment auquel le malade obéit. L'horreur de la vie qui le pousse à se tuer se projette sur ceux qu'il affectionne. Ne pouvant admettre qu'un être humain soit heureux, il veut les arracher aux souffrances qui les attendent et il décide de les entraîner avec lui dans la mort. Je vous rapporterai un cas tout à fait typique d'homicide-suicide dû au spleen que j'ai eu à examiner au point de vue médico-légal. Il s'agissait d'une jeune femme — nous l'appellerons Hélène — qui avait tué ses deux bébés, âgés respectivement de 3 ans 1/2 et de 4 ans 1/2, à coups de revolver et avait tenté de se suicider en se tirant trois balles dans le sein gauche. Les balles avaient glissé le

(1) Brierre de Boismont. — Du suicide et de la folie-suicide. 2e édit. Paris 1865. p. 281.
(2) *Ibid.* p. 284.

long des côtes. Elle s'était alors coupé la gorge avec un rasoir, déterminant ainsi une hémorragie abondante mais non mortelle.

Rarement spleenique a poussé plus loin la lucidité, le calme, la maîtrise de soi dans la préparation d'un homicide-suicide. La malade avait su dissimuler si parfaitement son état que son mari ne s'était jamais douté, non qu'elle fut malade, mais qu'elle fut triste. La veille du drame, tout étant arrêté dans son esprit, elle est allée retirer à la caisse d'épargne une petite somme qu'elle avait en dépôt pour éviter à son mari des difficultés après sa mort. Le matin même elle a fait son ménage à fond, habillé ses enfants dans leurs vêtements du dimanche, écrit deux lettres dans lesquelles elle annonçait qu'elle allait se tuer avec ses enfants, parce qu'elle était malheureuse. Après avoir verrouillé sa porte, elle procéda à l'exécution de ses deux enfants qui dormaient dans leur lit. Au préalable, pour amortir le bruit des détonations elle avait enveloppé son arme dans un édredon.

Vous retrouvez là, n'est-ce pas, la méthode et le souci du détail que je vous ai dit être le propre du suicide spleenique. Vous y trouvez aussi les préoccupations d'amour-propre : les enfants bien habillés, le ménage soigneusement mis en ordre.

Spleenique, Hélène l'était bien. C'était une femme intelligente, assez instruite, capable de s'analyser. Je l'ai interrogée bien des fois, et longuement. Tout ce qu'elle m'a répondu peut se résumer dans ces quelques mots : « Elle s'ennuyait. Elle était malheureuse. Elle avait horreur de la vie. Elle avait peur pour ses enfants qu'il soient aussi malheureux qu'elle. » C'est là une observation concise, mais complète, de spleen.

***

En somme, le spleen nous apparaît comme une perversion, il serait peut-être plus juste de dire comme une *inversion* de l'instinct de conservation. L'appétit de vie, qui est au fond de tout être vivant, se transforme chez le spleenique, en une aspiration vers le non être, en un appétit de destruction, qui peut même dépasser l'individu et s'étendre à l'espèce, comme nous l'a montré le cas de notre malade Hélène qui a tué ses deux enfants avant de tenter de se suicider. C'est à peu près à cette conception qu'était arrivé Pinel dans son mémoire de 1791, *Observations sur une espèce de mélancolie qui conduit au suicide* (1). « Le sentiment naturel qui attache l'homme à la vie et l'horreur qu'il a de la destruction, écrit-il, peuvent donc être entièrement pervertis et se changer en un penchant irrésistible pour le suicide. »

On admet généralement que cette perversion — ou cette inversion — est d'origine congénitale.

Le spleen ne serait alors que le développement d'une anomalie constitutionnelle de l'instinct de conservation, comme l'inversion sexuelle n'est que l'expression d'une anomalie constitutionnelle de l'instinct sexuel.

Je ne nie pas que ce soit là une conception logique, par cela même séduisante.

Et cependant je ne crois pas qu'elle réponde à la réalité. Je vois celle-ci moins simple.

Tout d'abord on a vu des épidémies de spleen et cela seul ébranle fortement l'hypothèse du spleen, maladie constitutionnelle. Il y a eu l'épidémie qui s'est développée à Milet et que nous a rapportée Plutarque : les jeunes filles de cette ville se suicidant par troupes, sans autre cause que le désir de mourir. Il y a eu une épidémie du même ordre à Lyon, épidémie dont Primerose nous a laissé le récit. Enfin tout près de nous il y a eu l'épidémie qui a suivi Werther. On comprend mal comment une maladie constitutionnelle, c'est-à-dire dont la cause réside dans une tare exclusivement individuelle, pourrait prendre un caractère épidémique. Une épidémie suppose l'intervention d'un agent pathogène extérieur.

Sans doute, il ne faut rien exagérer. Et ce serait exagérer que de nier tout élément constitutionnel dans le spleen. Il est bien certain que ce n'est pas tout le monde qui peut devenir spleenique, pas plus que ce n'est tout le monde qui peut devenir mélancolique ou persécuté. J'accorde donc qu'une certaine prédisposition, d'ordre constitutionnel, est une condition nécessaire du spleen. Mais je crois que dans bien des cas, sinon dans tous, cette prédisposition n'entre en jeu que sous l'influence de circonstances extérieures.

Parmi les exemples de spleen que je vous ai cités j'en trouve qui sont singulièrement significatifs à cet égard, pour peu qu'on se donne la peine de les analyser de près.

D'abord Tolstoï. Nous savons qu'il a guéri de son spleen et nous savons pourquoi : parce que le trouble psychique procédait chez lui d'une aspiration religieuse non satisfaite et que, par cela même devait s'évanouir dès que cette aspiration réussirait à se satisfaire. L'instinct de conservation n'est pas intervenu dans le spleen de Tolstoï, ou du moins s'il a été lésé, ce n'a été que secondairement. Il ne saurait s'agir ici d'une anomalie constitutionnelle.

Maintenant Léopardi. Le pauvre Léopardi était infirme et malade. De plus il était durement traité par sa famille — une vieille famille de la noblesse romaine — qui ne pouvait lui pardonner ses idées libérales. S'il ne connut pas, à certains moments, les pires privations, ce fut grâce à la générosité de ses amis. Il avait donc contre la vie des griefs personnels et quand il écrit : « Cette inclination (au désespoir) ne procède chez moi d'aucune disgrâce qui me soit arrivée ou que je puisse prévoir », il s'illusionne. Son spleen est, comme nous disons en médecine, un spleen *cum materiâ*. Point n'est besoin, pour l'expliquer, de recourir à une hypothétique inversion de l'instinct de conservation. La constitution mentale chez Léopardi ne fait pas tous les frais, il s'en faut.

Et Flaubert ? Il était épileptique. Il se surmenait, il travaillait — il l'a assez répété — avec une prodigieuse difficulté. Il y a là, avouez-le, de quoi rendre pessimiste et conduire au spleen.

Passons à Louis XV. Avec lui c'est autre chose. Il avait une peur terrible, quasi-obsédante de l'enfer. D'une part les prédicateurs de sa cour — très courageusement, il faut le reconnaître — lui criaient qu'il allait à la damnation. D'autre part sa volonté débile et sa sensualité insatiable ne lui permettaient pas de s'amender. Voilà en vérité une situation tragique et qui peut, la prédisposition aidant, bien entendu, expliquer son spleen.

Je vous ai parlé d'un vagabond que j'avais eu à examiner au point de vue médico-légal. C'était un cas très net et très complet de spleen. Comme Léopardi il déclarait qu'il n'avait rien à reprocher à la vie. Mais il était atteint de frigidité sexuelle constitutionnelle. Dès la puberté il avait compris qu'il était différent des autres. Il avait eu à subir les railleries des camarades au régiment. A travers ses réticences et ses protestations il était facile de deviner qu'il souffrait, et beaucoup, de passer sa vie seul et sans foyer. Voilà encore un spleen qui s'explique.

J'arrive enfin au cas qui, de tous ceux qui sont venus à

(1) La médecine éclairée par les sciences physiques. (*Journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir*. Paris. 1791, T. 1,)

BIBLIOGRAPHIE

La transfusion du sang, étude biologique et clinique, par P.-Emile WEILL, Paul ISCH-WALL. 1 volume de 248 pages, avec 18 figures, Masson et Cie, éditeurs. Prix : 20 fr.

Cet ouvrage constitue une monographie complète sur *la transfusion du sang*, les auteurs bien connus par leurs nombreux travaux sur ce sujet y font connaître les *origines* de cette opération, sa *nature, les différentes techniques, les indications*.

Ils se placent avant tout sur le terrain clinique afin de développer davantage dans la pratique et d'obtenir une meilleure utilisation de cette opération.

L'Année thérapeutique (5e année — 1924), par L. CHEINISSE, 1 vol. de 186 pages, Masson et Cie, éditeurs. Prix : 8 fr.

L'ouvrage est divisé en deux parties. La première embrasse les médications et procédés thérapeutiques nouveaux, classés par *maladies et symptômes* : Abcès amibien du foie. Anémies infantiles. Angine de poitrine. Arthropathies syphilitiques. Cardiopathies. Chancre mou. Colite ulcéreuse chronique. Diphtérie. Dyspepsies nerveuses. Encéphalite épidémique. Epilepsie. Goitre exophtalmique. Hémorragies. Hypertension artérielle. Paludisme. Rétention du placenta. Rétention d'urine. Scarlatine. Tuberculose. Ulcère peptique. Vers intestinaux, etc.

La seconde partie comprend les actualités en matière de *méthodes et techniques thérapeutiques* : Anesthésiques locaux. Injections intraveineuses. Exsanguination. Transfusion. Ponction lombaire, etc.

Une table alphabétique générale permet, d'ailleurs, de retrouver, avec la même facilité, ce qui a trait à chaque médicament ou procédé comme à chaque maladie ou symptôme.

Apprenons à manger, par A. L. MARCHADIER et A. GOUJON, 1 vol. in-16 de 250 pages. G. Doin, éditeur, Paris. Prix : 12 fr.

Une nation n'est forte que si tous les individus qui la composent sont sains et robustes. Or l'individu ne peut conserver sa santé s'il néglige son alimentation.

Apprenons donc à manger avec MM. Marchadier et Goujon.

Lire leur ouvrage c'est apprendre à rester fort. C'est éviter la dégénérescence sénile. C'est aussi s'instruire en se délectant.

Par ces temps de vie chère « *Apprenons à manger* » doit être le livre de chevet de tous nos contemporains, car, « *Apprenons à manger* » est l'ouvrage le plus select, le plus moderne, le plus captivant.

Histoire de Vittel, par le Dr P. BOULOUMIÉ, in-8. A. Maloine et fils, éditeurs, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris. Prix : 7 fr. 50.

C'est l'histoire d'une ville thermale édifiée de toutes pièces en pleine campagne dénudée et qui, par l'effort soutenu de trois générations a pris aujourd'hui un développement considérable, et acquis une notoriété mondiale que nous conte le Dr P. BOULOUMIÉ dans son « *Histoire de Vittel* ».

Dernier survivant des témoins et agents de cette fondation remontant à 1854, seul, servi par ses souvenirs, il pouvait l'écrire.

Par des anecdotes, des épisodes, des silhouettes, des observations et critiques, des habitudes, manies et distractions du public aux diverses périodes, le Dr BOULOUMIÉ a réussi à donner de la vie et de l'intérêt à toutes les parties de son récit jusque dans son exposé des progrès successifs des installations et dans ses considérations économiques.

(*Voir la suite page 524.*)

ma connaissance, paraît répondre le plus exactement à la conception du spleen inversion de l'instinct de conservation, celui d'Hélène, cette femme qui a essayé de se suicider après avoir tué ses deux enfants. Il est difficile d'imaginer une horreur de l'existence plus complète et en apparence plus pure de tout élément étranger.

Et cependant !... J'ai relu à l'occasion de cette conférence l'observation d'Hélène. Voici ce que j'ai trouvé. Lorsque, peu après son transport à l'hôpital, le Commissaire de Police lui a demandé la raison de son acte, elle a répondu qu'elle voulait mourir *parce qu'elle n'aimait pas son mari.* Cet aveu ne m'avait pas échappé. Mais il avait été absolument isolé. Plus tard quand, l'interrogeant à mon tour, je le lui avais rappelé, Hélène avait protesté qu'elle adorait son mari, que si elle avait dit une chose semblable, c'était sous l'empire de la fièvre, sans s'en rendre compte. Elle avait, en effet, quand le Commissaire l'avait interrogée, trois blessures au côté gauche du thorax, la gorge largement entaillée. Elle avait perdu beaucoup de sang. Enfin elle était sous le coup de la mort de ses deux enfants tués de sa main. On serait troublé à moins. D'autre part, les témoignages recueillis la représentaient comme le modèle des épouses. Bref, tout concourait à faire accepter sa version. Je l'acceptai. Je me flattai qu'elle m'avait dit la vérité et qu'elle avait déliré devant le Commissaire. Eh bien ! je l'avoue en toute humilité, je crois que j'étais dans l'erreur et j'ai la conviction aujourd'hui que, à l'interrogatoire du Commissaire, Hélène a, la durée d'un éclair et malgré elle, dévoilé un sentiment qu'elle cachait aux autres et qu'elle refusait de s'avouer à elle-même.

Notez d'abord que le défaut de sympathie, voire l'antipathie entre son mari et elle pouvait s'expliquer parfaitement. Elle m'a répété à satiété : « Mon mari était si bon pour moi. » C'était vrai. Elle lui devait cet hommage. Mais il était fruste, presque grossier, à peu près illettré, indifférent à l'opinion publique. Hélène au contraire avait des prétentions. Elle était coquette, grande liseuse de romans, très préoccupée de ce qu'on pensait d'elle. Donc des goûts absolument différents de ceux son mari, tels que ce brave homme ne la flattait guère et, suivant l'expression consacrée, ne pouvait guère « la comprendre. » Voilà qui explique suffisamment chez elle une antipathie qu'elle refoulait de son mieux, mais qui n'en existait pas moins.

J'ai parlé de refoulement. Je crois bien que c'est la notion qu'il faut faire intervenir dans le cas d'Hélène. Refoulement inconscient dans le sens de Freud ? Refoulement conscient et volontaire, simple lutte contre une tendance que la conscience réprouve ? Je ne sais. Mais refoulement au vrai sens du mot, c'est-à dire effort pour repousser, pour comprimer un sentiment condamné. Et si quand le Commissaire l'a interrogée elle a laissé échapper l'aveu qu'elle n'aimait pas son mari et que c'était là la cause de son désespoir, c'est que, dans les conditions où elle se trouvait, blessée, anémiée, sous le coup d'une violente émotion, le refoulement du sentiment dont elle avait honte n'a pu être maintenu, ce qui lui a permis de s'extérioriser fugitivement. Il s'est passé là quelque chose de très analogue à ce qui se passe quand on administre une bouffée d'éther à un malade qui refoule — je prends le mot dans le sens large que je viens de lui donner — des éléments de sa vie psychique qu'il importe médicalement de connaître (1). Vous savez, en effet, que l'on peut ainsi obtenir l'extériorisation plus ou moins complète des éléments refoulés. Ou encore, pour prendre une comparaison moins scientifique et plus triviale, mais juste quand même, l'attitude d'Hélène devant le Commissaire rappelle celle du buveur dans l'ébriété, qui nous a valu, vous le savez, l'adage *in vino veritas.*

Le trouble passé, Hélène, s'étant ressaisie, a de nouveau rejeté dans l'ombre, *refoulé* le sentiment coupable. Son tædium vitæ est apparu inexplicable, *essentiel* au sens médical du mot.

Telle me paraît être l'interprétation de ce cas, à la faveur de ce que nous savons aujourd'hui du refoulement. Le spleen d'Hélène n'était que l'expression consciente d'un trouble profond de la vie affective, lui-même conditionné par une situation conjugale anormale.

Il y a un fait qui donne une grande force à cette interprétation, c'est qu'Hélène a guéri de son spleen, et elle a guéri quand son mari l'a abandonnée, car il l'a abandonnée. Là, comme dans le cas de Tolstoï, on peut dire : la cause supprimée, le spleen s'est évanoui. Et l'on en vient à se demander si, dans une société moins rigide que la nôtre, où la rupture du lien conjugal ne s'accompagnerait pas des mêmes déchirements, où Hélène aurait pu, sans se déprécier à ses propres yeux et sans encourir l'opprobre de son milieu, quitter son mari et vivre sa vie ailleurs, le drame dont je vous ai fait plus haut le récit n'aurait pas été évité.

Que devient, après tout cela, la théorie du spleen maladie constitutionnelle et perversion innée de l'instinct de conservation ? Je n'oserais affirmer qu'elle est définitivement ruinée. Mais elle me paraît singulièrement ébranlée. Et je vous avoue que je ne le regrette pas. Les maladies constitutionnelles, par la fatalité même qui préside à leur apparition et à leur évolution, ont quelque chose de désolant. C'est toujours une satisfaction quand on entrevoit que l'une d'elles pourra être rayée de nos cadres graphiques et que les troubles qui s'y rapportent pourront être ramenés à l'intervention de causes extérieures. Car s'il nous est bien difficile — dans beaucoup de cas impossible — de modifier une constitution psychique défectueuse, nous sommes mieux armés pour lutter contre les causes extérieures, pour atténuer et parfois annihiler complètement leur action. Il n'est pas interdit de penser que dans la mesure où le spleen est l'effet de ces causes et dans la mesure où l'on réussira, pour chaque cas, à les déterminer, il pourra être efficacement combattu.

(1) Henri CLAUDE, A. BOREL et Gilbert ROBIN. — *Un nouveau procédé d'investigation psychologique : l'éthérisation.* VI[e] réunion d'études biologiques de neuro-psychiatrie, 26 juin 1924 (*Encéphale*, juillet-août 1924.)

CLINIQUE MÉDICALE

Conception actuelle des insuffisances cardiaques partielles (1)

Par M. Paul RIBIERRE,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Necker.

La conception actuelle de l'insuffisance cardiaque est, tout à la fois, le résultat du démembrement de l'ancienne asystolie et d'une analyse clinique plus délicate des troubles fonctionnels cardiaques, guidée par les progrès des techniques d'exploration, qui nous permet de reconnaître les premières manifestations de l'insuffisance du myocarde, alors qu'elle est encore limitée, si l'on peut dire, en profondeur et en étendue.

D'importants travaux qui s'étagent sur les quinze pre-

(1) Leçon faite le 24 novembre 1924, à l'Hôpital Necker, recueillie par M. Amiot, externe du service, et revue par M. Ribierre.

mières années du XXe siècle et qui sont dus particulièrement à Pierre Merklen, à François Franck et Lian, à Vaquez, ont montré que l'insuffisance cardiaque, loin d'être une et d'emblée totale, pouvait être *localisée* pendant un temps variable, entraîner des symptômes différents suivant sa localisation, et qu'il convenait d'apprendre à en reconnaître l'expression dans des symptômes fonctionnels, souvent très frustes, et dans des signes physiques dont l'exploration faisait défaut à nos devanciers. Ainsi ont acquis droit de cité dans les livres classiques, à côté, ou plutôt, bien au-dessus de l'asystolie, reléguée au dernier rang comme il convient de par la chronologie des faits cliniques, les syndromes d'insuffisance ventriculaire gauche, d'insuffisance auriculaire, d'insuffisance ventriculaire droite, dont l'exposé synthétique le plus précis et le plus complet a été donné en 1912, au Congrès de Londres, par Vaquez.

Mais il n'est pas de classification nosographique si solide qu'elle puisse subsister dans son intégralité plus de quelques années, sans être modifiée par des observations nouvelles plus précises, et des interprétations, mieux adaptées à ces nouvelles observations.

C'est ce qui se produit à l'heure actuelle pour les insuffisances cardiaques partielles, dont la conception générale reste intacte, dont les parties les plus importantes semblent définitivement assises sur des bases solides, mais qui ne laissent pas de susciter, sur quelques points, un travail de révision, d'un intérêt non point spéculatif mais immédiatement pratique. C'est pour cette raison qu'il me paraît nécessaire de faire connaître sur ce sujet l'évolution actuelle des idées médicales non sans profiter de l'occasion pour rappeler — ce qui est d'ailleurs indispensable — les notions fondamentales qui ont déjà subi victorieusement l'épreuve du temps.

Au début de cette étude, il est nécessaire de signaler que, quelles que soient ses formes et ses localisations, l'insuffisance cardiaque n'est que l'expression d'un trouble fonctionnel passager ou d'une atteinte définitive et progressive des fonctions du myocarde et que, bien que toutes les propriétés fondamentales de ce muscle soient plus ou moins solidaires les unes des autres, celle dont l'atteinte semble la condition nécessaire et suffisante de l'insuffisance cardiaque est la *tonicité*, assez méconnue des physiologistes, mais de jour en jour plus familière aux médecins.

I. — Insuffisance ventriculaire gauche

La première notion de *l'insuffisance ventriculaire gauche* est due à Van Heuwerswyn et Pierre Merklen. Elle a été précisée et développée par Lian et par Vaquez. La conception de l'insuffisance ventriculaire gauche isolée, basée tout à la fois sur des constatations anatomiques et cliniques, n'est nullement en contradiction avec la loi physiologique de synergie des deux ventricules. Les expériences de François Franck démontrent que la synergie des contractions des ventricules peut être troublée de telle façon que, tout en conservant leur synchronisme, ils fournissent des systoles de puissance très inégale. Chaque ventricule assure le fonctionnement d'un système circulatoire bien différent dans sa topographie, dans son régime hydraulique, dans sa tension. Il est facile de concevoir *a priori* que des causes pathologiques, agissant d'une part sur l'un de ces systèmes circulatoires, d'autre part sur la tonicité de l'un des myocardes ventriculaires, puissent entraîner des conséquences cliniques bien différentes, et l'observation clinique confirme cette induction.

Pour bien comprendre l'*étiologie* de l'insuffisance ventriculaire gauche, il faut se rappeler comment l'expérimentation, entre les mains de François Franck et de Lian, a permis de déterminer, chez l'animal, l'insuffisance ventriculaire gauche, et presque constamment une de ses conséquences les plus importantes : l'insuffisance mitrale fonctionnelle. Expérimentalement le syndrome est réalisé par l'association de la *surcharge ventriculaire gauche*, telle que peuvent la produire la compression de l'aorte ou la dilacération des valvules aortiques et *l'affaiblissement du myocarde* qu'entraîne l'excitation du pneumogastrique ou l'action de certaines toxines comme la toxine diphtérique. Ces deux termes, surcharge ventriculaire gauche et affaiblissement myocardique, enferment toutes les conditions étiologiques de l'insuffisance ventriculaire gauche.

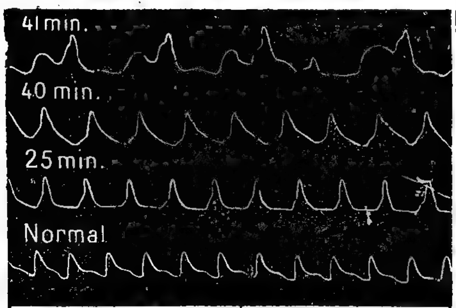
En clinique, la surcharge ventriculaire est réalisée par l'*hypertension* dans le système artériel aortique et par les lésions qui entraînent une *diminution de l'élasticité de l'aorte* et l'*insuffisance valvulaire aortique*. L'association de l'hypertension artérielle aux lésions structurales de l'aorte telles que les réalise la *néphro-aortite syphilitique* de Gallavardin est, en clinique, extrêmement fréquente. Quant à l'affaiblissement du myocarde, préparé d'assez longue date par des lésions de myocardite scléreuse, des lésions des artères du cœur, des altérations de la fibre en rapport avec des intoxications endogènes (néphrite azotémique) ou exogènes (alcoolisme), il est réalisé définitivement ou accentué par un processus aigu tel qu'une *infection* comme la grippe, un *surmenage physique*, consistant en des efforts soit brusques, soit prolongés.

Dans la très grande majorité des cas, ces deux facteurs sont combinés en clinique. De nombreux faits montrent que chacun pris isolément, réalise rarement l'insuffisance ventriculaire gauche ; celle-ci est exceptionnelle dans l'insuffisance aortique rhumatismale, dans la myocardite diphtérique ; on l'observe au contraire fréquemment chez les *hypertendus, brightiques avérés ou non*, soumis à un surmenage physique ou ayant subi l'assaut d'une infection grippale ; de même les *alcooliques*, hypertendus, fréquemment obèses, ayant depuis longtemps un ventricule gauche volumineux et soumis au surmenage physique, voient souvent se développer le syndrome d'insuffisance ventriculaire gauche. Aux faits de cet ordre se rattachent les cas connus en clinique sous le nom de «cœur de bière (Bierherz), cœur des bûcherons de Tubingen, » etc.

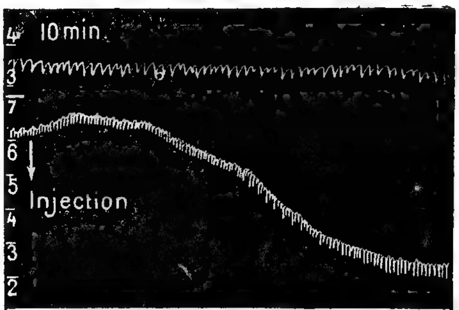
Cependant quelquefois, l'insuffisance ventriculaire gauche paraît survenir inopinément chez un sujet sain, en apparence indemne de toute tare cardio-vasculaire évidente, de toute hypertension artérielle, à l'occasion de fatigues ou d'efforts excessifs et d'excès alcooliques. Vaquez a rapporté, à cet égard, des observations extrêmement suggestives.

Le syndrome fonctionnel de l'insuffisance ventriculaire gauche, lorsqu'elle s'installe progressivement et assez lentement — ce qui s'observe dans la majorité des cas — est constitué essentiellement par l'association de *palpitations, de tachycardie* et de *dyspnée douloureuse*.

« Les palpitations, dit Pierre Merklen, sont souvent les premières manifestations de la dilatation du cœur hypertrophié au cours de l'artério-sclérose et de la néphrite interstitielle chronique ; elles manquent rarement dans l'insuffisance aortique quand l'hypertrophie et la dilatation ventriculaire gauche atteignent un haut degré ». Elles sont parfois en rapport avec des *extrasystoles*, qui apparaissent quelquefois sous forme de petites crises : des

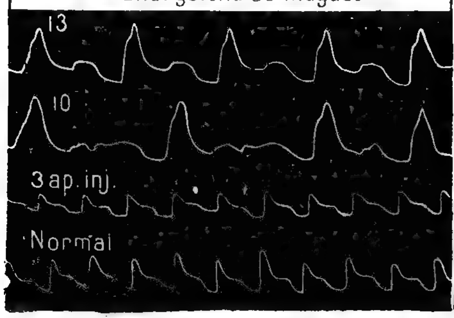


Energetène de digitale

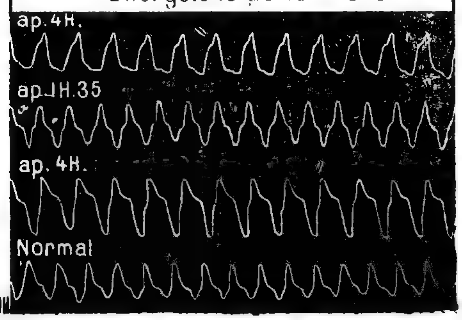


Energetène de gui

Energetène de muguet



Energetène de valériane



faits d'ordre expérimental ont montré combien l'arythmie extrasystolique est favorisée par l'état de distension de tout ou partie du muscle cardiaque. Fréquemment, il n'existe pas d'autre arythmie qu'un certain degré de *tachycardie* permanente avec des paroxysmes ; cette tachycardie est douloureuse parce que le cœur est en état de dilatation et que tout cœur dilaté peut être le point de départ de phénomènes réflexes particulièrement pénibles.

La fréquence des palpitations, dès le début de l'insuffisance ventriculaire gauche, nous montre le caractère des affirmations concernant la prétendue innocuité des palpitations et leur indépendance, dans la majorité des cas, de tout état anatomique cardiaque important. Ces affirmations sont particulièrement inexactes lorsqu'elles s'appliquent à des sujets ayant dépassé la quarantaine. Voici en effet que survient bientôt chez ces tachycardiques, chez ces palpitants, le symptôme capital de l'insuffisance ventriculaire gauche, la *dyspnée douloureuse*. C'est à tort qu'on critiquerait ce terme hybride qui est basé sur les données de la clinique. Dès le début, ces malades présentent de la *dyspnée d'effort*, qui s'accuse surtout lors de la marche dans les rues montueuses, lors de la montée des escaliers, mais cette dyspnée d'effort s'accompagne presque toujours de *quelques sensations douloureuses* rétro-sternales, épigastriques, que les patients décrivent avec un assez grand luxe de comparaisons (sensations de barre, sensations de rétrécissement du thorax), et ces phénomènes douloureux ont, très précocement, un *caractère angoissant*.

Ces accidents sont, tout d'abord, éphémères et rapidement calmés par le repos. Quelquefois s'y associe un autre symptôme atténué, sur lequel insiste Gallavardin et dont nous apparaîtra bientôt toute l'importance : les sujets une fois arrêtés, la dyspnée ne cesse pas immédiatement elle s'accuse même parfois durant quelques minutes et ils rejettent, au milieu de secousses de toux pénible, quelques *crachats mousseux et rosés* qui laissent sur le mouchoir une teinte saumonée.

C'est plus tard, en général, qu'apparaît la *dyspnée de décubitus*, survenant brusquement à l'approche ou au cours du sommeil, accompagnée elle aussi de douleurs angoissantes précordiales, fréquemment irradiées dans le dos, les épaules et les bras. L'élément dyspnéique peut l'emporter sur l'élément douloureux et l'on a surtout affaire alors à une dyspnée asthmatiforme ou, suivant un terme discutable mais consacré par l'usage, au *pseudo-asthme cardiaque*. L'expectoration, signalée plus haut, existe fréquemment au cours de ces paroxysmes dyspnéiques et, presque toujours, apparaissent, en même temps, aux deux bases pulmonaires quelques râles sous-crépitants ; d'autres fois il s'agit d'accès de toux quinteuse et presque incessante, apparaissant la nuit, durant plusieurs heures, sans expectoration appréciable, et auxquels correspondent seulement deux plaques de râles sous-crépitants assez fixes, limtés aux bases.

Quand on considère les phénomènes douloureux qui accompagnent cette dyspnée d'effort ou cette dyspnée de décubitus, un mot vient sur les lèvres, celui *d'angine de poitrine*. Quand on considère certains des caractères de cette dyspnée, l'ombre menaçante de *l'œdème pulmonaire* s'évoque et, en effet, tout ce que nous venons de décrire constitue des ébauches, des équivalents atténués de ces accidents redoutables.

L'évolution, d'ailleurs, va bientôt établir le bien fondé de ces craintes. On voit survenir, plus ou moins précocement, chez des sujets ayant présenté le syndrome relativement atténué décrit plus haut, les accidents majeurs de l'insuffisance ventriculaire gauche ; l'angine de poitrine la plus caractéristique, l'œdème aigu du poumon le plus impressionnant.

Depuis les leçons de Pierre Merklen, il n'est plus possible de méconnaître la parenté qui unit la dyspnée douloureuse des hypertendus, l'angine de poitrine, l'œdème pulmonaire et la relation de ces syndromes avec l'insuffisance ventriculaire gauche.

Dans quelques cas, où cette insuffisance évolue sur le mode aigu, angine de poitrine et œdème pulmonaire peuvent être les *premières* et, parfois les seules, manifestations du processus.

Il est fréquent de noter l'apparition, soit progressive, soit brusque, après des accidents particulièrement aigus, d'une *insuffisance mitrale fonctionnelle* ; celle-ci se manifeste parfois d'une façon intermittente pendant une assez longue période ; dans d'autres cas, elle est définitive d'emblée.

Il est classique d'admettre que, lorsque le malade ne succombe pas à l'un des accidents majeurs de l'insuffisance ventriculaire gauche, au bout d'un temps plus ou moins long, se manifeste l'apparition de l'insuffisance du cœur droit qui serait caractérisée par la congestion passive des poumons et du foie, le distension des veines jugulaires, la cyanose persistante, les œdèmes des membres inférieurs. Nous verrons plus loin qu'actuellement, le rôle de la dilatation du cœur droit dans l'apparition de ces phénomènes est très discuté et paraît probablement controuvé, mais quoiqu'il en soit de ces interprétations pathogéniques, un fait clinique demeure qui a été bien souligné par Vaquez : très souvent, l'apparition de ces accidents modifie le tableau morbide, atténue la douleur et l'angoisse cardiaques, éloigne les crises d'œdème pulmonaire et « en augmentant la gravité des accidents, en atténue progressivement ce qu'ils avaient de pénible ». Le médecin doit connaître le caractère trompeur de ce calme, avant coureur d'une terminaison rapidement fatale.

Dans tout ce syndrome fonctionnel, le rôle de la distension et de l'insuffisance du ventricule gauche s'affirme nettement à l'examen objectif. La percussion et, mieux encore, *l'orthodiagraphie* révèlent le développement exagéré du ventricule gauche : l'élévation du point G, l'abaissement de la pointe du cœur d'où résulte l'allongement du profil ventriculaire gauche ; l'augmentation de l'angle de disparition de la pointe et de l'indice de profondeur, dans les phases moins avancées, le caractérisent nettement.

A l'auscultation apparaît le signe capital de l'hypotonicité ventriculaire gauche, le *bruit de galop*.

Ainsi s'affirment la distension du ventricule gauche et l'affaiblissement myocardique, et ce sont ces deux éléments, toujours combinés, qui tiennent sous leur dépendance l'éventualité de l'insuffisance mitrale fonctionnelle. Ajoutons à cela, au cours des accidents aigus, la baisse brusque de la tension systolique, alors que la tension minima reste encore relativement élevée.

Le tableau que nous venons d'esquisser correspond aux formes complètes, nettement caractérisées, de l'insuffisance ventriculaire gauche. Il est des formes *frustes* dans lesquelles, sans autre symptomatologie prémonitoire qu'une dyspnée d'effort modérée, une insuffisance mitrale fonctionnelle s'installe insidieusement, que fait découvrir un beau jour, le hasard d'une auscultation plus attentive. En pareil cas, les données étiologiques, l'étude approfondie des antécédents, la constatation de l'hypertension artérielle, de l'augmentation de volume de ventricule permettent de rapporter cette insuffisance mitrale à sa véritable cause. Ajoutons d'ailleurs qu'une expérience

clinique, déjà longue, nous permet d'affirmer que le bruit de galop ne disparaît pas constamment ainsi qu'on l'a prétendu, lorsque se manifeste l'insuffisance mitrale ; le souffle systolique et le choc diastolique, si caractéristique, coexistent, en fait très fréquemment.

Tel est le tableau de l'insuffisance ventriculaire gauche dont les principaux éléments demeurent actuellement inébranlés sur des bases solides, si l'on excepte toutefois les accidents rapportés, depuis Traube, à l'insuffisance du cœur droit et que caractériseraient essentiellement la congestion du foie, la distension veineuse et les œdèmes.

II. — Insuffisance auriculaire.

Dans la conception classique jusqu'à ces dernières années, *l'insuffisance auriculaire* était caractérisée, au point vue étiologique et clinique, de la façon suivante :

Etiologiquement, elle s'observe dans des cardiopathies valvulaires de date relativement ancienne, au premier rang desquelles il faut placer le *rétrécissement mitral,* et aussi dans des cardiopathies non valvulaires, c'est ainsi que l'insuffisance auriculaire pourrait être la première manifestation d'une *sclérose myocardique,* jusqu'alors latente, ou *compliquer l'insuffisance ventriculaire gauche* des hypertendus et des myocardiques. Dans quelques cas, enfin, cette insuffisance auriculaire apparaîtrait d'une façon en quelque sorte primitive chez des sujets n'ayant présenté jusqu'alors aucune autre manifestation cardiaque appréciable mais chez qui toutefois, dès les premières manifestations cliniques, on constaterait fréquemment l'existence d'un certain degré d'augmentation de volume global du cœur.

Dans la conception classique, la seule expression clinique de l'insuffisance auriculaire serait l'apparition de *l'arythmie complète,* sous l'une de ses deux formes, révélées par l'électrocardiographie : tachy-systolie auriculaire ou fibrillation auriculaire. Quelquefois, pendant une assez longue phase, elle ne se manifesterait que d'une façon paroxystique.

Dans la conception contemporaine, cette interprétation a été modifiée, tout d'abord, *au point de vue étiologique* ; on a vu que fréquemment intervenait dans son apparition une infection secondaire de l'endocarde à évolution latente et lente. C'est ce que démontre la coïncidence fréquente, chez des mitraux en particulier, de l'arythmie complète et de phénomènes de thrombose auriculaire, se manifestant parfois brutalement par l'apparition, peu de temps après le trouble du rythme, d'une embolie cérébrale (1).

D'autre part, au point de vue clinique, est-il légitime : 1o de dire que l'arythmie complète traduit toujours l'insuffisance auriculaire ; 2o de faire de cette arythmie complète la seule expression de cette insuffisance ?

En ce qui concerne la première question, il pourrait paraître, *a priori,* qu'il n'y a là qu'une querelle de mots. Puisque, dans toute arythmie complète, il s'agit d'un trouble du myocarde auriculaire, c'est que ce myocarde n'accomplit pas normalement sa tâche, et il est certain qu'une oreillette déréglée ne peut assurer le transit normal du sang dans le cœur. Il semble donc qu'au point de vue absolu et physiologique, on puisse affimer que *l'arythmie complète traduit toujours l'insuffisance auriculaire.* Mais, au point de vue clinique et pratique, depuis longtemps les cardiologues ont signalé de grandes différences entre l'évolution et le pronostic des arythmies complètes, suivant qu'il s'agit d'une *arythmie solitaire,* bien supportée pendant de longues années et au cours de laquelle on ne constate souvent, à l'examen orthodiagraphique, aucune modification appréciable, ou qu'il s'agit de mitraux chez lesquels, lorsque l'arythmie complète s'installe, l'insuffisance cardiaque permanente, avec des paroxysmes, s'affirme à tous les yeux,

Pour ce qui est de la deuxième question, il est certain que *l'arythmie complète n'est pas la seule expression clinique de l'insuffisance auriculaire.* Il existe tout d'abord des formes chroniques d'insuffisance auriculaire au cours du rétrécissement mitral, se traduisant par une dyspnée presque permanente, des hémoptysies, le développement considérable de l'oreillette gauche, qu'affirme l'examen orthodiagraphique sans qu'il existe cependant chez ces sujets le moindre trouble du rythme. Chose remarquable, les troubles fonctionnels sont souvent beaucoup plus pénibles dans ces cas de rétrécissement mitral sans arythmie que dans les cas d'arythmie complète.

D'autre part, en rapport avec le rétrécissement mitral peuvent survenir des *accidents aigus à type d'œdème pulmonaire,* soit au cours de l'état gravidique, soit en dehors de la gravidité. Ces derniers faits, dont des observations ont été rapportées par Gallavardin (1), par Saloz et Frommel (2), par nous-même (3), par Prosper Merklen (4), peuvent être considérés comme des cas d'*insuffisance auriculaire aiguë.*

Il est intéressant de noter que parfois l'œdème aigu pulmonaire marque brutalement l'insuffisance aiguë d'une oreillette jusqu'alors vigoureuse et brusquement inhibée ; c'est un point sur lequel a particulièrement insisté Gallavardin. Dans la plupart des cas d'œdème aigu du poumon survenu au cours du rétrécissement mitral, l'adaptation cardiaque à la lésion paraissait jusqu'alors à peu près parfaite ; il n'y avait ni hyposystolie, ni stase veineuse et l'énergie contractile du ventricule droit paraissait très satisfaisante. Or, si l'on y réfléchit, on s'aperçoit que ce sont là autant de conditions favorables à la production du raptus séreux pulmonaire. Elles sont, il est vrai, assez rarement réalisées au cours de l'évolution du rétrécissement mitral ; en pareil cas, ce qui se produit le plus souvent, c'est une défaillance très lente, très progressive de l'oreillette se révélant tout d'abord par « les premiers balbutiements » d'une arythmie qui ne s'installe d'une façon définitive qu'au bout de quelques mois ou de quelques années par des signes de congestion œdémateuse chronique des poumons. Parallèlement, la dilatation du cœur droit, qui entraîne un certain degré de stase veineuse, modère l'afflux sanguin pulmonaire et apporte un réel soulagement à la lutte de la « pompe auriculaire d'épuisement ». Ainsi que nous l'avons dit dans une publication antérieure, ce n'est pas un paradoxe de soutenir que l'insuffisance progressive du cœur droit, si déplorables que puissent être en définitive ses conséquences, offre une garantie contre les accidents majeurs de l'insuffisance aiguë du cœur gauche.

A cet égard, l'insuffisance orificielle fonctionnelle de l'artère pulmonaire observée parfois au cours de l'évolution du rétrécissement mitral, constitue, elle aussi, une soupape de sûreté, un élément de protection contre l'éventualité de l'œdème aigu du poumon.

(1) A Dumas. — Arythmie complète et thrombose cardiaque. (*La Médecine*, mars 1924).

(1) Gallavardin. — *Arch. des mal. du cœur, des vaisseaux et du sang,* 1924, p. 262.
(2) Ch Saloz et Frommel. — *Ibid.*, 1923, p. 570.
(3) Ribierre. — *Revue médicale française,* 1924, p. 223. — Oblinin Thèse de Paris, 1924.
(4) Fr. Merklen. *Paris médical,* 13 septembre 1924.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton*; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

III. — Insuffisance ventriculaire droite.

D'après les conceptions classiques, cette insuffisance ventriculaire droite est d'une fréquence extrême. « Il n'est pas de cardiopathie, dit Leconte, où tôt ou tard elle ne puisse se manifester et cela explique que le tableau de l'asystolie classique soit fait essentiellement de ses symptômes. » Qu'il s'agisse de cardiopathie valvulaire rhumatismale, de l'hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche des hypertendus ou des brightiques avérés, de la myocardite primitive des alcooliques, des hypertrophies avec dilatation du cœur des sujets soumis à un travail musculaire considérable et de longue durée, et, d'ailleurs, fréquemment alcooliques et gros mangeurs, ou qu'il s'agisse enfin de ces myocardites dites primitives, déjà décrites par Rigal et Jubel-Rénoy, et sur lesquelles les travaux récents de Bouchut et de Bonafé ont rappelé l'attention, on considère que l'insuffisance ventriculaire droite est l'aboutissant inéluctable de ces différents états.

Si les accidents majeurs de l'insuffisance ventriculaire gauche n'ont pas arrêté son évolution, celle-ci aboutira en un temps plus ou moins long, variable d'ailleurs, suivant des facteurs étiologiques secondaires, à l'insuffisance du cœur droit. Parfois celle-ci serait précoce et presque contemporaine de l'insuffisance du cœur gauche ; c'est ce que l'on observerait dans le *cœur forcé* des myocardites alcooliques ou d'autre nature. Ainsi, l'insuffisance totale du cœur, réalisant le tableau clinique, plus ou moins complet, de l'asystolie, serait l'expression de l'association de l'insuffisance ventriculaire droite à l'insuffisance du ventricule gauche. L'insuffisance cardiaque serait véritablement totale dans les cas, qui ne sont pas exceptionnels, où l'arythmie complète et la dilatation de l'oreillette droite parachèvent ce tableau morbide.

A côté de cette insuffisance ventriculaire droite secondaire, on décrit, classiquement, une *insuffisance ventriculaire droite primitive*. Son étiologie répond à tous les cas dans lesquels la petite circulation est directement gênée. Le *rétrécissement mitral* est à placer au premier plan, surtout quand s'y surajoute le développement de la *sclérose de l'artère pulmonaire* dont de nombreux travaux et particulièrement ceux de L. Giroux, de Laubry et Parvu, de Vaquez, nous ont fait connaître la fréquence.

Plus rarement, l'insuffisance du cœur droit serait conditionnée par un processus d'*endartérite pulmonaire* aiguë ou subaiguë (Lutembacher). Enfin les *accidents gravido-cardiaques* des femmes atteintes de rétrécissement mitral sont considérés par Vaquez comme l'expression de la défaillance aiguë du ventricule droit.

Ajoutons à cette classification étiologique les *affections pulmonaires prolongées à type de sclérose pulmonaire* avec adhérences pleurales (tuberculose fibreuse), les *scléroses primitives de l'artère pulmonaire*, fréquemment syphilitiques, le *rétrécissement pulmonaire congénital* et, enfin, les déformations tharaciques des gibbeux.

Au point de vue clinique, le tableau est différent suivant qu'il s'agit de l'insuffisance ventriculaire droite secondaire à l'insuffisance ventriculaire gauche ou de l'insuffisance ventriculaire primitive.

En ce qui concerne cette dernière, il n'y a pas de grandes divergences sur le tableau clinique entre les auteurs classiques et ceux qui ont traité plus récemment de cette question.

Il n'en est pas de même en ce qui concerne les signes qui appartiendraient en propre à l'insuffisance du ventricule droit secondaire à l'insuffisance du ventricule gauche. Dans la conception classique, l'insuffisance ventriculaire droite serait caractérisée essentiellement par des troubles qui marquent la gêne de la circulation périphérique ; œdème des extrémités, distension des jugulaires, congestion hépatique, râles sous-crépitants aux bases pulmonaires, oligurie et albuminurie de stase. L'orthodiagraphie révèle alors l'augmentation du diamètre transversal de l'ombre cardiaque. Parfois, et dès le début, tout se borne à l'association, aux signes caractéristiques de l'augmentation du ventricule gauche, de la déformation triangulaire décrite par Laubry et Bordet en 1919 : le bord droit de l'ombre cardiaque rejoint la coupole diaphragmatique par un trait rectiligne qui forme avec elle un angle fortement obtus et non aigu comme normalement. Quelquefois se manifeste l'insuffisance tricuspidienne ; dans ces cas, il y a association d'arythmie complète ; c'est le tableau classique de la grande asystolie.

En ce qui concerne l'interprétation pathogénique de l'insuffisance ventriculaire droite secondaire aux affections du cœur gauche, une conception toute différente a été développée par Laubry dans plusieurs travaux, en collaboration avec D. Routier, Walser, Oury et Largeau, et dans la thèse de Largeau (1).

Pour Laubry et ses collaborateurs, les signes périphériques, œdèmes des membres, stase veineuse, congestions viscérales, ne sont que l'effet du *retentissement de l'insuffisance du cœur gauche sur la circulation périphérique* ; ils s'expliquent surtout par le *ralentissement artériel* dû à l'insuffisance ventriculaire gauche et par le *refoulement de la cloison interventriculaire* d'où résulte la diminution de capacité du ventricule droit. Parfois, mais non toujours, l'oreillette droite se montre distendue au-dessus d'un ventricule droite étriqué.

Si les données radioscopiques semblent affirmer parfois l'augmentation de volume du ventricule droit, cette augmentation n'est qu'apparente ; il s'agit en réalité — et Leconte (2) a insisté à juste titre sur ce fait — *du refoulement* de cette cavité par l'exubérance du ventricule gauche.

Dans les lésions mitrales, la gêne pulmonaire paraît à Laubry et à ses collaborateurs incapable d'expliquer l'insuffisance ventriculaire droite. Lorsque celle-ci existe, il faut *l'association d'un autre facteur* : l'artérite pulmonaire généralisée ou la concomitance d'adhérences pleuro-péricardiques et de médiastinite.

Les *accidents gravido-cardiaques* ne sont que l'expression d'un *œdème pulmonaire aigu* que Laubry attribue à l'insuffisance ventriculaire gauche et que nous rapportons plus volontiers, ainsi que nous l'avons dit plus haut, à une insuffisance auriculaire gauche aiguë, favorisée précisément par ce fait que le ventricule droit n'est que trop suffisant à sa tâche.

Lorsque le syndrome dont nous avons énuméré plus haut les éléments survient au cours d'affections aortiques ou artérielles, il n'existe aucune raison d'invoquer l'intervention d'une insuffisance ventriculaire droite.

L'interprétation de Laubry nous paraît absolument fondée ; dans l'insuffisance ventriculaire droite secondaire, il n'existe en effet aucun des signes appartenant en propre à l'insuffisance ventriculaire droite primitive et que nous énumérerons plus loin. D'autre part, il est certain que les signes périphériques s'expliquent très

(1) Ch. Laubry, D. Routier et J. Walser. — Rétrécissement mitral et insuffisance ventriculaire droite. (*Soc. méd. des hôp.*, 2 mai 1924, p. 628). — Ch. Laubry, D. Routier et P. Oury. Syndrome de grande asystolie et intégrité du ventricule droit. (*Ibid.*, 6 juin 1024, p. 811). — Ch. Laubry, D. Routier et R. Largeau. L'insuffisance ventriculaire droite (*Presse Médicale*, 16 août 1924, p. 681). — Largeau. L'insuffisance ventriculaire droite. (Thèse Paris, 1924.)

(2) Leconte. — *Soc. méd. des hôp.*, 6 juin 1924, p. 835.

suffisamment par le ralentissement de la circulation artérielle et le refoulement de la cloison interventriculaire. Plus d'une fois, nos constatations nécroptiques nous ont permis de constater ce refoulement et la diminution de capacité considérable du ventricule droit, prétendu dilaté. L'opinion de Laubry et de ses collaborateurs a, d'ailleurs, été adoptée pleinement par Lemierre et Etienne Bernard (1), qui ont rapporté à la Société médicale des hôpitaux une observation de *grande asystolie chez une mitrale sans aucune dilatatation du ventricule droit.*

Que reste-t-il donc, dans cette conception, à l'actif de l'insuffisance ventriculaire droite ?

Au point de vue étiologique, on peut l'observer dans les *affections congénitales du cœur*, en particulier dans le *rétrécissement pulmonaire* et surtout dans le rétrécissement infundibulaire associé à la communication interventriculaire. Les *affections pulmonaires chroniques* ne sont pas susceptibles à *elles seules* de réaliser l'insuffisance ventriculaire droite ; il faut en ce cas l'intervention d'*autres facteurs*, au premier rang desquels il convient de placer la *sclérose de l'artère pulmonaire*. Cette sclérose pulmonaire peut être généralisée ou localisée. Dans ce dernier cas, il s'agit fréquemment d'un processus d'endartérite aiguë ou subaiguë extrêmement actif, aboutissant à la thrombose partielle d'un gros tronc. Enfin, des communications récentes d'Arrillaga ont attiré l'attention sur le rôle important de la *syphilis* dans les artérites primitives pulmonaires, lesquelles peuvent être poussées assez loin et avoir un caractère assez nettement spécifique pour entraîner des anévrismes et des ruptures du tronc ou des grosses branches de cette artère. Ce n'est pas tout. Dans les cas où se manifeste l'insuffisance ventriculaire droite, on ne saurait méconnaître le rôle de l'*insuffisance du myocarde*. Les conditions mécaniques ne peuvent agir qu'à la faveur de modifications de la tonicité myocardique et ce sont ces modifications qui, pour Laubry, conditionnent l'apparition de l'*insuffisance jonctionnelle de l'orifice pulmonaire*, assez fréquemment notée dans les observations cliniques.

La *symptomatologie* de l'insuffisance ventriculaire droite est beaucoup plus *réduite* que ne l'indiquent les classiques. Cette symptomatologie comprend, d'après Laubry, des signes locaux, des signes radiologiques et des signes fonctionnels et périphériques.

Les *signes locaux* sont : la *tachycardie* qui est précoce accentuée par l'effort, tenace, et, en général, parfaitement régulière ; le *bruit du galop du cœur droit* qui est perçu surtout dans l'angle costo-xiphoïdien ; pour le distinguer du bruit de galop gauche, il serait parfois nécessaire, d'après Laubry, Routier et Largeau, de recourir à l'enregistrement graphique en plaçant le bouton de Marey dans l'angle xiphocostal ; si les mouvements dépendent du ventricule gauche, on obtient alors un tracé cardio-graphique normal ; s'il s'agit d'un bruit de galop droit, le tracé a l'aspect d'un phlébogramme. Dans quelques cas apparaît un *souffle diastolique d'insuffisance pulmonaire*. Par contre, l'*insuffisance tricuspidienne* serait absolument *exceptionnelle*. L'électro-cardiogramme révèle quelquefois, mais non toujours, la prépondérance ventriculaire droite.

Au point de vue *radiologique*, la déformation de l'ombre « en sabot » est la caractéristique classique de l'augmentation de volume du ventricule droit. Cette déformation, d'après Laubry, est loin d'être constante. Pour apprécier les modifications du ventricule gauche, il conviendrait, d'après cet auteur, de recourir surtout à l'examen en position transverse gauche à 85° ; dans ces conditions, quand le ventricule droit est augmenté de volume, il s'applique contre la paroi sternale et fait disparaître l'espace clair antérieur cardio-sternal.

Ce qui est beaucoup plus fréquent que la déformation « en sabot », c'est la *saillie convexe de l'arc moyen*.

Les signes *fonctionnels et périphériques* de l'insuffisance ventriculaire droite consistent essentiellement en une *dyspnée persistante*, même au repos, et en l'apparition de la *cyanose*, accompagnée d'une polyglobulie plus ou moins marquée. Quant aux œdèmes et à l'anasarque, ils seraient plutôt rares.

Ce qui caractérise enfin l'insuffisance ventriculaire droite — et nous avons insisté avec René Giroux en relatant une observation de sclérose de l'artère pulmonaire —, c'est la *rapidité*, le *caractère progressif* et inéluctable de l'*insuffisance cardiaque* et le peu d'influence qu'exercent sur elle les médications dites toni-cardiaques, telles que la médication digitalique ou la médication ouabaïnique. Ainsi se manifeste nettement une sanction pronostique au diagnostic d'insuffisance ventriculaire droite, porté à bon escient.

Il nous apparaît donc, en définitive, que nos conceptions classiques de l'insuffisance cardiaque se modifient sans cesse avec les années et avec la précision, de plus en plus grande, des observations cliniques. Il est, d'ailleurs, très probable que ces modifications s'accuseront encore ultérieurement et que nous aurons, avant peu, des données nouvelles à enregistrer à l'actif de l'insuffisance cardiaque. De récentes communications d'Arrilaga et de Clerc (1) sur la signification pronostique de l'électro-cardiogramme dans les insuffisances cardiaques attirent déjà l'attention sur des faits particulièrement suggestifs, et tout d'abord sur ce fait qu'on doit désormais ne plus limiter l'électro-cardiographie à l'étude des troubles du rythme, mais apprendre à chercher et à découvrir dans des *modifications morphologiques de l'électrocardiogramme* des signes d'insuffisance cardiaque, de valeur différente suivant les altérations de la morphologie. En second lieu — et ceci intéresse plus directement le clinicien — si ces modifications électro-cardiographiques coïncident le plus souvent avec des manifestations cliniques avérées d'insuffisance cardiaque et comportent surtout des renseignements d'ordre pronostique, dans quelques cas, des modifications électriques de même ordre se rencontrent chez des sujets relativement peu touchés en apparence et « chez qui pourtant, l'évolution se montrera ultérieurement très sérieuse », suivant l'expression même d'Arrilaga.

Ces altérations des complexes, constituées, par exemple, par l'élargissement du soulèvement Q. R. S., l'échancrure ou l'épaississement de ses branches avec l'onde D inversée, paraissent témoigner de l'existence d'un trouble myocardique siégeant au niveau même des arborisations terminales du réseau de Purkinje, trouble qui peut être *presque latent cliniquement*.

N'est-ce pas là l'exemple le plus suggestif qui soit d'une insuffisance cardiaque partielle que les progrès de l'électrocardiographie nous apprendront, sans doute dans un avenir prochain, à déceler sous un masque clinique, dont la banalité et l'apparence bénigne peuvent comporter les plus redoutables erreurs de pronostics ?

(1) LEMIRREE et E. BERRARD. — *Soc. méd. des hôp.*, 6 juin 1924, p. 835

(1) ARRILAGA. — Signification pronostique de l'électrocardiogramme dans les insuffisances cardiaques. (Discussion : A. CLERC). *Soc. méd. des hôp.*, 1924, p. 1493 et 1571.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Ve Salon des Médecins

Le Ve Salon des Médecins s'est ouvert l'autre dimanche, 15 mars, au Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain.

Le Ministre de l'Hygiène, du travail, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, M. Justin Godart, a bien voulu venir inaugurer cette manifestation intime de la distraction artistique des médecins. Il a été accueilli à l'Exposition par le Professeur Hayem, l'un des exposants et non des moindres, médailliste et sculpteur averti, qui se délasse encore de son art favori malgré ses quatre-vingts ans sonnés. « Un octogénaire sculptait »... Il était assisté, pour piloter le Ministre, par le sympathique secrétaire organisateur du Salon, le Docteur Rabier, qui est l'âme de l'Exposition.

Le Salon des Médecins s'est modifié cette année ; il a aimablement ouvert ses portes aux parents immédiats des médecins : femmes ou maris, enfants, ont pu exposer en même temps que nos Confrères ; la note du Salon en a été un peu changée : parmi les parents ainsi admis, on compte de véritables artistes ; il y a même un prix de Rome, M. Henri Moncassin dont le ciseau expert nous a donné trois œuvres : sa « Bacchante », si gracieuse dans son mouvement, fut une des plus admirées du Salon.

Citons, parmi les membres associés qui ont exposé : les jolies faïences décorées de Mademoiselle Alice Baillière, dont nous avons déjà pu, l'an dernier, admirer le talent de décorateur ; les jolies aquarelles de Madame Laure Brouardel ; celles de Madame Fourneau Second, celles de M. J. Labbé qui, déjà, présente les dispositions artistiques de son père, le Professeur Marcel Labbé qui, malheureusement, n'a rien donné cette année ; les gracieux tableaux de Madame Mulon, les délicieuses miniatures de Madame Routchine Vitry.

Il faudrait en citer beaucoup plus, mais il nous faut bien réserver la meilleure place aux œuvres de nos Confrères eux-mêmes.

Pour ceux-ci, la même impression que pour le Salon précédent se dégage de cette exposition : qu'il s'agisse de sculpture, de peinture, de dessin, ce qui domine, c'est moins le métier, la facture qui est parfois inexpérimentée, mais la sincérité et surtout le talent d'observation, que le médecin apporte dans l'exercice de son art favori comme il le met dans l'exercice de son art principal, la pratique médicale. Ces dons d'observation se retrouvent dans presque toutes les œuvres avec le souci de la correction dans l'exécution qui est, le plus souvent la rigueur du dassin, le souci des valeurs. Quelques-uns de nos Confrères ajoutent à ces qualités un véritable tempérament artistique qui leur fait voir la couleur, la forme ou le mouvement sous l'aspect idéal de l'inspiration. Enfin, il y a parmi eux, des artistes de métier, qui ont abandonné la médecine et qui ne s'occupent plus que de sculpture ou de peinture.

Notre Confrère de Hérain est le grand artiste du Salon, il expose deux bustes, une tête de Faune, en marbre, dont le sourire inattendu fait comprendre combien l'artiste a dû réfléchir pour styliser son modèle ; cette grande œuvre, parfaite, embellit le Salon des Médecins et peut se classer parmi celles qui resteront, non seulement entre les œuvres des médecins, mais encore entre celles des grands artistes. Le buste de Mme P... est un portrait vivant dont l'expression enchante. Ce sont encore deux gravures — car de Hérain est, à la fois sculpteur et graveur — dont les modèles sont pris à Tunis.

Villandre pourrait se classer aussi parmi les artistes, bien qu'il n'ait pas abandonné la médecine ou plutôt la chirurgie ; ses deux bustes, portraits de confrères connus, sont frappants de ressemblance et d'une exécution parfaite, mais l'œil est encore plus réjoui à contempler son étude de La Tour, figure spirituelle du XVIIIe siècle, qui fait penser à Houdon.

Au hasard de la promenade, citons les aquarelles et les peintures bien dessinées du docteur Paul Antoine ; les « Bois » d'Ardoin, les tableaux de Barbié, de Gaston Bernard, ceux de Louis Bover, un peintre d'histoire qui nous rappelle des souvenirs de la grande guerre. Boureille est un sculpteur et un graveur qui nous donne ses études de cerfs, d'un mouvement bien observé. Mention doit être faite des jolis tableaux de Robert Bureau, dont le dessin, les proportions et la couleur sont bien étudiés ; n'oublions pas son homonyme Jean Bureau qui nous donne d'aimables aquarelles. Henri Caboche manie toujours son pinceau averti et ne dédaigne pas de peindre même des fleurs. Les dessins de M. Georges Caussade sont toujours amusants à regarder, son caractère se trahit sous sa plume. Champion nous donne un masque de grès flammé représentant l'incision d'une loupe : l'expression de la figure de l'opérateur est admirable d'attention. Dabout expose quatre grands tableaux qui présentent de réelles qualités ; il appartient à ce groupe d'artistes qui sentent la couleur et sont profondément émus par la nature ; on peut lui prédire, ainsi qu'à beaucoup de nos confrères, qu'avec un peu de travail il deviendrait un grand artiste.

Au passage, admirons les jolies peintures de William Davenport, celles de Delmont-Bébet ; les dessins signés de Duroeux dont le « Paysage d'hiver » mérite une mention particulière. Paul Eybert a exposé de jolies peintures de l'Orient ensoleillé. A Fraikin, lui, manie le pastel avec autant de sûreté qu'il fait l'aquarelle : son « Crépuscule sur la Plaine » les « Bords de l'Etang » sont remarquables. M. Grimbert a toujours ses grandes qualités que nous avons déjà admirées l'an dernier ; le dessin, la valeur des couleurs sont impeccables : le détail des « Vieilles Maisons à Argenton sur-Creuse » est remarquable.

M. Guillemain a un grand souci de l'éxécution et du fini. « Le « Pont de Concarneau » de M. Guyonnet est intéressant. M. Lalisse possède de réelles qualités ; son « Pharmacien » a été très admiré par tous les visiteurs. Les peintures de Paul Laurens sont intéressantes : un pastiche de peinture ancienne, une copie, peut-être « la Vierge à l'enfant » indique beaucoup de travail. Celles de Paul Legendre témoignent d'un esprit soucieux, préoccupé du fini de l'exécution. Il y a beaucoup de qualités dans les aquarelles de M. A. Malherbe : le détail, l'exécution, sont parfaits ; il semble que cet artiste soigne moins le dessin que la plupart de nos confrères aquarellistes, mais c'est peut-être une preuve qu'il sait mieux manier l'art difficile de la peinture à l'eau. M. Martigny est un sculpteur dejà entraîné qui s'attaque aux symboles et y réussit : il y a beaucoup d'inspiration dans ce qu'il nous présente : « la Tempête » une « Léda » et surtout dans son groupe « Devant le soldat inconnu ».

Nous avons admiré avec joie la sincérité et le don d'observation dans les jolies peintures de M. Lortat-Jacob dont le sol natal a toujours la préférence : tous nos compliments à notre collaborateur. Le talent de M. Mercier n'est plus à dévoiler : son « Crépuscule », son « Etude du

Bois » retiennent longtemps les regards. Notre collaborateur M. Philibert n'a donné cette année qu'un petit « Chat couché », en étain.

Parmi les aquarellistes qui sont particulièrement doués citons, M. Maurice (Albert), dont on a beaucoup admiré le « bout du Pont Vendôme » ; M. Henri Moullin et M. Rendu. Pour celui-ci la correction du dessin, l'exactitude des couleurs, une parfaite proportion des valeurs nous avaient déjà enchantés l'an dernier : il n'a pas été au-dessous de lui-même cette année et nous nous sommes longtemps arrêté à admirer ses jolies aquarelles. Notons aussi les douces et agréables tonalités des aquarelles de M. Edmond Papin, l'intéressante reconstitution de M. Oberthur dans son paysage glaciaire et la rigueur du dessin, les jolies nuances pâles de M. Routier dans ses tableaux à l'huile.

Admirons au passage le talent de sculpteur consommé de M. Saboureau qui symbolise de façon saisissante le « Malheur de vivre », discuté par les philosophes. M. Achille Sifre a exposé quatre tableaux à l'huile d'un dessin rigoureux, de jolies tonalités et d'une originalité qui le rapproche encore des vrais artistes.

Citons encore les jolis « Rochers » de M. Voisin, et admirons sans réserves le grand talent de A. Wilborts, un peintre qui sait dessiner et qui excelle à mettre de la lumière dans ses « Paysages Bretons » : en les voyant, le spectateur désire émigrer vers les rivages de l'Ile Bréhat. Wilborts est bon observateur, on sent qu'il travaille assidûment son art, car ses procédés de peinture ne sont point naïfs.

L'impressionnisme a peu de faveur parmi les médecins on en compte seulement trois ou quatre échantillons au Salon : Maurice Benoit, qui garde cependant la rigueur du dessin sous ses vives et jolies couleurs, Kolb, dont les « paysages alsaciens » sont bien en lumière ; Biétry, seul, verse dans le cubisme...

M. Maurice Faure présente un « Essai de sculpture préhistorique » d'après les quinze squelettes de « l'homo mousteriensis » de l'âge du mammouth trouvés dans les grottes du Moustier (Neandarthal) ; il a essayé d'établir la structure et l'allure de l'homme de cette époque ; l'expression de la figure est remarquable : c'est un beau travail de reconstitution archéologique et artistique, combien difficile et combien réussi !...

Quelques-uns de nos confrères se sont orientés vers l'art difficile du caricaturiste et y réussissent complètement. M. Talmidjis a crayonné de façon amusante et spirituelle, outre le Docteur Paul Rabier, toute une série de nos Confrères : Morax, Chailloux, Rollet, Valude, Kalt, Riffaux etc... l'an prochain, on le verra au Salon des Humoristes !...

Il faudrait les citer tous ! les Blind, les Briau, les Brintet, les Broutelle, les Cabou, les Canis... et bien d'autres qui présentent vraiment du talent. Mais mieux encore que le talent, tous ont de la sincérité, du soin et ce rien d'idéal qui détourne des misères que le médecin voit chaque jour.

P. A.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 mars 1925

Etude histo-chimique du mode de résorption des dérivés bismuthiques. — ***MM. Levaditi, Nicolau*** et Mlle ***Schœn***, grâce à l'emploi de leur méthode histochimique, laquelle permet de colorer en rouge-brique le bismuth dans les tissus, ont établi les faits suivants :

La résorption du bismuth, administré par voie intra-musculaire, est en fonction de sa solubilité. Alors que les dérivés insolubles persistent plus longtemps dans le muscle injecté et ne se résorbent que lentement et progressivement, les composés solubles sont assimilés rapidement et ne donnent lieu qu'à un dépôt métallique insignifiant. L'élimination brusque et massive de ces dérivés solubles provoque souvent des altérations rénales totalement absentes chez les animaux traités par une dose même supérieure de bismuth insoluble.

Les composés insolubles de bismuth, voire même de Bi métallique, ne sont résorbés qu'après solubilisation préalable au contact des tissus. Le processus local de protéolyse leucocytaire semble faciliter cette solubilisation. Les dérivés ainsi solubilisés contractent des liaisons avec les matières protéiques tissulaires et forment des composés protéo-bismuthiques où le bismuth se trouve dissimulé. C'est sous cette forme que le métal circule dans l'organisme et qu'il s'élimine par le rein.

Le rôle de la phagocytose dans la résorption locale du bismuth semble plus effacé qu'on ne serait porté à le croire au premier abord. Les globules blancs, les cellules fixes et les endothéliums phagocytent les particules de bismuth comme ils englobent n'importe quel corps étranger injecté dans les mêmes conditions, mais il est peu probable que ces phagocytes assurent la circulation du bismuth dans l'organisme.

Tout porte à penser, au contraire, que les phagocytes, en englobant le métal, le fixent sur place et contribuent à la formation du dépôt bismuthé dont dépend le succès de la bismuthothérapie continue et efficace de la syphlilis.

Ce dépôt bismuthique est incomparablement plus considérable lorsqu'on se sert de sels bismuthiques insolubles. L'organisme se trouve ainsi en présence de quantités circulantes relativement minimes d'un composé organo-métallique à bismuth dissimulé, composé dont l'élimination lente et progressive respecte l'intégrité fonctionnelle et anatomique du filtre rénal. Or, ces quantités minimes suffisent pour assurer à chaque instant la destruction du tréponème, ainsi que l'ont montré Levaditi et Girard.

La méthode de Ronchèse dans l'analyse bactériologique des crachats. — ***M. Barrary.*** — L'insuffisance de l'examen direct des crachats dans bien des cas a fait de l'homogénéisation une pratique courante indispensable. La méthode de l'homogénéisation a été mise au point par plusieurs auteurs, et, en particulier, par M. le prof. Besançon qui a décrit les temps d'une pratique rigoureuse dans la recherche du bacille de Kock : lavages répétés des crachats, homogénéisation, centrifugation.

Le procédé de Ronchèse se distingue par ce fait essentiel que, dans cette méthode l'action mécanique du centrifugeur est remplacée par un enclavement des crachats dû à une action chimique. Ce point essentiel est réalisé par la provocation, grâce à l'acétone, du rassemblement des bacilles à la surface des crachats et la formation d'une pellicule qui, à la façon d'un filet, emprisonne les bacilles et permet leur concentration sous un petit volume.

L'iode dans l'air de la pleine mer. — Les recherches de ***MM. Loir*** et ***Legangneux*** (du Havre) leur ont montré que l'air marin capté à 60 kilomètres des côtes contient 13 fois plus d'iode que l'air urbain. C'est là sans doute une des principales causes des qualités toniques qui le caractérisent et sont dues à un apport à l'organisme humain d'iode sous une forme organique facilement assimilable.

M. Chabanier. — De quelques indications qui se dégagent de l'étude de 160 cas de diabète traités par l'insuline.

Elections. — MM. Johannessen (de Christiana) et Mariano Castex (de Buenos-Aires) sont élus membres correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 mars 1925 (*Suite*).

Radiographie d'ulcère gastrique réséqué. — *M. Victor Pauchet.* — Après la résection d'estomac terminée par une anastomose bout à bout entre l'estomac et le duodénum la forme de l'estomac est celle-ci : dimensions réduites, mais formation nouvelle d'un pylore et d'un bulbe duodénal. C'est ce que produit l'opération de Péan que l'on doit pratiquer chaque fois que l'on peut, c'est-à-dire une fois sur 7 ou 8 quand le duodénum est assez long et assez large.

Cancer du col de l'utérus et radium. — *M. P. Degrais.* — Grâce à une technique prudente qui consiste à utiliser des doses faibles et fractionnées, on ne doit pas exclure de la curiethérapie les cas où la paroi vésico-vaginale est envahie. On ne doit pas se priver non plus de la curiethérapie post-opératoire susceptible, malgré les difficultés qu'elle présente, de compléter un acte opératoire incomplet.

Ecrans chimiques en actinothérapie. — *MM. Livet, Bonnet-Lemaire* rappelant quelques propriétés du rayonnement, montrent que l'on peut, avec certains écrans chimiques convenablement choisis (rhodanine, discyanine, sulfure phosphorescent) réduire les longueurs d'ondes extrêmes de l'ultra-violet et les ramener vers la zone eubiotique de l'infra rouge. Ils présentent une lampe portative à vapeur de mercure, fonctionnant sur tous les courants, permettant les traitements d'ultra-violet à domicile. L'allumage des brûleurs *se fait par la haute fréquence* et un dispositif permet l'adaptation des électrodes de Mac Intyre sur cet appareil.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 mars 1925.

Artérite syphilitique des membres simulant un syndrome de Raynaud. — MM. *Marcel Labbé* et *Denoyelle* rapportent l'histoire d'une malade de 43 ans, chez laquelle un syndrome douloureux des membres inférieurs d'apparition récente s'était accompagné de crises de refroidissement et d'acrocyanose, faisant penser à la maladie de Raynaud. L'examen montrait, à l'entrée, une cyanose très intense et symétrique des orteils, surtout du gros orteil gauche, qui présentait une coloration noirâtre. On constatait l'absence de tout battement artériel au niveau des radiales et des tibiales, et la disparition complète des oscillations au Pachon. Au niveau des fémorales et des humérales, l'indice oscillométrique était très faible. Il n'y avait aucun signe d'aortite.

L'origine syphilitique fut soupçonnée par l'existence d'un gros foie solitaire et d'une polymortalité infantile. Le Wassermann fut fortement positif. Un traitement mixte par l'arsénobenzol et le mercure fit cesser rapidement les douleurs et les phénomènes cyanotiques des membres inférieurs. On vit réapparaître un indice oscillométrique presque normal en même temps que le foie diminuait de volume. La radiographie n'avait pas révélé de calcification au niveau des artères des membres et le taux de la cholestérine dans le sang était normal (1,66 %).

René GIROUX.

Physiologie de la voix à l'usage des chanteurs et des orateurs, par le Dr Marage. Leçons recueillies par Mme Marage, préparateur du cours. Un volume in-8, VII-204 pages et 114 figures ; broché : 15 fr. Gauthier-Villars, éditeurs, 55, quai des Grands-Augustins, Paris.

Le programme de cet ouvrage se résume à suivre « *la destinée d'une onde sonore depuis son point de départ jusqu'à son point d'arrivée.* »

Quoique la majorité des chapitres de ce volume traitent de la phonation, l'audition n'a pas été passée sous silence. Elle a été condensée en une vingtaine de pages, intéressant à la fois les professeurs de chant au point de vue de l'oreille fausse et de l'oreille musicale, et les orateurs et prédicateurs au point de vue de la sensibilité auditive d'une assistance ou d'une congrégation. Il est donc naturel de s'occuper de l'appareil de réception après avoir étudié l'appareil d'émission, les vibrations musicales n'étant intéressantes qu'autant qu'elles sont entendues.

Cet ouvrage contient presque uniquement les recherches personnelles de l'auteur. Il intéresse tous ceux qui sont soucieux de trouver dans un traité documenté sur la physiologie de la voix, des aperçus nouveaux, fruits d'une longue expérience.

Histoire de la Nation Française des origines préhistoriques jusqu'à nos jours (1920), publiée sous la direction de Gabriel Hanotaux. Deux volumes in-4°. Prix de chaque volume broché 50 fr., Relié 85 fr. Librairie Plon-Nourrit et Cie, 8, rue Garancière, **Paris (6e).**

S'inspirant des méthodes scientifiques et historiques les plus modernes, M. Gabriel Hanotaux poursuit dans son grand ouvrage l'*Histoire de la Nation Française* l'évocation du passé. Dans cette sévère revision des valeurs historiques, la science méritait une place à part, car elle a contribué, avec une étonnante rapidité, à transformer les mœurs, les conditions économiques, la manière d'être, les relations du pays. Mais une méthode judicieuse a présidé à cette étude ; on a situé les idées et les hommes qui ont représenté le progrès dans leur atmosphère propre, en soulignant la solidarité qui les relie. La France a une part immense aux conquêtes du savoir ; toutefois justice a été rendue à l'effort et au génie de l'étranger. Chaque branche de la science a été traitée par des écrivains qualifiés. Dans le premier volume l'*Histoire des mathématiques de la mécanique et de l'astronomie* a été décrite par M. Andoyer, de l'Académie des sciences, et M. Humbert, professeur à l'Université de Montpellier ; l'*Histoire de la physique*, par M. Charles Fabry, professeur à la Sorbonne ; l'*Histoire de la chimie*, par M. Albert Colson, professeur à l'Ecole polytechnique. Dans le second volume qui vient de paraître, l'*Histoire des sciences naturelles*, y compris la médecine, a été écrite par M. Maurice Caullery, professeur à la Sorbonne. Après avoir recherché dans l'antiquité les premières fondations des sciences naturelles, l'auteur conduit le lecteur des Universités du moyen âge à l'Institut Pasteur. L'action de nos savants apparaît alors dans toute son ampleur. Les sciences modernes : la chimie, la paléontologie, la zoologie, l'embryogénie, l'histologie, la physiologie, la micobiologie, sont l'œuvre de Lavoisier, de Cuvier, de Lamarck, de Geoffroy Saint-Hilaire, de Bichat, de Claude-Bernard et de Pasteur. Cette simple énumération indique que, dans le domaine des sciences biologiques, la pénétration de l'esprit français est indiscutable.

Dans la deuxième partie du volume, M. Lote, professeur à l'Université de Grenoble, présente le tableau de la participation de la France à la civilisation par la pensée et l'intelligence ; c'est l'histoire de la philosophie française considérée en particulier sous son aspect scientifique.

Le premier volume de l'*Histoire des sciences* en France, paru au mois d'octobre dernier, a été accueilli par le public cultivé avec une faveur toute particulière ; le second, qui vient d'être mis en vente, recevra un accueil non moins favorable.

L'œuvre de la France au cours des siècles est mise en honneur dans ces deux volumes, comme dans les précédents consacrés à l'*Histoire religieuse*, à l'*Histoire des arts*, des *Lettres*, à l'*Histoire politique* et à la *Géographie* de notre pays. Les deux volumes qui traitent de l'*Histoire militaire* sont en préparation et paraîtront à bref délai. L'*Histoire de la Nation française* s'avance ainsi régulièrement, vers son achèvement.

NÉCROLOGIE

Le Dr F. Morin

La nouvelle du décès de M. le Dr F. Morin qui nous arrive de Suisse, sera particulièrement ressentie par tous ceux qui, dans l'ordre médical ou social, s'occupent de la lutte contre la tuberculose.

C'est qu'en effet, depuis de très longues années, le Dr F. Morin s'y était spécialisé et on était accoutumé de le voir dans tous les Congrès et dans toutes les Réunions médicales qui traitaient de cette affection.

Praticien éminent, il fut l'âme de la station climatérique de Leysin, qu'il contribua à fonder et qui lui doit pour une bonne part, son développement actuel et ses succès thérapeutiques.

Il y consacra tous ses efforts, et lorsqu'il sentit s'appesantir sur lui, la maladie qui allait l'emporter, c'est à Leysin qu'il vint vivre ses dernières heures, en face des montagnes neigeuses, dont le panorama merveilleux l'avait charmé au temps de sa jeunesse.

En même temps qu'il présidait à l'installation des sanatoria luxueux, il n'oubliait pas les malades peu fortunés, et créait pour eux le sanatorium populaire.

Son activité ne s'arrêtait pas là, et il présidait avec une autorité qu'il devait à son caractère, à sa compétence et à ses préoccupations généreuses, la Ligue Neufchâteloise contre la tuberculose, l'Association suisse contre la tuberculose, l'Union Internationale contre la tuberculose, etc., etc.

En août 1924, il présida la conférence Internationale de la tuberculose qui se tint à Lausanne et réunit dans cette ville les spécialistes les plus éminents du monde entier.

Pendant la guerre, nous ne pouvons oublier tout ce qu'il fit pour nos soldats internés ; par ses ordres de nombreux de nos compatriotes furent accueillis à Leysin, réconfortés et soignés, tandis qu'il allait partout, prêchant la bonne parole, et témoignant d'une foi sereine dans les destinées de la France immortelle.

Aussi, lorsque la guerre prit fin, lorsque la nouvelle de sa présidence à Lausanne fut connue, M. Paul Strauss alors ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, s'honora grandement en appelant sur cet apôtre de la pensée française, en terre suisse, l'attention du Président du Conseil, ministre des Affaires étrangères.

Et lorsqu'il monta au fauteuil de la présidence au Congrès de Lausanne, tous les Français qui savaient ce qu'il avait fait pendant la guerre, applaudirent au geste du gouvernement qui lui avait décerné la Légion d'honneur.

Dr A. FILLASSIER.

Chemins de fer de l'Etat

Mise en vente de nouvelles affiches artistiques illustrées

Normandie : Ferme Normande du XVII[e] siècle ; La Mare de Criquebœuf (réédition).

Bretagne : Château de Combourg ; Baie de Saint-Brieuc ; Le Yaudet.

Sud-ouest : Fouras ; Parthenay ; Saint-Palais-sur-Mer.

Ces affiches (ainsi que celles éditées précédemment, et dont le Réseau possède encore une réserve suffisante) sont mises à la disposition des collectionneurs, au prix de 4 francs l'exemplaire.

Elles sont expédiées, sous enveloppe, franco à domicile, contre l'envoi préalable de leur valeur.

Pour recevoir les affiches sous rouleau, joindre le prix du colis postal (gare ou domicile).

Ecrire ou s'adresser au Service de la Publicité des Chemins de fer de l'Etat, 20, rue de Rome à Paris (8e).

Le Gérant: A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 15. **Le Numéro : 50 Centimes** 11 AVRIL 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Légion d'honneur. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Sous-secrétariat d'Etat de la marine marchande. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Daniel, médecin sanitaire maritine ; Leroy (du Havre).

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Peroni, vice-président du Conseil général de la Corse.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Autric, médecin en chef de 1re classe de la marine à Toulon ; Branzeau (de Donzit), Le Mière (de Paris), Maillard-Brune (de Meudon), Maupomé (de Montégut), Poinot (de Colombes), Roncé (de Paris), Sanerot (de Mâcon).

Officiers d'Académie. — MM. les doctenrs Blanc (de Gardanne), Dalayrac (de Toulouse), Gaumet (de Boussac), Odinot (de Grenoble), Philippe (de Saint-Dié), Valentin (de Ronchin), Voyer (de Machecoul).

— Actes de courage et de dévouement. — *Médailles de bronze.* — M. le docteur Magniez (de Reims), M. Thévenon, externe des hôpitaux de Lyon.

— Mérite agricole. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Chevallier, Jeudon et Vignes (de Paris), Lépinay (de Casablanca), Gay-Bonnet, médecin principal de l'armée ; Vernes (de Saint-Pons).

Faculté de médecine. — Paris. — Dans sa séance du 26 mars, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de présenter au choix du ministre :

Pour la chaire d'anatomie pathologique (en remplacement de M. Letulle, admis à la retraite) : en première ligne, M. Roussy, et en seconde ligne M. de Jong.

Pour la chaire de clinique chirurgicale infantile (en remplacement de M. Auguste Broca, décédé) : en première ligne, M. Ombrédanne, et en seconde ligne, M. Mathieu.

Société française de dermatologie et de syphiligraphie. — Le Comité de direction a décidé de porter de 800 fr. à 1.500 fr. le montant du prochain prix Zambaco, qui sera décerné en 1926.

Les mémoires présentés pour ce prix et dont le sujet est laissé libre, au choix de chaque concurrent, devront être adressés à M. le secrétaire général (hôpital Saint-Louis) au plus tard le 30 novembre 1925.

Hôpital Necker. — Le Dr Pitsch, chef du service de Stomatologie, fait, le mardi et le samedi à 9 h. 1/2, une leçon sur l'obturation des dents ouvertes en une seule séance, avec présentation de malades et opérations.

Réorganisation des études médicales. — Les dispositions du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études médicales seront applicables à partir du 1er novembre 1925.

Exception est faite toutefois quant à la deuxième année d'études pour laquelle la date d'application est fixée au 1er novembre 1926.

Les étudiants de deuxième année subiront à la fin de l'année scolaire 1925-1926 les épreuves du deuxième examen suivant l'ancien régime ; ils subiront, en outre, les épreuves pratiques et orales de bactériologie.

Les étudiants entrant en troisième année au 1er novembre 1925 devront à la fin de cette troisième année, outre les épreuves prévues pour le nouveau régime, subir également les épreuves orales et pratiques de bactériologie.

Les étudiants qui entreront en quatrième année au 1er novembre 1925 auront à subir, outre les épreuves du quatrième examen, nouveau régime, les épreuves pratiques et orales d'anatomie pathologique.

Les candidats qui ont bénéficié de l'autorisation de faire leurs études médicales suivant le régime du décret du 31 juillet 1893 continueront à poursuivre leur scolarité et à subir les examens ou épreuves suivant ce régime.

Asiles d'aliénés. — M. le docteur Frey, médecin des asiles, classé avec le n° 7 sur la liste des candidats reçus au concours en 1924, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Perret, précédemment nommé directeur médecin de cet établissement.

Vacance de chaires à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales. — Les chaires de : *a*) bactériologie, parasitologie, hygiène ;

b) Anatomie chirurgicale et médecine opératoire ;

c) Médecine légale et psychiatrie.

sont déclarées vacantes à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales.

Il sera procédé à la nomination des nouveaux titulaires de ces chaires dans les conditions prévues par l'instruction du 15 juin 1909 modifiée le 3 décembre 1913.

Les demandes des candidats, revêtues de l'avis motivé de leurs chefs hiérarchiques, devront parvenir au ministère de la guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), le 1er septembre 1925, au plus tard.

Concours pour la nomination à une place de médecin chef de dispensaire, une place de médecin adjoint, une place de chef de laboratoire et une place de chef de laboratoire adjoint au dispensaire de Creil. — Ce concours sera ouvert le *lundi* 18 *mai* 1925, à 9 h. 30, dans la salle des conférences, au Musée de l'Hôpital Saint-Louis.

Les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au Siège de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, du samedi 25 avril au samedi 2 mai, inclusivement, de 10 h. à midi, où ils pourront prendre connaissance des conditions de fonctionnement du dispensaire et des conditions et du règlement du concours.

Le Médecin Chef du dispensaire et le chef de laboratoire se consacreront exclusivement au service du dispensaire et n'auront pas le droit d'exercer dans le département de l'Oise.

Le Médecin Chef devra faire deux consultations par semaine, l'une le mercredi matin, l'autre le samedi de 15 h. à 18 h.

Le Chef de laboratoire devra passer au laboratoire l'après-midi du samedi, pour faire ses examens et ses analyses.

Le Médecin comme le Chef de laboratoire recevront pour chaque déplacement une indemnité de *cent* francs, soit au total 10.400 francs par an pour le premier, et 5.200 francs pour le second.

Ils auront à leur disposition une carte de circulation, en 1re classe, Paris-Creil, et il leur sura attribué chaque fois comme indemnité de déplacement dans l'intérieur de Paris une somme de *cinq* francs.

Le Chef de Laboratoire ne doit pas faire de clientèle ; mais il est tout naturel qu'il effectue des examens payants réclamés par des médecins de la ville. Il lui sera alloué un prélèvement de 50 p. 100 sur les honoraires perçus par le laboratoire, suivant les tarifs en usage.

Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux (année 1925). — *Réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude.* — La commission se réunira le mercredi 5 mai 1925, à seize heures et demie, à l'administration centrale (3 avenue Victoria). Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette commission est fixé à dix.

MM. les docteurs désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la commission devront se faire inscrire au bureau du service de santé de l'admisnistration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de quatorze heures à dix-sept heures, du mercredi 15 avril au mercredi 22 avril inclusivement.

Concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Ce Concours sera ouvert le lundi 11 mai 1925, à 16 heures, dans la salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères no 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du service de santé de l'administration (3, avenue Victoria), tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés) de 14 à 17 heures, du lundi 20 au mercredi 29 avril 1925 inclusivement.

Institut du radium (Fondation Curie). — *Enseignement de la radiologie médicale.* — Le Dr A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 20 avril, à 9 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.

Lundi 20 *avril.* — L'énergie radiante.
Mardi 21 *avril.* — La découverte de Rœntgen.
Mercredi 22 *avril.* — Les propriétés du rayonnement de Rœntgen,
Jeudi 23 *avril.* — Les mesures du rayonnement de Rœntgen.
Vendredi 24 *avril.* — L'énergie électrique.
Samedi 25 *avril.* — Les mesures électriques.
Lundi 27 *avril.* — Les générateurs et les transformateurs.
Mardi 28 *avril.* — Les interrupteurs, les soupapes, et les rhéostats.
Mercredi 29 *avril.* — Les dynamos et les courants alternatifs.
Jeudi 30 *avril.* — Les divers modes d'emploi des courants alternatifs.
Vendredi 1er *mai.* — Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.
Samedi 2 *mai.* — Les ampoules de Rœntgen à vide.
Lundi 4 *mai.* — La technique de la radioscopie.
Mardi 5 *mai.* — Les images de Rœntgen.
Mercredi 6 *mai.* — La technique de la radiographie.
Jeudi 7 *mai.* — Stéréoradioscopie, stéréoradiographie et cinéradiographie.
Vendredi 8 *mai.* — Les bases biologiques de la rœntgenthérapie.
Samedi 9 *mai.* — Les bases physiques de la rœntgenthérapie.
Lundi 11 *mai.* — La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle.
Mardi 12 *mai.* — La technique générale de la rœntgenthérapie profonde.
Mercredi 13 *mai.* — La radioactivité et les substances radioactives.
Jeudi 14 *mai.* — Les bases biologiques et physiques de la curiethérapie.
Vendredi 15 *mai.* — Les divers modes d'application de la curiethérapie.
Samedi 16 *mai.* — Les moyens de protection.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le Laboratoire de Radiologie de l'Hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le Dr Solomon : le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 27 avril, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du Dr Solomon.

(*Voir la suite page* 544.)

TRAVAUX ORIGINAUX

CHAIRE DE MÉDECINE EXOTIQUE DE LA FACULTÉ DE CONSTANTINOPLE

Sur l'histoire de l'éparsénothérapie antilépreuse

Par G. DELAMARE.

L'histoire de l'éparsénothérapie antilépreuse présente, entre autre intérêt, celui de fournir des données précises touchant la naissance, la propagation et la longévité d'une opinion contradictoire avec des données classiques solidement établies et fondée sur des expériences nombreuses mais incomplètes.

Les réactions du milieu médical à ces sortes de démonstrations constituent des tests révélateurs de sa sensibilité aux suggestions de l'illusionisme curateur.

Enfin et surtout, une semblable analyse permet d'apprécier quelle économie de temps et d'efforts se trouvera *ipso facto* réalisée le jour où les travaux de cet ordre seront exécutés en série, suivant des règles techniques fixes, acceptées d'un consentement unanime.

***

Inutile et parfois dangereuse, la chimiothérapie arsenicale à prétentions lépricides semblait, à juste titre, tombée dans un oubli définitif (1) lorsqu'elle est rentrée dans le domaine de la grande actualité avec une communication sensationnelle de M. HASSON (d'Alexandrie) sur le traitement de la lèpre tubéreuse par l'aminoarsénophénol (132) (2).

Ayant administré des doses énormes d'éparséno à 17 lépreux réfractaires au gynocardate de soude et à l'antiléprol, ce médecin crut observer, dès la troisième semaine de la cure, une amélioration sensible de l'état de ses malades. Les « lépromes », après avoir présenté une réaction congestive et ulcéreuse, disparurent au bout de 5 à 6 semaines. Le Wassermann fut négativé. Une « lèpre » infantile aurait même été guérie en un mois !

Observations nombreuses, résultats décisifs, affirmations péremptoires, tout, de prime abord, laisse croire que les agences d'informations télégraphiques ne tarderont pas à être en mesure d'annoncer au monde ravi que : « la lèpre est vaincue ! ». Au vrai, les observations de M. HASSON sont trop courtes pour entraîner la conviction ; l'hypothèse de syphilis, à tout le moins concomitante, ne paraît pas avoir été exclue avec assez de soin, etc.

M. GOUGEROT, il est vrai, confirma immédiatement les conclusions de M. HASSON sur trois lépreux authentiques (3). Dans une lèpre tuberculeuse, vieille de douze ans et soignée sans succès par les éthers chaulmoogriques, les premières injections d'éparséno occasionnent de violentes douleurs cubitales ; la température atteint 38°8, parfois 39° ; il y a du malaise, un état nauséeux ; les lépromes rougissent, s'œdématient, deviennent sensibles puis se résorbent. Une deuxième série de piqûres entreprise après quinze jours de repos entraîne la disparition complète des lépromes, à la place desquels on ne trouve plus que des aréoles pigmentées, souples, à peine hypoesthésiques. Chez un autre sujet atteint de névrites cubitales et de léprides circinées érythématopapuleuses du tronc et des membres dont l'évolution progressive n'avait pas été interrompue par des cures répétées d'huile de chaulmoogra, l'éparséno occasionne une exaspération des douleurs cubitales ainsi que des insomnies, du malaise, de la fièvre. Le traitement est interrompu alors que le malade a reçu 12 cc. de 132 et, cependant, les léprides sont déjà à demi résorbées. Une deuxième série de piqûres entreprise après huit jours de repos prend fin à la dix-neuvième injection mais les léprides n'en disparaissent pas moins. Un Sénégalais, porteur depuis seize ans de taches leucomélanodermiques et circinées des joues et des jambes, reçoit, pendant une vingtaine de jours, dix-sept centimètres cubes d'éparséno en onze injections. Les cubitaux deviennent très douloureux et, comme d'habitude, on enregistre de la fièvre. Le traitement est suspendu à la onzième injection à cause d'un commencement d'érythrodermie arsenicale. Or, dès la huitième piqûre, les taches ont disparu et la guérison clinique se maintient sept semaines plus tard !

Ainsi, non seulement l'éparséno semble guérir la lèpre tubéreuse et maculeuse, mais son action est d'une étonnante rapidité et elle se manifeste même à doses modérées. Les douleurs cubitales sont assez constantes et assez caractéristiques pour être utilisées à des fins diagnostiques.

Quelques mois passent et, à Marseille, M. CHARTRES (1) trouve qu'un lépreux rebelle aux injections intramusculaires d'éparséno, est heureusement modifié par dix injections intraveineuses de la même drogue. Parfaitement tolérées, les piqûres intraveineuses ont le mérite de ne déterminer aucune réaction locale ou générale et d'amener, elles aussi, la diminution des lésions cutanées et des indurations cubitales. Chez un autre malade, quinze injections intrafessières de 132 ont été suivies de la disparition des taches achromiques et des infiltrations tégumentaires ; le gonflement des cubitaux s'est atténué.

Les déboires ne commencent qu'avec l'observation de PHIPPS recueillie au Maroc (2). Il s'agit d'une lèpre nodulomaculeuse dont le début remonte à dix mois. Huit injections quotidiennes de 12 centigrammes, d'éparséno sont bien supportées. Au cours d'une deuxième série d'injections de 24 centigrammes, des vomissements et des crampes épigastriques surviennent qui obligent à suspendre la cure après la huitième piqûre. L'expérience est néanmoins reprise après dix jours de repos. Les vomissements réapparaissent. Le cinquième jour, on voit survenir des gingivorragies, des épistaxis, des hématémèses, un purpura discret sur les membres et le tronc ; le thermomètre marque 38° ; les urines se raréfient sans toutefois devenir albumineuses. En résumé, 4 gr. 50 d'éparséno ont été administrés sans bénéfice mais non sans inconvénients.

A la IIIe Conférence internationale de la lèpre (Strasbourg, juillet 1923, (3), le traitement de la lèpre par l'éparséno compte des partisans et des adversaires plus ou moins résolus. Parmi les premiers, nous trouvons MM. ROBINEAU, GOUGEROT, POMARET, parmi les seconds MM. JEANSELME, MARCHOUX, HUDELO et RICHON.

Pour M. ROBINEAU, « l'aminoarsénophénol s'est montré, dans tous les cas, comme un antilépreux de premier ordre ; il présente le seul inconvénient de provoquer une réaction assez violente consistant en des douleurs vives,

(1) Les traitements actuels de la lèpre. *Revue pratique des maladies des pays chauds*, août 1924.
(2) *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 20 octobre 1922.
(3) *Société médicale des hôpitaux*, 27 octobre 1921,

(1) *Société de Médecine et d'Hygiène coloniales de Marseille*, 9 mai 1923.
(2) *Maroc Médical*, 15 juin 1923, in *Marseille médical*, 25 septembre 1923.
(3) Baillière et fils, Paris 1924.

une fièvre atteignant d'une façon constante 38°5, et une turgescence des lépromes. Les douleurs sont parfois telles qu'elles nécessitent une interruption du traitement. » Plus loin, le même auteur ajoute : « le 132 nous a donné des résultats particulièrement brillants chez un lépreux atteint de lèpre tubéreuse. Seul le manque du produit, que nous ne possédions pas en quantité suffisante, ne nous a pas permis d'obtenir des résultats définitifs. Chez trois lépreux atteints de lèpre maculaire, son efficacité a paru beaucoup moins marquée. Après une amélioration rapide, survenue après les premières injections, l'état des malades est devenu stationnaire, et aucune amélioration plus nette n'avait été enregistrée après 12 injections. L'éparséno paraît donc un traitement de choix, mais spécialement dans les cas de lèpre tubéreuse. »

M. Gougerot estime que « le traitement de la lèpre semble entré dans une voie nouvelle avec le nouveau composé arsénobenzolique du type 132 de Pomaret. Nous n'osons pas dire encore que la lèpre est guérie par l'éparséno, mais chez nos trois malades, les accidents cutanés visibles ont rapidement guéri. En l'état actuel, l'éparséno nous paraît être le meilleur traitement de la lèpre pour toutes ses formes, puisque le hasard a fait que nos trois malades soient de types différents. »

M. Pomaret nous apprend que, depuis sa note d'octobre 1922 à la *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, M. Hasson a « traité avec le même succès 40 cas nouveaux dont 26 qui ont suivi une cure complète viennent de faire l'objet d'une communication au *IIe Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française* (Strasbourg, 26 juillet 1923). Par ailleurs, le Pr Balina (de Buenos-Ayres), à la séance du 22 mars 1923 de la *Société Argentine de dermatologie*, a communiqué ses premiers résultats dont il a, par la suite, publié les observations *in extenso* dans la *Semana medica* de Buenos-Ayres (n° 19 du 10 mai 1923). Dans 5 cas traités par lui, il conclut textuellement « qu'à l'heure actuelle, l'aminoarsénophénol 132 lui paraît être le meilleur remède à opposer aux manifestations de la lèpre. » A la même réunion de la Société argentine, le Pr M. Aberastury rapporte les observations de trois cas traités à l'hôpital Muniz, de Buenos-Ayres, avec une vingtaine d'injections de 132 ; il note une action nette sur les lésions et le catarrhe nasal, et les résultats obtenus l'engagent à en poursuivre l'expérimentation sur une plus large échelle. » Et M. Pomaret de conclure : « L'ensemble des recherches concernant l'application clinique du 132 dans la lèpre, faite par les différents cliniciens que je viens de mentionner, comporte donc 43 cas pour le Dr Hasson, 5 pour le Pr Balina, 3 pour le Pr Aberastury, 3 pour le Pr Gougerot et 2 pour le médecin principal Chartres, soit au total 56 cas ; une telle statistique exclut donc l'hypothèse d'une régression spontanée des lésions. » A retenir aussi que le Pr Balina a pratiqué, sans incident, des doses encore plus élevées dans le premier traitement d'attaque, puisque l'un de ses malades (Obs. I, *loc. cit.*) a même reçu 25 ampoules de 132 en moins d'un mois et, au total, 42 ampoules ; le B W. était négatif dès la 10e injection. La cure suivie par ce malade correspondait en As à 11 gr. de 914. » « Sans prétendre à expliquer aujourd'hui d'une façon définitive le mécanisme intime de l'action thérapeutique du 132 sur les diverses manifestations de la lèpre, il semble que ses effets soient dus à sa constitution moléculaire très simple, éminemment réactive *in vivo* soit qu'il représente une forme d'As euthérapeutique, en quelque sorte élective pour le bacile de Hansen ; soit que, par suite des doses saturantes qu'il permet d'injecter en peu de temps, il favorise, au plus haut point, dans ces conditions, les processus normaux de défense de l'organisme.

C'est ce que tendrait à prouver la réaction fébrile secondaire, analogue à celle observée lors de la régression spontanée des lésions d'une part, et sa rapide action sérologique sur le B.-W. et le K.-H. d'autre part. Ceux-ci deviennent négatifs avant la cicatrisation des lésions ce qui n'est obtenu ni avec les médications chaulmoogriques dans la lèpre, ni avec des arsenicaux dans la syphilis et fait exclure chez les lépreux, sérologiquement négativés par le 132, l'hypothèse d'un Wassermann positif, parce que syphilitique. »

M. Pomaret, comme on le voit, ne tient pas compte, dans son interprétation des effets de l'éparséno, des rémissions passagères, cependant fréquentes au cours de la lèpre abandonnée à elle-même. Il ne fait pas davantage entrer en ligne de compte la possibilité d'une négativation spontanée du Wassermann des lépreux dont l'inconstance est pourtant notoire. Enfin, il n'hésite pas à distinguer les W. lépreux et syphilitiques au moyen de leur sensibilité différente à l'éparséno.

Le caractère paradoxal de cette distinction apparaît néanmoins avec une singulière évidence quand on rapproche l'ultrasensibilité du W. lépreux au 132 de son insensibilité au 914, la sensibilité du W. syphilitique au 914 de sa sensibilité tardive au 132.

En ce qui concerne l'action lépricide de l'éparséno, les conclusions optimistes de M. Pomaret se trouvent contredites par les insuccès de M. Marchoux, de MM. Hudelo et Richon.

M. Marchoux déclare qu'il a eu « l'occasion de suivre à l'hôpital Pasteur deux séries de traitement faites par l'éparséno, selon la méthode indiquée par Gougerot, sur sur deux malades. Le traitement fut continué pendant deux mois et avec une telle intensité qu'il se manifesta des phénomènes d'intoxication. Cependant aucune amélioration ne se produisit ; si l'on en croit les malades, leur cas se serait même aggravé, ils se trouvent plus mal qu'avant le traitement... » mais, continue M. Marchoux, « je dois dire que ce phénomène n'apparaît pas clairement. »

MM. Hudelo et Richon ont utilisé l'éparséno chez quatre de leurs malades sans le moindre succès. Une fois, pendant le premier mois de traitement, l'éruption tuberculeuse sembla s'affaisser, quelques éléments disparurent, mais bientôt, et sous le traitement même, il se fit une brusque reprise des éruptions. Le réveil des douleurs cubitales a, par contre, été constaté à plusieurs reprises.

M. Jeanselme rappelle qu' « il est très difficile d'apprécier l'efficacité d'un traitement dans une maladie comme la lèpre qui est sujette à des alternatives d'activité et à des trêves spontanées.

Si une amélioration se produit, à la suite d'une médication, cela ne signifie pas qu'elle soit due à l'emploi de ce médicament ; il faudrait observer l'amélioration sur une série de malades pour être en droit de conclure à l'efficacité d'un remède.

En ce qui concerne les résultats obtenus par l'emploi de l'éparséno (aminoarsénophénol, 132 Pomaret), je crois devoir formuler les plus expresses réserves. J'ai, en effet, établi, dès 1911, la complète inefficacité de produits similaires. Le 606 et le 914 n'ont pas d'action appréciable sur les manifestations cliniques de l'infection lépreuse, et ils ne modifient en aucune façon la réaction de Wassermann quand elle existe chez les lépreux du fait de la lèpre. En conséquence, j'estime que les résultats obtenus dans la lèpre par l'emploi de l'éparséno doivent être soumis à

un contrôle rigoureux et qu'une observation prolongée est nécessaire avant de porter un jugement définitif sur la valeur de cette médication. »

Le vœu : « *Que la recherche d'un remède spécifique de la lèpre soit activement poursuivie* » émis, à l'unanimité de ses membres, par la Conférence de Strasbourg n'est pas moins digne de remarque au point de vue qui nous occupe, car il prouve de façon catégorique que les protagonistes du 132 ont finalement reconnu la valeur des objections formulées à l'égard d'une interprétation trop optimiste de résultats parfois peut-être encourageants mais, à coup sûr, encore bien fragmentaires.

Après la IIIe conférence internationale de la lèpre, les essais d'éparsénothérapie se font plus rares et, détail hautement significatif, ils se terminent tous par d'indiscutables échecs [Delamare et Achitouv (1), Jeanselme (1), Lépinay (2), Martin (2), Vigne et Darcourt (3)]. Les premières critiques et le temps ont, semble-t-il, accompli leur œuvre salutaire et le 132 paraît bien avoir définitivement perdu ses merveilleuses qualités lépricides.

Sans insister ici sur nos deux observations personnelles, sur lesquelles nous nous proposons de revenir ultérieurement, nous nous contenterons de spécifier que l'une d'entre elles concerne une lèpre à Wassermann négatif, l'autre une lèpre à Wassermann positif. La publication du premier de ces cas a provoqué, de la part de M. Jeanselme, les réflexions suivantes : MM. Delamare et Achitouv viennent de nous communiquer un cas de lèpre traité sans succès par l'aminoarsénophénol ou éparséno. Non seulement ce médicament n'a eu aucun effet appréciable sur l'évolution de la maladie et sur l'évolution des bacilles de Hansen dans le jetage nasal, mais de plus il a gravement compromis la santé du sujet qui, au cours du traitement, a perdu 10 kgs. de son poids.

Cet échec n'est pas l'exception, il est la règle. Après avoir traité un certain nombre de lépreux par l'éparséno, j'ai acquis la conviction que ce médicament est dépourvu de toute efficacité thérapeutique en ce qui concerne la lèpre.

Cependant un certain nombre de travaux français et étrangers attribuent à ce médicament une action favorable. A mon avis ils doivent être soumis à une sévère critique et je ne puis que renouveler les réserves que j'ai formulées, en juillet dernier, à la IIIe Conférence internationale de la lèpre.

Dès 1911, j'ai établi que des produits arsenicaux ayant à peu près la même structure, le 606 et le 914, n'ont aucun effet sur les manifestations cliniques de la lèpre et qu'ils ne modifient en aucune façon la réaction de Wassermann des sujets, quand elle est positive du fait de la lèpre. »

Notre second cas prouve qu'il est plus facile de déclencher une poussée de névrite lépro-arsénicale que de modifier le Wassermann lépreux à l'aide d'une quantité, même considérable, d'éparséno. Notre malade ayant été suivi pendant plus d'une année, il a été possible d'assister à quelques-unes des rémissions spontanées et passagères grâce à quoi s'expliquent bien des « succès » périodiquement enregistrés en matière de thérapeutique antilépreuse.

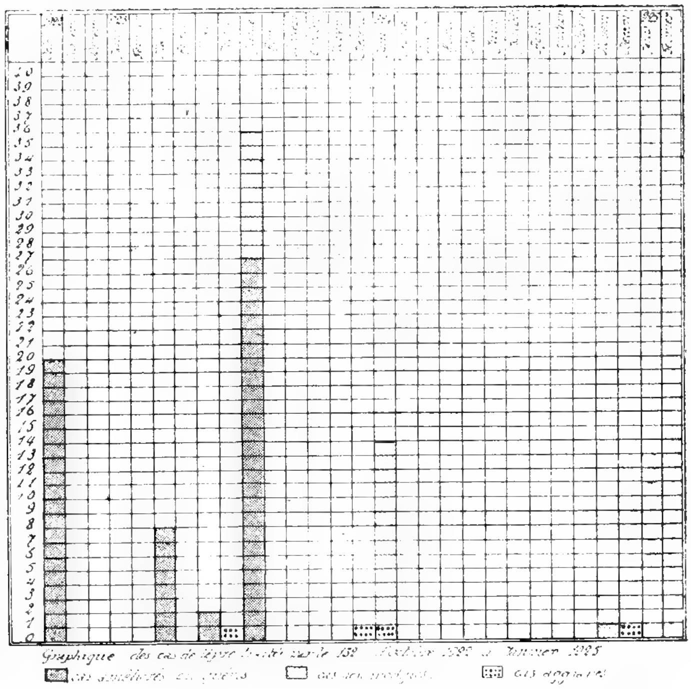
M. Lépinay de son côté, constate que le 132 peut déterminer de l'albuminurie sans amener de modifications appréciables des lésions. Il en infère avec raison que, seuls, les hybrides lépro-syphilitiques sont susceptibles de retirer un certain bénéfice de cette médication.

De tentatives poursuivies chez 13 malades, M. Martin conclut que l'éparséno ne donne, dans la lèpre, que des résultats inconstants et passagers.

Tout dernièrement enfin, MM. Vigne et Darcourt ont pratiqué, chez une jeune lépreuse, deux séries d'injections d'eparséno « sans aucun résultat ».

***

D'octobre 1922 à janvier 1925, c'est-à-dire pendant 27 mois, plus de 85 expériences (1) ont été instituées pour arriver à cette conclusion, somme toute facile à prévoir, que l'éparséno n'est pas en mesure de détruire le bacille de Hansen.



(Ne figurent pas sur ce tableau : 1 cas de Gougerot, 14 cas de Hasson, N cas de Jeanselme auxquels les auteurs précités se sont contentés de faire allusion).

— Remarquer : 1° La diminution du nombre des essais et la disparition des guérisons à partir d'août 1923 ; 2° à quelles erreurs d'appréciations pourrait conduire, en pareilles circonstances, les observations n'étant pas comparables, l'application de la méthode statistique (57 améliorations ou « guérisons » ; 24 absences de modifications ; 4 aggravations).

Partie d'Alexandrie et de Paris, l'idée de l'éparsénothérapie a gagné Marseille, l'Argentine, le Maroc, le Cameroun, la Turquie sans entamer les pays de langues anglaise, allemande, slaves, la Scandinavie, l'Extrême-Orient. Limitée dans le temps par les objections formulées à Strasbourg, la contagion a été, somme toute, assez restreinte dans l'espace !

Ce résultat, quoique négatif, est tout à l'honneur des médecins contemporains qui, séduits un moment par de vaines espérances illusoires, ont fini par se ressaisir. On ne saurait toutefois méconnaître que le redressement en question eût pu s'effectuer plus vite, à moins de frais et avec moins de dommages pour quelques malades si les essais avaient toujours porté sur des lépreux exempts de syphilis, préalablement soumis à l'épreuve du traitement

(1) *Académie de médecine*, 4 décembre 1923, 5 février 1925.
(2) *Société de médecine et d'Hygiène du Maroc*, 9 janvier 1924 in *Presse médicale* du 1er mars 1924.
(3) *Société de médecine et d'hygiène coloniales de Marseille*, 11 décembre 1924.

(1) Jeanselme ne donne pas le nombre de ses essais personnels ; le 4e cas de Gougerot n'a pas, à notre connaissance, été publié ; 14 cas de Hasson semblent être, jusqu'à présent, restés inédits.

spécifique et en activité, si les résultats en apparence favorables avaient été publiés avec des observations complètes et tenues à jour pendant au moins une année. C'est à juste titre que MM. Noc et Javelly (1) écrivent : « Une bonne partie des travaux entrepris par nos camarades ou collègues du service de santé aux colonies ne pourra être publiée qu'ultérieurement, lorsque la période d'observation des malades en traitement, qui ne saurait être inférieure à une année, aura permis une appréciation plus exacte de l'efficacité des médications employées. »

Une certaine standardisation des observations des lépreux soumis à des essais thérapeutiques rendrait, à n'en pas douter, d'inappréciables services par l'économie de temps et d'efforts, par l'atténuation des influences affectives qu'elles permettrait de réaliser. Ce sera, il faut le souhaiter, l'œuvre d'un avenir prochain.

La forme lombaire des crises vésiculaires,

Par le Docteur Gaston PARTURIER,
Ancien Interne des Hôpitaux.

MM. Castaigne et Chiray (2) parlant des formes frustes de la colique hépatique, citent « les cas à douleur déplacée, où celle-ci siège dans la région lombaire ou sur le ôté gauche ».

En 1913, à l'occasion du « Traitement de la colique vésiculaire » (3), nous indiquions que « ce foyer lombaire qui a son maximum au niveau de la 2e vertèbre lombaire, qui peut exister seul ou accompagner la douleur cystique, est souvent remarquable par sa persistance longtemps après la disparition du point vésiculaire ».

Dans une note à la Soc. méd. des Hôpitaux (4) nous avons, avec Mozer, présenté une observation typique de syndrome vésiculaire à forme lombaire. Son existence a été à nouveau confirmée par M. Buizard (5) qui s'est attaché surtout à la « douleur lombaire droite, symptôme de cholécystite ». C'est pour lui une sorte d'irradiation de la douleur vésiculaire à la masse sacro-lombaire du même côté. Il semble indiquer pourtant, chez certains de ses malades leur douleur « des reins » peut-être médiane.

Or, dans cette question, nous faisons une différence essentielle, entre la douleur lombaire unilatérale, et la douque leur lombaire bilatérale.

Unilatérale, elle peut n'être qu'une simple *propagation* de la douleur sous-hépatique. L'ébranlement sensitif de la vésicule s'étend alors vers la colonne vertébrale au même titre qu'il irradie vers l'épaule et les points intercostaux. *Bilatérale* elle nous paraît susceptible d'une tout autre signification par son siège et par les phénomènes qui l'accompagnent.

Siège. — Sa région s'étend, en hauteur, des dernières vertèbres dorsales (X ou XIe apophyse épineuse à IIe ou IIIe ou IVe vertèbre lombaire).

En largeur, elle comprend les deux masses sacro-lombaires. Nous n'avons retenu que les cas où les malades l'indiquaient comme franchement médiane et symétrique et naissant d'un foyer autonome. Elle éclate soudainement, précédant ou suivant la douleur sous-hépatique, parfois simultanée, mais toujours distincte ; souvent intense, elle terrasse alors le malade qui a l'impression d'un broiement, d'un écrasement de la région lombaire. Quand elle se propage, c'est le plus souvent en avant vers le creux de l'estomac : douleur épigastrique, qui fréquemment ouvre la scène. (Certains malades ont alternativement des crises vésiculaires et des crises lombaires. Souvent aussi la douleur lombaire suit la douleur vésiculaire. Il faut enfin citer les cas fréquents où la douleur forme une demi-ceinture au flanc droit du malade, débordant largement en arrière la ligne médiane. Mais comme nous l'avons dit, nous ne retenons pas ces cas où le syndrome lombaire manque de netteté.

A son niveau nous avons observé les troubles les plus variés de la sensibilité objective, tantôt exaltation, au point que le contact d'un doigt arrachait des cris, tantôt anesthésie plus ou moins complète.

Constamment, on voit de chaque côté de la ligne apophysaire la saillie des muscles contracturés. Toute leur masse est douloureuse. Il existe pourtant une zone particulièrement sensible au point où ils surcroisent la dernière côte : Toute cette région est d'ailleurs figée et suivant la remarque du Pr. Gilbert, les malades se couchent fréquemment sur le ventre, sans doute pour éviter de reposer sur leur dos trop douloureux.

Evolution. — Cette forme lombaire peut être *aiguë*, affectant l'allure de la colique intense, ou *chronique*, permettant au malade une certaine liberté de mouvements; mais le rappelant à la réalité à l'occasion du moindre écart, d'un choc ou d'une pression sur la région vésiculaire.

Elle peut exister seule : un malade ne subissant toutes ses réactions vésiculaires que sous la forme lombaire.

Elle peut alterner avec la forme vésiculaire classique ou avec la forme gastralgique. La douleur peut prendre alors le type « perforant en broche » et rappeler la symptomatologie de l'ulcus gastrique, le diagnostic peut devenir embarrassant si la douleur provoquée par la pression vésiculaire manque de netteté. (Pseudo-ulcus gastrique d'origine biliaire de Gilbert et Lereboullet).

Diagnostic. — Cet état douloureux lombaire se différencie :

1° Des points jusqu'ici connus des cholécystites. Points des 8e, 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales, qui sont plus élevés.

2° Des points d'arthralgie sacro-iliaque, des points de névralgie sacro-sciatique qui sont situés plus bas.

3° Du point de la XIe côte (Chauffard) situé plus en dehors.

4° Du point costo-vertébral des affections réno-urétérales situé plus en dedans, le point douloureux maximum étant plutôt costo-lombaire (angle de la masse musculaire et de la XIIe côte).

5e Du lumbago articulaire, par l'absence de sensibilité spéciale sur la ligne des articulations apophysaires et la libération rapide de la région dès la crise terminée.

6e Des spondylites, par l'intégrité vertébrale reconnue aux rayons X.

Elle se rattache à la colique vésiculaire :

1° Par sa coïncidence ou son alternance avec elle chez le même sujet.

2° Par son renforcement ou sa renaissance à l'occasion d'une pression sur la vésicule.

(1) Le traitement de la lèpre dans les colonies françaises in *IIIe conf. de la lèpre* p. 321.
(2) Maladies du foie, Masson, 1910, p. 617.
(3) *Bull. Général de Thérapeutique*, 20 et 30 mai, 8 juin 1913.
(4) Société méd. des Hôpitaux, 7 mars 1924.
(5) Société des Chirurgiens de Paris, 13 juin 1924,

3° Par son évolution et sa sensibilité au même traitement.

Si elle peut ainsi rentrer dans le cadre clinique de la colique vésiculaire, en dépend-elle directement par une sorte de phénomène réflexe ? ou bien peut-on invoquer l'intervention d'un syndrome intermédiaire ? C'est ici que les circonstances concomitantes peuvent prendre toute leur valeur.

1° Nous n'insisterons pas sur les troubles digestifs : vomissements et surtout *diarrhée* fréquemment notés dans ces formes, alors que l'habitude est de n'avoir au cours des réactions vésiculaires que des nausées et de la constipation.

Une de nos malades par exemple se plaignait d'éprouver depuis son dernier accouchement (remontant à 20 ans) des crises revenant tous les deux ou trois mois et caractérisées par :

Gastralgie ;

Douleurs lombaires médianes et symétriques avec grande faiblesse ;

Diarrhées abondantes.

Dans l'intervalle des crises, les selles restèrent liquides, mais se réduisaient à une ou deux par jour.

La thérapeutique de la colique vésiculaire d'après les principes du Pr. Gilbert fit disparaître à la fois les douleurs et la diarrhée.

2° Mais les malades que nous considérons présentaient une tendance vraiment très particulière à la syncope. Les exemples pourraient (1) être multipliés, nous citerons celui que nous avons publié avec Mozer : une jeune fille de 24 ans est traitée pour un mal de Pott. Les signes en étaient tels que plusieurs médecins réunis conseillèrent un corset plâtré, on reconnut ultérieurement l'intégrité du rachis et l'existence d'une cholécystite douloureuse à retentissement lombaire.

La première tentative d'application du corset fut malheureuse. La malade supportait parfaitement la suspension et les premiers temps de l'appareillage, mais quand on en vint à passer les bandes circulaires autour de la taille (donc au niveau de la vésicule biliaire) dès la première compression un peu énergique, elle eut une syncope vraie avec perte de connaissance et l'on dut abandonner l'opération. On recommença quelques jours après, le plâtre fut appliqué complètement, mais la malade souffrait davantage de la région lombaire avec de la gêne dans le flanc droit et surtout elle était, au moindre effort ou à l'occasion d'une digestion un peu difficile, prise de syncopes répétées, à tel point qu'on dut renoncer au corset et se contenter du lit plâtré sans aucune constriction de la taille.

3° Une hypotension marquée, soit absolue, soit relative :

Tantôt il s'agit de malades qui en état habituel d'hypotension fléchissent davantage encore au moment des crises jusqu'à la disparition totale du pouls. Tantôt ce sont des hypertendus dont les chiffres s'abaissent brusquement à l'occasion des douleurs, pour se relever ensuite.

4° Une hyperpigmentation de la peau, qui rappelle comme topographie (sauf généralement les muqueuses) et comme aspect, celle de l'addisonnisme.

La mélanodermie *d'origine hépatique* est connue depuis longtemps. Harley, Murchison, Hanot, avaient signalé l'apparition de plaques pigmentées, de « taches hépatiques » sur les téguments des sujets dont le foie est déficient. Il suffit d'un ictère catarrhal prolongé pour provoquer des macules brunâtres qui persistent après la guérison et ne s'atténuent que lentement. Mais la mélanodermie, chez les hépatiques ou les cholémiques, peut être diffuse, elle peut envahir les muqueuses (Gilbert et Lereboullet, Michel) et simuler alors celle de la maladie d'Addison (1). Les mélanodermies d'origine endocrinienne). Dans les cirrhoses, accompagnées ou non de fragilité globulaire ou d'hémolyse, l'épiderme est généralement surchargé de mélanine. Il l'est encore davantage dans les cirrhoses dites pigmentaires des diabétiques, des paludéens, des alcooliques, des tuberculeux, où le tatouage des muqueuses n'est pas exceptionnel (Gouget), où la fragilité globulaire n'est pas constante et où la mélanodermie n'est intense, qu'en raison de la pluralité des lésions endocriniennes (Sézary).

Quoi qu'il en soit de ce dernier point qui demande de nouvelles recherches, il demeure bien établi que toute mélanodermie, aussi bien généralisée que parcellaire, ne témoigne pas nécessairement d'une lésion surrénale, mais peut relever aussi d'une insuffisance hépatique.

Les fonctions particulières des surrénales pendant la grossesse, telles que les a définies Guy Laroche, rapprochées de la mélanodermie des femmes enceintes et de leur hypercholestérinémie, pourraient être invoquées en faveur d'une contribution surrénale à cette pigmentation cutanée :

Pendant les périodes de l'existence où le système endocrinien subit de profonds remaniements, on observe des troubles de la pigmentation cutanée.

Tout d'abord, c'est à la puberté que les régions génitales et l'aréole des mamelons se pigmentent avec l'intensité qu'elles conserveront dorénavant. Le phénomène fait défaut dans l'infantilisme par insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire.

En second lieu, pendant la grossesse, qui imprime à la totalité des glandes des modifications cytologiques si marquées, apparaissent le masque gravidique, la ligne brune abdominale, dus à la surcharge en mélanine des cellules épidermiques. Leur production a été attribuée, selon la doctrine régnante, à une irritation du sympathique, mais pourquoi alors font-ils défaut dans les volumineux fibromes ou les énormes kystes de l'ovaire ?

Signalons enfin les pigmentations de la ménopause et de la vieillesse, que nous rapprocherons de celles des autres périodes critiques du système endocrinien (2).

Toutes ces constatations prouvent que nous sommes en présence de phénomènes éminemment complexes et que si l'on voit la mélanodermie dans les maladies de la surrénale, elle ne saurait, à elle seule surtout, caractériser une lésion de cette glande.

Ce que nous pouvons dire c'est que chez nos hépatiques en général et dans ces formes lombaires en particulier, nous avons pu discerner deux ordres de taches cutanées : les unes larges étalées, formant un fond plus ou moins continu, sur lequel on peut avec quelque attention distinguer d'autres éléments plus petits et plus foncés, ces derniers éléments sont disposés isolément ou dessinent des lignes discontinues ou se groupent en corymbes autour des yeux et de la bouche.

Sous l'influence du traitement, les grandes taches s'atténuent, de foncées passent au café au lait, puis pâlissent tout à fait jusqu'à disparaître, tandis que le semis de ta-

(1) La place nous a manqué pour publier nos observations. Elles paraîtront dans une monographie, chez Doin, éditeur.

(1) Sézary. — *Journal médical Français* nov. 1921.)
(2) Sézary. — *Journal médical Français* nov. 1921).

ches lenticulaires garde sa coloration et devient plus apparent.

5° Enfin une asthénie profonde, une énorme lassitude, une sorte *de paralysie sans paralysie*, caractérisée surtout par une extrême fatigabilité. Certains de nos malades hésitent à se mouvoir, ne répondent que du bout des lèvres, puis la crise passée, ils restaient assez longtemps encore paresseux, épuisant très rapidement leur force musculaire, incapables souvent d'aller jusqu'au bout de l'épreuve de Martinet (flexions successives du buste sur les jambes) ou de Lian.

L'ensemble de ces signes pourrait être avec toute vraisemblance interprété comme une dysfonction passagère des surrénales ; les travaux de Guy Laroche ont montré que les surrénales, comme les autres glandes à sécrétion interne, étaient susceptibles de ces troubles transitoires, mais

1° La douleur lombaire n'a rien de pathognomonique d'une affection surrénale.

2° L'hyperpigmentation de la peau se rapporte aussi bien à une lésion hépatique.

3° L'asthénie avec tendance syncopale peut s'expliquer par un choc protéinique dont nous avons montré le rôle dans les affections vésiculaires.

Nous avons essayé chez plusieurs de nos malades de mettre en évidence les variations possibles de leur adrénalinémie par la méthode des yeux de grenouille. De ces recherches nous n'avons rien pu tirer de bien net. Les derniers travaux de Sézary ont montré combien il faut être réservé dans tout ce qui touche à la physiologie des surrénales. Aussi ne nous permettrions-nous pas de soulever une pareille question si des auteurs comme Sézary lui-même n'accordait une réelle valeur à la *fatigabilité musculaire* et si nous n'avions retrouvé ce symptôme avec une netteté clinique remarquable chez nos malades.

A notre avis, dit Sézary (*Journal Médical Français*, nov. 1921), le critérium qui satisfait certains auteurs contemporains pour le diagnostic de la méiopragie surrénale est insuffisant. Une asthénie dont on ne précise pas les caractères, l'hypotension artérielle, la ligne blanche, constituent trois symptômes d'une banalité extrême, dont la réunion et même l'association avec la pigmentation cutanée ne nous apparaissent nullement caractéristiques. L'élément important est, au contraire, ce symptôme bien étudié par Langlois, dont l'importance semble avoir été reconnue dans les publications plus récentes : la fatigabilité du muscle, l'épuisement rapide de la contractilité, que l'on met facilement en évidence, sinon par l'ergographe, du moins par le dynamomètre.

Conclusions.

Nous sommes donc en présence d'un *fait clinique* bien net et qui permet de caractériser une forme lombaire de la colique vésiculaire.

L'interprétation pathogénique en est plus difficile.

L'hypotension artérielle absolue ou relative, la tendance à la syncope, les modifications du sang, peut être celles du réflexe oculo-cardiaque se rangeraient aisément dans la catégorie des phénomènes d'anaphylaxie ou de choc.

La fatigabilité musculaire dans celle des insuffisances surrénales.

Ces conceptions d'ailleurs, si elles n'ont rien d'absolu n'ont rien non plus de contradictoire, car nous savons les liens étroits susceptibles d'unir le syndrome de cho au syndrome vésiculaire (1) d'une part, et d'autre part, aux balancements du système vago-sympathique (Garrelon, Santenoise et Tinel, (2) Laignel-Lavastine) et par lui aux glandes à sécrétion interne (3).

L'hyperpnée expérimentale. Application au diagnostic de l'épilepsie psychique.

Par MM. H. CLAUDE, H. CODET, M. CÉNAC, et M. MONTASSUT.

Depuis peu, les neurologistes se sont attachés à l'étude des phénomènes cliniques et chimiques déclanchés par l'hyperpnée. Pour la plupart de ces auteurs, les manifestations de tétanie provoquées soit par parathyroïdectomie (Mac Callum et Voegtlin (4), Cruishank (5) et Wilson (6), soit par l'hyperpnée (Collip et Backus (7), Grant et Goldman (8), Joshua Rosett (9), apparaîtraient à la faveur d'un état d'alcalose sanguine. Les variations de la teneur du plasma en p H, bicarbonates et calcium ont été particulièrement étudiées. Pour certains auteurs, la diminution du Ca ne serait pas le facteur essentiel de la tétanie ; Freudenberg et Györy (10) et, plus récemment, Noël Platon (11) assignent à la guanidine un rôle fondamental dans sa pathogénie. Bourguignon, Turpin et Guillaume (12) ont établi que la tétanie provoquée par l'hyperpnée s'accompagnait d'une augmentation de la chronaxie et d'une rupture de l'équilibre acides-bases du plasma sanguin. On constaterait au paroxysme de la crise une chronaxie triplée, l'augmentation du pH, la carence du Ca et des bicarbonates dans le plasma.

La technique habituellement adoptée pour provoquer les manifestations de tétante consiste à placer le sujet en position horizontale, libéré de tout lien. On lui commande de respirer aussi profondément que cela lui est possible, au rythme de 15 à 20 inspirations par minute, et on contrôle fréquemment l'ampliation thoracique. L'expérience peut être impunément prolongée pendant plus d'une heure, jusqu'à ce que la tétanie se manifeste. La durée de latence est variable, elle apparaît raccourcie chez les épileptiques en période de crises. Cette technique peut être pratiquée sans inconvénients, même dans des états cardiopathiques ; elle doit cependant être maniée avec prudence chez les épileptiques, disent incidemment les expérimentateurs étrangers.

L'action des agents pharmacodynamiques a été très étudiée ; il a été établi que le citrate de caféine écourte la période de latence et exagère les manifestations tétaniques ; son action est également efficace chez les sujets normaux et anormaux, elle paraît surtout s'exercer sur l'intensité de la ventilation pulmonaire. Les bromures et le gardénal agissent inversement et retardent l'appari-

(1) Gaston PARTURIER. — Colique hépatique et choc protéinique. (*Presse Médicale* 29 oct. 1924.)
(2) Gaston PARTURIER. — De certains phénomènes endocriniens dans le cycle de la cholestérine. (*Presse Médicale.*, 18 février 1925.)
(3) LAIGNEL-LAVESTINE. — Pathologie du sympathique 1924.
(4) Mac CALLUM et VOEGTLIN. — *Jour. exp. med.*, 1909, II, 118.
(5) CRUISHANK. — *Chinl med. Journ.*, 1922, XXXVI, 445.
(6) WILSON S. A. K. — *Brain*, 1920, XLIII, 220.
(7) COLLIP et BACKUS. — *Am. Journ. Physiol.*, 1920, II, 538.
(8) GRANT et GOLDMANN. — *Am. Journ. Physiol.* 1920, III, 209.
(9) JOSHUA ROSETT. — *Brain*, 1924, XLVII, 293.
(10) FREUDENBERG et GYORY. — *Bioch. Zeitschr.*, 1921, CXXIV, 308.
(11) PLATON. — *Edingh. Med. Journ.*, 1924. 10 oct. XXXI.
(12 BOURGUIGNON, TURPIN et GUILLAUME. — Variations parallèles de la chronaxie et des caractères physico-chimiques au cours de la tétanie par hyperpnée vololontaire chez l'homme, (Soc. biologiq. Paris, 14 mars 1925.)

Concours pour l'emploi de chef de travaux à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers. — L'ouverture du concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, fixée au 23 septembre 1925 par l'arrêté susvisé du 23 mars 1925 est reportée au lundi 26 octobre 1925.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

IIIe congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française. (Bruxelles, juillet 1926. — Le IIIe Congrès des Dermatologistes et Syphilipraphes de langue française se tiendra à Bruxelles, du *dimanche* 25 *au* 28 *juillet* 1926.

Les questions mises à l'Ordre du jour sont :

1. Tuberculides, nature et traitements.
2. Herpès et zona, leur étiologie.
3. Les purpuras.
4. Réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, superinfection.
5. Des troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique.
6. De l'état actuel de la thérapeutique du lupus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire Général du Congrès :

Dr L. Dekeyser, 9, rue des Sablons, Bruxelles.

Remise de la rosette d'officier de la Légion d'honneur au Dr Forestier. — Notre collaborateur et ami le Dr Forestier vient d'être promu au grade d'officier de la Légion d'Honneur.

C'est pour nous tous ici, une très grande joie de le féliciter et de lui redire notre amitié.

Dans une réunion tout intime et empreinte d'une charmante cordialité, Proust a remis sa croix au nouvel officier devant un grand nombre de ses collègues et des amis.

BIBLIOGRAPHIE

L'Année Psychologique, 24e année (1923). Publiée par Henri Piéron. 1 vol. in-8 de la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine, 40 francs. (Librairie Félix Alcan.)

Le XXIVe volume de l'Année Psychologique comporte, comme les précédents, deux parties distinctes : des mémoires originaux, et des analyses embrassant la vaste production psychologique internationale, pour la période 1923-24.

Les mémoires originaux présentés dans le volume, offrent un exemple remarquable de la diversité des objets auxquels s'applique la psychologie expérimentale. Le lecteur y trouvera tout d'abord des études sur des problèmes de psychophysiologie nettement déterminés ; celle du Général Journée sur les sentations de recul dans le tir ; en outre d'intéressantes données sur les lois psychophysiques, apporte d'utiles indications pratiques aux tireurs ; celle de M. Kucharski (la sensation tonale exige-t-elle plusieurs vibrations ?) montre que l'on peut reconnaître la hauteur d'un son, dont on a perçu une seule vibration, ce qui est une donnée importante pour la théorie auditive. A côté de cet exposé de recherches, le professeur Forster, de Prague, expose une curieuse théorie dynamique de la vision des couleurs. Voici maintenant des travaux de psychologie zoologique de M. Et. Rabaud, sur le déterminisme, finement analysé, de l'emplacement des nids des Vespides ; et de M. Cl. Brussard, sur le dressage automatique, montrant qu'une utilisation industrielle de l'animal est possible. Dans un mémoire communiqué au Congrès de Psychologie d'Oxford, M. Piéron examine, en partant des données sensorielles, le problème de la perception du temps, dont l'importance générale est grande, au moment où notre notion du temps est remise en question par la théorie de la relativité. Enfin, en deux articles, le docteur Decroly, le psychopédagogue de Bruxelles, examine les méthodes non verbales d'examen mental et les rapports des tests individuels et des tests simultanés ou collectifs. — Dans les « Notes et Revues », on trouvera, à côté d'un compte rendu détaillé du VIIe Congrès international de psychologie d'Oxford, la description d'un nouvel appareil pour la mesure des sensations tactiles.

Les analyses bibliographiques occupent naturellement la plus grande part du volume. Afin de suivre le mouvement psychologique dans toutes les branches où il se développe actuellement, des rubriques nouvelles ont dû être ajoutées, concernant certaines questions de psychologie pathologique, et surtout de psychologie appliquée (aptitudes et métiers, orientation et sélection professionnelles, applications générales, sociales, juridiques, commerciales, et militaires, organisation psychophysiologique du travail.).

En dehors même de l'intérêt des memoires originaux qui y sont contenus, ce volume se présente, par la documentation énorme qu'il renferme, comme un instrument de travail indispensable à tous ceux qui s'intéressent à la psychologie, et qui veulent se tenir au courant, non seulement de l'orientation philosophique de la science de l'esprit, mais encore et surtout, des progrès de l'utilisation technique des résultats de cette science.

Il faut savoir gré à M. Piéron d'avoir donné à cette revue annuelle une telle importance et de grouper aussi logiquement toutes les matières ressortissant à la science psychologique.

PAUL-BONCOUR

tion du tremblement. L'influence de l'oxygène est encore l'objet de controversee. La douleur, spontanée ou provoquée, déclancherait plus rapidement l'accès de la tétanie.

Appliquée à des individus normaux, l'hyperpnée nous a donné des résultats analogues à ceux qui ont été signalés : léger tremblement prodromique des muscles périorbitaires et péribuccaux, rigidité des muscles de la face, puis des mains, exagération des réflexes tendineux, signe de Chvostek. Au point de vue psychique, on note des troubles de l'attention assez marqués ; le sujet accuse d'autre part des sensations de vertige avec fourmillement dans les membres intéressés par la tétanie ; ces divers troubles ne s'accompagnent pas de perte de conscience.

La méthode fut surtout utilisée dans le but de favoriser l'apparition de symptômes patents au cours d'affections neurologiques discrètes ou larvées. C'est ainsi qu'elle fut appliquée au diagnostic de troubles très divers : lésions médullaires, des voies pyramydales et extra-pyramydales, dystonies, états parkinsonniens et choréo-athétosiques, épilepsie, etc....

En France, MM. Guillain, Alajouanine et Thévenard (1) ont rapporté récemment les résultats de l'hyperpnée exrimentale au cours de l'épilepsie jacksonnienne, ils ont insisté sur la valeur de ce test clinique pour mettre en évidence le « signal symptom » et permettre ainsi la localisation précise de la zone épileptogène.

Nous avons pensé que cette méthode permettrait de provoquer des manifestations somatiques au cours de l'épilepsie psychique ; notre hypothèse a été vérifiée par les résultats favorables que nous avons obtenus (2).

Le diagnostic des équivalents psychiques de l'épilepsie est en effet souvent difficile ; s'il est relativement aisé lorsqu'ils s'accompagnent de paroxysmes moteurs, il est, par contre, presque impossible lorsque les troubles psychiques se manifestent épisodiquement et constituent à eux seuls tout le tableau clinique.

L'intérêt du diagnostic étiologique, considérable au point de vue thérapeutique, l'est davantage encore au point de vue médico-légal, lorsqu'il s'agit de rechercher si certains actes sont en rapport avec l'épilepsie, si, en l'absence de troubles moteurs avérés, il y a lieu de penser que certains troubles de la conscience peuvent avoir un caractère paroxystique, et d'apprécier la responsabilité qui en découle.

La clinique s'est appliquée à saisir les caractères spécifiques des manifestations psychiques épileptiques, en rapprochant ces formes larvées des états convulsifs typiques ; par inférence, on a pu assigner à celles-là un certain nombre de caractéristiques : soudaineté de l'apparition, perte de la conscience, caractère impulsif et incoordonné des actes accomplis à la faveur d'un état confusionnel prononcé, perte du souvenir et fatigue intense à la fin de la crise. Ces caractères ne sont cependant pas spécifiques et l'on a signalé entre autres manifestations des fugues prolongées sans confusion notable, avec conservation suffisante de la conscience et sans amnésie complète. De plus, dans certains cas d'épilepsie non discutable, les paroxysmes moteurs ou psychiques sont fort espacés ; il faudrait parfois une mise en observation de plusieurs mois pour attendre le retour éventuel de manifestations spontanées. Leur carence, même au bout d'un an, ne permet pas d'infirmer certainement un diagnostic d'épilepsie.

L'observation clinique étant insuffisante pour étayer un diagnostic précis, on a eu recours à des données expérimentales. L'épreuve du traitement habituel des épileptiques n'a pas donné, sur ce point, les résultats qu'on en attendait. En effet, si au cours de la thérapeutique instaurée, la disparition des équivalents psychiques permet d'en affirmer l'origine comitiale, leur persistance ne saurait, en aucun cas, faire rejeter le diagnostic d'épilepsie.

Il était naturel de chercher à provoquer artificiellement chez ces malades des crises convulsives, dont le caractère serait plus appréciable. C'est ainsi que Pagniez et Lieutaud, utilisant les corrélations supposées entre le choc colloïdoclasique et les paroxysmes convulsifs, arrivèrent à déclancher des crises chez un épileptique par simple ingestion d'aliments ternaires. A la lumière des rapports de la crise épileptique avec le choc colloïdoclasique et le tonus neuro-végétatif, étudiés par Santenoise, nous avons tenté de déclancher des accidents convulsifs en provoquant artificiellement l'hypervagotonie par des agents pharmacodynamiques, tels que l'ésérine. L'inconstance des résultats motiva des investigations d'un autre ordre.

Le fait, actuellement bien connu, que la suppression brusque du gardénal chez un épileptique provoque fréquemment des crises, nous a paru utilisable en s'entourant de certaines précautions. La méthode a été tentée très prudemment en donnant au sujet, pendant 10 jours une dose quodienne de 0,10 de gardénal et en le surveillant de très près au moment de la suppression : les résultats ont été négatifs et les dangers que peut entraîner cette technique nous paraissent en justifier l'abandon.

Devant l'insuccès de la plupart de ces techniques, nous avons songé à utiliser l'hyperpnée pour produire des manifestations convulsives dans les cas d'épilepsie larvée. Nous l'avons expérimenté avec succès chez un malade traité dans le service et dont nous résumerons brièvement l'observation.

Observation. — C. A., 28 ans, magasinier, entre à la clinique le 8 mars 1925 avec un état confusionnel caractérisé par de l'obtusion, une orientation imparfaite, du désordre des actes et des propos incohérents « les cartouches de la République, Verdun, le colonel, 15 jours dans l'eau, etc. » Il avait été arrêté quelques jours auparavant pour avoir tiré, dans la rue, des coups de revolver. Sorti rapidement de cet état confusionnel, le malade affirme n'avoir conservé aucun souvenir des actes qui lui sont reprochés et ne pas savoir ce qui s'est passé du 6 au 7 mars ; il n'aurait repris conscience qu'à l'infirmerie spéciale. Les antécédents du malade ne présentent rien de particulier. L'anamnèse cependant signale quelques céphalées épisodiques, une irritabilité excessive avec colères violentes et brusques, et surtout des sautes d'humeur soudaines et des crises de « cafard » conscientes, mais non motivées et à cessation brusque. Le caractère de la confusion mentale présentée à l'entrée et celui des troubles habituels de l'humeur militaient en faveur de manifestations psychiques d'origine comitiale. L'observation dans le service ne permit pas de préciser ce diagnostic, le malade n'ayant pas manifesté de crises convulsives, de vertiges ou d'absences et ne s'étant livré à aucun acte impulsif : après la disparition de la confusion le sujet paraissait absolument normal et sa sincérité pouvait alors être suspectée. Le diagnostic ne peut être étayé, malgré les présomptions cliniques, par les techniques indiquées précédemment : suppression du gardénal, provocation expérimentale de l'hypervagotonie. Il ne le fut qu'à la faveur de l'hyperpnée pratiquée à plusieurs reprises et dont voici le protocole :

(1) Guillain, Alajouanine et Thévenard. — Provocation de l'épilepsie jacksonnienne par l'hyperpnée expérimentale. Valeur diagnostique de ce test clinique. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 12 mars. 1925).

(1) Claude, H. Codet, M. Cénac et M. Montassut. — L'hyperpnée dans le diagnostic de l'épilepsie psychique. (Soc. Médico-psychol, 30 mars 1925.)

Le 18 mars, le malade à jeun se prête docilement à l'expérience, le rythme moyen des mouvements respiratoires est de 15 par minute. Au bout d'un quart d'heure, les yeux se dévient en haut et vers la droite. Objectivement le malade semble avoir perdu connaissance, un rire spasmodique de quelques secondes est remplacé par quelques sourires ; il ne répond pas aux ordres et se montre insensible aux excitations extérieures, pincements, gifles, etc., il reprend conscience après deux minutes d'absence et affirme ne pas savoir ce qui vient de se passer, et en particulier pourquoi il a souri à plusieurs reprises. Il accuse aussitôt le retour à la conscience, des sensations de courant électrique dans les masses musculaires antérieures des cuisses et dans les doigts, des bourdonnements d'oreilles et dans la tête. Dans l'après-midi, le malade s'est senti énervé, il s'est promené de long en large pour calmer son anxiété. A 17 heures, il se jette brusquement sur son infirmier, sans motif apparent. Isolé et maintenu au lit, il reprend conscience assez tardivement et n'a pas conservé le souvenir de son acte impulsif.

Le 21 mars 1925, C. reçoit une injection de un demi-milligramme d'ésérine dans le but de provoquer un état vagotonique ; le réflexe oculo-cardiaque paraît toujours supprimé, le solaire est légèrement positif. L'hyperpnée est pratiquée une heure après l'injection ; après une latence de 20 minutes : apparition d'une légère contraction tonique des mains, puis ralentissement des inspirations, apnée transitoire et après une vingtaine de longues et profondes inspirations, déclanchement de la crise. Elle se caractérise par la révulsion des yeux, l'extension de la nuque, la cyanose de la face, le stertor ; les contractions toniques surtout localisées au niveau des mains sont remplacées par des secousses cloniques ; il n'y a ni morsure de la langue, ni salivation, ni miction involontaire. L'accès dure deux minutes, le malade reprend aussitôt conscience, il répond avec précision aux questions qui lui sont posées, mais il n'a conservé aucun souvenir de la crise qui était à ce moment-là totalement inconsciente.

L'observation que nous rapportons souligne l'intérêt de cette technique. Elle n'est certainement pas un moyen de diagnostic parfait — nous avons pu voir une épileptique typique ne pas présenter d'accès tétanique après 45 minutes d'hyperpnée — néanmoins elle nous a fourni des résultats intéressants dans des cas où les autres méthodes avaient échoué. Chez un autre sujet, comitial avéré, elle a produit rapidement l'apparition d'une crise convulsive typique ; au réveil, le malade, nullement averti auparavant, déclarait spontanément éprouver une céphalée qu'il connaît bien et affirmait « qu'il avait bien dû avoir encore une crise ».

Comme on le voit, cette épreuve ne saurait avoir de valeur diagnostique que dans les cas où elle fournit un résultat positif. Telle qu'elle, facile à réaliser sans grand danger dans un service où le malade est surveillé de près, elle permet de résoudre très fréquemment les difficultés cliniques soulevées par des épileptiques à crises peu fréquentes, atypiques ou larvées ; élément précieux de diagnostic, elle servira les doubles points de vue de la thérapeutique et de la médecine légale.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séanee du 27 mars 1925 (*Suite*).

Les intradermo-réactions au cours de la scarlatine. Réaction de Dick. Séro-extinction ; toxi-extinction. Réaction de Caronia. — M. *Ch. Zoeller* (Val-de-Grâce) montre au cours de l'étude du rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine la valeur des intradermo-réactions.

Entre la toxine streptococcique et l'exanthème scarlatineux les intradermo-réactions établissent les liens suivants : une réaction de Dick en général positive au début de la scarlatine devient négative à la convalescence, ou mieux encore, le sérum du malade non neutralisant vis-à-vis de la toxine au début devient neutralisant à la convalescence.

Un sujet à Dick négatif présente en général un sérum extincteur vis-à-vis de l'exanthème ; un sujet à Dick positif présente un sérum inactif ; l'auteur a contrôlé ces propositions au cours d'une cinquantaine de réactions. Il existe cependant des cas douteux où un sérum de sujet à Dick négatif possède un pouvoir extincteur faible ou nul ; ce fait est à rapprocher de ce que l'auteur a appelé dans ses premières recherches les « sérums-limites ».

L'auteur précise les conditions du phénomène de toxi-extinction de l'exanthème qu'il a récemment défini. Il rappelle l'intérêt qu'il y aurait à vérifier qu'un sujet vacciné par la toxine streptococcique présente un sérum extincteur.

Il expose quel parti on peut tirer pratiquement de la toxine streptococcique de Dick dans le diagnostic et le traitement de la scarlatine en dehors de la valeur étiologique du streptocoque.

Il définit à l'occasion de ces recherches la notion plus génerale de *réactivité*.

Enfin il compare les résultats obtenus sur 57 sujets par l'emploi simultané de la réaction de Dick et l'intradermo-réaction de Caronia.

Endocardite maligne à évolution lente. Echec de la thérapeutique par injections intraveineuses de filtrat streptococcique, — MM. *G. Marchal* et *Jaubert* ont observé dans le service du Dr Laubry, une endocardite maligne à streptocoque, traitée sans succès par injections de filtrat streptococcique. L'évolution mortelle a eu lieu en 5 mois, avec fièvre continue à 39°, souffle diastolique immuable à la base, hématuries microscopiques. Deux hémocultures pratiquées au début et à la fin de la maladie, ont isolé un streptocoque non hémolytique.

A l'autopsie, un fragment de végétation valvulaire et le pus d'un infarctus de la rate ont été ensemencés et ont donné le même streptocoque. L'importance anormale des végétations sur les sigmoïdes aortiques et sur la mitrale peut expliquer l'insuccès de la thérapeutique.

Les injections intraveineuses doivent se faire avec une grande prudence, et en graduant le vieillissement des cultures streptococciques destinées à la préparation des filtrats.

M. *Troisier* à propos de l'étiologie de l'endocardite, se demande s'il n'y avait pas un foyer dentaire à l'origine, comme l'ont souvent signalé les Américains.

M. *Laubry* insiste sur les insuccès thérapeutiques dans l'endocardite infectieuse secondaire latente dont le diagnostic bactériologique est fait par l'hémoculture. La thérapeutique par les filtrats suivant la méthode de Besredka, aussi bien que la thérapeutique par les colloïdaux et le trypaflavine restent toujours sans succès. Dans deux cas il a noté la guérison par la trypaflavine, mais dans ces cas heureux la preuve bactériologique n'a pas été faite. Il ne faut pas oublier qu'il existe des cas d'endocardite rhumatismale prolongée qui guérissent spontanément et que dans certains cas on se trouve en présence de streptococcie avec endocardite douteuse.

M. *Lemierre* partage l'opinion de M. Laubry dans les endocardites latentes avec hémoculture positive. Dans un cas la trypaflavine a amené la guérison mais il s'agissait d'une streptococcie avec souffle triscupidien et hémoculture négative.

La guérison spontanée d'une endocardite est très rare, contrairement à l'opinion de Lipmann et dans ces cas la preuve bactériologique n'est pas faite.

M. *Brulé* à propos de quatre cas partage la même opinion.

M. *E. Weill* s'associe aux conclusions de M. Laubry.

M. *Renaud* considère que certaines endocardites peuvent guérir spontanément mais il ne s'agit jamais d'endocardite secondaire infectieuse lente avec hémoculture positive.

M *Sergent* est septique sur les guérisons spontanées en cas d'endocardite infectieuse et considère que l'étiologie dentaire est excessivement rare, si toutefois elle existe. Il critique à ce

propos les travaux américains qui donnent une large place à cette étiologie.

M. *Carnot* a obtenu un cas de guérison avec le sulfate de cuivre ammoniacal dans une endocardite lente, mais il insiste sur le fait que l'hémoculture est restée négative à plusieurs reprises.

Un cas d'anémie pernicieuse aplastique provoquée par le radium. — MM. *Brulé* et *R. Boulin* rapportent l'observation d'une femme qui avait travaillé pendant plusieurs années dans un institut privé de radium ; elle négligeait toute précaution et, particulièrement transportait en province des tubes de radium en les plaçant sur sa poitrine de peur de les perdre. En janvier 1922 elle présentait une dermite éphémère des mains et des avant-bras ; en avril 1922, elle commença à s'anémier et, observée en septembre 1922, elle présentait une hypoglobulie au-dessous de 1 million, avec leucopénie, mononucléose relative, thrombopénie ; il n'existait, dans la formule sanguine aucun signe de régénération. La mort survint trois semaines après l'entrée à l'hôpital sans qu'aucune amélioration puisse être obtenue par le traitement.

On ne retrouve, dans la littérature médicale, que quelques cas d'anémie pernicieuse par radium, mais cette grave affection est probablement plus fréquente qu'on ne le croirait en se reportant aux seuls faits publiés. Il faut certainement pour la produire un contact prolongé et sans précautions avec le radium. L'observation actuelle présente le même type que les observations antérieures : anémie pernicieuse, sans aucun signe de régénération sanguine, évolution rapide et sans rémission vers la mort, en dépit de toute thérapeutique.

M. *Carnot* signale le cas de Dominici.

M. *Fiessinger*, qui a eu l'occasion d'examiner le sang de Dominici, insiste sur les taches pigmentaires observées au point de contact du radium.

M. *Aubertin* considère que dans ces anémies professionnelles il y a destruction progressive de la moelle.

M. *E. Weill* insiste dans les anémies pernicieuses aplastiques professionnelles par le radium ou le thorium sur l'atrophie du testicule et sur les lésions de la rate qui sont celles qu'on observe expérimentalement.

M. *Labbé* considère que l'absence d'éléments de réaction dans le sang n'est pas suffisante pour affirmer l'existence d'une anémie aplastique à propos d'un cas dans lequel la moelle n'était pas détruite.

Un cas de spirochétose ictéro-hémorragique. Absence d'agglutinines spécifiques. Parallélisme entre l'évolution de l'azotémie et la marche de la température. — MM. *De Lavergne* et *Perrier* rapportent un cas de S. I. H. dont l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution, furent classiques. Mais cette observation prête à deux remarques. La première, d'ordre pratique, réside, malgré l'authenticité de la nature spirochétosique de l'affection, dans l'absence d'agglutinines spécifiques dans le sérum du malade. Comme en pratique c'est souvent la seule recherche de laboratoire qui soit effectuée, il est important de connaître la possibilité d'un séro-diagnostic négatif chez les spirochétosiques.

La deuxième, d'ordre interprétatif, montre le parallélisme entre le tracé thermique et la marche de l'azotémie.

Lavergne et Perrier rappellent les travaux de Lemierre et ses collaborateurs sur le rôle hypothermisant de l'azotémie et émettent l'hypothèse que la spirochétose est une infection à fièvre continue dont la chute temporaire s'expliquerait par le rôle de l'azotémie qui fait l'office d'un frein et interrompt le tracé thermique vers son milieu.

Dilatation bronchique séquelle de gangrène pulmonaire à rechute. Lipiododiagnostic. — M. *Cottenot* relatent l'observation et montrent les clichés thoraciques d'une jeune femme qui fit il y a deux ans un foyer considérable de gangrène pulmonaire du lobe inférieur gauche, gangrène embolique, postopératoire. Depuis, elle présenta à plusieurs reprises le syndrome clinique de la rechute, mais sans que jamais les signes physiques, radioscopiques et même radiographiques permissent de préciser la lésion : l'examen était chaque fois complètement négatif. L'injection intercricothyroïdienne de 90 cc. de lipiodol démontra l'existence d'une grosse dilatation bronchique localisée, rétrocardiaque, juxtavertébrale. Il semble donc, qu'alors que le processus de gangrène parenchymateuse finit par disparaître et guérir, il persiste au contraire en se cantonnant sur les bronches et en en détruisant l'armature : c'est là une étiologie vraisemblablement non exceptionnelle de la dilatation bronchique localisée. Le pneumothorax artificiel est la thérapeutique de choix : il a été facilement réalisé chez la malade.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de salicylate de soude en solution glucosée. — MM. *René Bénard, P. Séligmann* et *Chéramy* ont recherché un procédé qui permît d'injecter le salicylate de soude par voie veineuse, en solutions concentrées, sans courir les risques, trop fréquents de chocs ou d'oblitération veineuse. Après divers essais ils se sont arrêtés à une solution contenant le salicylate et le glucose respectivement à la concentration de 10 %. Cette solution, à condition d'employer un salicylate rigoureusement pur, et des solutions fraîchement préparées donne les résultats désirés. Ils ont pu, dans diverses affections pratiquer jusqu'à vingt injections et davantage dans une même veine, sans constater le moindre incident et sans oblitérer la veine.

En ce qui concerne particulièrement le rhumatisme articulaire aigu, ils estiment que cette méthode trouve son indication, non seulement au regard des rhumatismes relativement anciens, et rebelles au traitement par la bouche, en présentant une allure grave. Ils pensent que l'on pourrait avec avantage traiter par cette méthode tous les rhumatismes aigus, dès leur début. Ils ont vu, en effet, certains cas de rhumatismes polyarticulaires, aigus, fébriles, de date récente, céder au bout de deux à trois jours de traitement.

M. *Rist* insiste sur la voie rectale dans la thérapeutique salicylée.

M. *Carnot* déclare que par l'emploi de solutions au 1/20 cc. on n'observe pas d'obturation veineuse et que par la voie intraveineuse 2 grammes de salicylate de soude correspondent à 10 gr. ingérés par voie buccale.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 mars 1925.

Mastopexie par transposition. — M. *Dufourmentel* présente à la Société une jeune femme opérée de ptose mammaire en mai 1924, par le procédé du déplacement sous cutané avec transposition du mamelon. Le résultat est excellent. Il rappelle qu'il a exécuté ce procédé pour la première fois en 1916. Depuis lors, il l'a enseigné à de très nombreux élèves, tant au cours de « Chirurgie restaurative » qu'il faisait de 1919 à 1921 à Saint-Louis, sous la direction du professeur Jeanselme, que dans les « Leçons de Chirurgie cosmétique et réparative » qu'il fait annuellement à Lariboisière et à l'Amphithéâtre d'Anatomie des Hôpitaux, sous la direction du professeur Sébileau.

Gros lipome rétropéritonéal. — M. *Thévenard* insiste surtout sur la distinction à établir entre les tumeurs développées aux dépens de la capsule fibreuse du rein, ou de la capsule graisseuse. Les premières présentent un bien plus grand caractère de malignité qui semble justifier la néphrectomie de parti-pris. Non indiquée dans les secondes. D'où nécessité de l'exploration fonctionnelle des reins, avant l'intervention, lorsque le diagnostic a été porté.

Ostéo-synthèse dans le traitement des fractures compliquées. — M. *Judet* rapporte l'observation d'une double fracture de jambe ouverte avec infection des deux foyers. Opération à la trentième heure, incision large, résection des tissus contusionnés, toilette des fragments. Au niveau du foyer siégeant à la partie moyenne du tibia, contention des fragments avec une plaque de Lambotte ; le foyer inférieur sus-malléolaire est contenu par un plâtre à anse. Suppuration consécutive, mais seulement au niveau du foyer supérieur ; à l'ablation de la plaque — après consolidation — ostéite engainant le métal et le petit

séquestre. Le foyer inférieur a guéri plus simplement. L'A. conclut que pour les fractures compliquées, il faut s'abstenir autant que possible de prothèse perdue. L'A. préfère la prothèse amovible pour laquelle il présente un appareil personnel.

Néphrolithiase bilatérale. Un cas. — *M. Jack Mock.* — Il s'agissait d'un homme malade depuis trois ans. Une première radiographie faite fin 1921 ne montre rien. Une nouvelle, faite en octobre 1924, montre à droite un calcul bouchant l'uretère, à gauche un énorme calcul coralliforme. L'A. fit la pyélotomie à droite, en octobre 1924 et la néphrectomie à gauche, en mars 1925. Il montre l'importance des radiographies multiples, répétées, à intervalle plus ou moins rapproché ; lorsque les phénomènes pathologiques persistent. L'A. insiste sur la technique employée : opération en deux temps et nécessité de commencer par le rein le meilleur. Il montre les avantages de la néphrectomie dans les gros calculs coralliformes, lorsque le rein de ce côté est déficient ou infecté : l'opération est facilitée, il n'y a pas à craindre d'hémorragies primitives ou secondaires et le foyer d'infection disparaît.

Les interventions abdominales au cours de la grossesse. — *M. Péraire* est intervenu douze fois pour des appendicites chroniques, trois fois pour des fibromes pédiculés de l'utérus, deux fois pour des kystes ovariens chez des femmes enceintes de deux ou trois mois. Une fois, la grossesse était de quatre mois. Il relate deux observations, l'une de salpingo-ovarite suppurée avec appendicite aiguë concomitante, et l'autre d'hydrosalpinx à pédicule sept fois tordu. Chez ces deux malades, dont la première était très gravement atteinte, avec température élevée et pus dans la trompe et dans l'appendice, la grossesse suivit son cours normal et l'accouchement se fit dans de bonnes conditions. Sept mois après, nouvelle grossesse se terminant tout aussi bien. Il conclut en disant que la tolérance opératoire de l'utérus contenant un produit de conception est suffisamment prouvée ; mais il faut que les opérations faites de l'utérus ou dans son voisinage soient d'une asepsie absolument rigoureuse.

Broche de bavette extraite par gastrotomie de l'estomac d'un bébé de six mois et demi. — *M. J. Laurence* présente une broche que la radioscopie montrait largement ouverte, dans le bas-fond gastrique, la pointe tournée vers le pylore. Ablation très facile. Suites opératoires des plus simples. La formule classique : « attendre pour intervenir que des radiographies successives aient montré la fixité du corps étranger » est peut-être trop absolue quand il s'agit d'un corps étranger dangereux de l'estomac. L'intervention risque d'être beaucoup plus délicate et plus dangereuse si le corps étranger, après avoir franchi le pylore, vient à se fixer par exemple, dans le duodénum.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du mardi 10 mars 1925.

La transfusion sanguine en médecine vétérinaire. — *M. J. Verge.* — Après avoir étudié minutieusement les méthodes et les indications de l'*hémothérapie* (inoculation dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un animal, du sang d'un individu de même espèce) l'auteur aborde le problème des *transfusions sanguines* inoculation directe du sang d'un donneur dans la veine du receveur).

Il met en lumière la technique, les doses, les indications de la méthode. Il s'attache plus particulièrement aux accidents qui, dans la pratique vétérinaire, peuvent compliquer l'opération. Il montre enfin comment les éviter.

De cette étude, il ressort que la transfusion sanguine est une méthode qui n'a pas encore donné, dans la médecine des animaux, tout ce qu'on en pourrait attendre. Une expérimentation prolongée permettra, seule, de formuler définitivement et la technique la meilleure et les indications de la transfusion du sang.

Présentation d'une chienne dépancréatée depuis 18 mois. — *MM. H Penau et H. Simonnet.* — Les auteurs présentent une chienne ayant subi, le 24 janvier 1924, l'ablation du pancréas en un seul temps. Traitée d'une manière régulière par l'insuline, elle a pu être maintenue en survie elle se trouve actuellement en excellent état de santé. Les remarques que l'on peut tirer de cette expérience sont, principalement : 1° l'influence nettement favorable de l'administration d'hydrates de carbone, concurremment avec les matières protéiques ; 2° l'innocuité des fortes doses d'insuline, même administrées pendant des mois, à condition d'être fractionnées et d'être proportionnées à la quantité d'hydrates de carbone du régime ; 3° le défaut de sensibilisation et surtout d'accoutumance : les réponses obtenues dans les premières semaines sont semblables à celle qui sont obtenues dans les dernières ; 4° la tolérance parfaite aux inoculations répétées ; 5° la possibilité d'intervenir chirurgicalement chez un tel sujet (anesthésie générale et laparatomie).

Les préjugés des médecins et des profanes sur l'origine et le traitement de l'obésité. — *M. Heckel.* — Travail trop long et trop important pour être résumé. (Voir le *Bulletin* de la Société dans la *Revue de Pathologie comparée*).

Métabolisme de base et quotient respiratoire chez les obèses. Importance comparée de ces deux facteurs au cours d'une cure d'amaigrissement. — *M. Faillie*, ayant mesuré au Centre d'études biologiques de Brides-les-Bains annexé à l'établissement thermal, le métabolisme de base de 85 obèses ou gras, arrive aux conclusions suivantes :

1° Que l'utilisation de l'abaque qu'il a communiqué à l'Académie de Médecine le 2 janvier 1924, permet une appréciation plus précise de la surface cutanée et qu'en particulier, elle supprime la différence qui existait jusqu'alors dans les chiffres moyens de métabolisme de bases, pour les hommes et les femmes, fournis par différents auteurs ;

2° Que la plupart des obèses, 65 % environ, ont des quotients respiratoires au-dessous de la moyenne et qu'il faut voir dans ce fait un processus de défense de l'organisme contre l'envahissement des réserves adipeuses ;

3° Que les obèses qui ont un quotient respiratoire haut présentent presque toujours des signes d'insuffisance hépatique, ne détruisent dans ces conditions que parcimonieusement leurs réserves et ne maigrissent, en conséquence, que difficilement.

4° Que les obèses à quotient respiratoire bas sont ceux dont l'amaigrissement est le plus facile à obtenir, même si leur métabolisme est normal.

5° Qu'enfin, la valeur du quotient respiratoire permet donc un pronostic très certain sur des possibilités d'amaigrissement d'un sujet, au cours d'une cure, en même temps qu'une orientation précise du traitement. Cependant, on ne devra pas délaisser la mesure du métabolisme de base qui, dans beaucoup de cas, fera connaître la cause d'une obésité et, de ce fait, fera augmenter considérablement l'efficacité du traitement.

Traitement de l'obésité basé sur les échanges respiratoires — *M. d'Arbois de Jubainville* apporte 65 observations d'obèses dont le traitement, pendant la dernière saison de Brides-les-Bains, a été basé sur les échanges respiratoires pratiqués par M. Faillie. Ceux-ci permettent d'instituer une cure rationnelle de l'obésité.

Le métabolisme basal est un facteur dont l'importance est dépassée par celle du quotient respiratoire, pour établir, d'une part le pronostic de l'amaigrissement au début d'une cure, d'autre part, le genre de traitement à appliquer.

Quand le quotient respiratoire et le métabolisme basal sont abaissés simultanément, l'exercice sera la base de la cure.

Quand le quotient respiratoire est élevé quoique le métabolisme basal soit abaissé, le traitement nécessitera beaucoup de repos, un sujet de cette catégorie, ayant une taille de 1 m. 65, et pesant 95 kilos a perdu, par cette méthode, en 8 semaines, 12 kilos 500.

Méthode à suivre pour connaître les effets des produits opothérapiques administrés par voie buccale. — *M. Félix Regnault.* — L'effet diffère suivant le mode d'introduction : greffe de l'organe, suivant qu'elle réussit ou se résorbe ; injection sous-cutanée d'un extrait ; ingestion buccale ; voie rectale. D'autre part, l'extrait peut contenir plusieurs substances actives : des corps spécifiques, des corps possédant une action en commun avec d'autres organes. Il faut connaître le mode de préparation des extraits et exiger qu'il soit parfait. Ils s'altèrent rapidement. Les organes aussitôt récoltés doivent être mis en glacière de Carrel jusqu'au moment de faire la préparation. Ch. GROLLET.

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de psychiâtrie sociologique, par le Dr Henri DAMAYE. Un volume de 152 pages chez Maloine, Paris, 1924.

Cet excellent volume de M. Damaye complète heureusement deux ouvrages précédemment parus (assistance et clinique hémo-psychiâtriques). A l'heure actuelle, il y a un côté sociologique que présente la pathologie mentale et que beaucoup de traités passent sous silence. Les troubles et les anomalies psychiques sont des facteurs puissants des misères humaines : ils sont la cause de perturbations sociales, qu'il s'agisse des milieux familiaux, scolaires, militaires ou professionnels. L'auteur a sur ces questions des idées très personnelles et très louables : parmi celles-ci je citerai par exemple les considérations sur le catholicisme sur lequel nos mœurs, nos institutions et nos lois sont basées. M. D. indique les avantages et les inconvénients de ces influences. Il ne se contente pas de critiquer, il cherche à fournir la solution des problèmes sociaux en s'occupant de l'éducation infantile, du surmenage scolaire, des erreurs pédagogiques, des fautes, des programmes, etc. Nul doute que cet ouvrage suscite l'intérêt des médecins, des sociologues, en un mot de tous ceux qui ont pour but d'améliorer le sort de l'humanité.

Dr PAUL-BONCOUR.

Mind and medicine. (*Esprit et médecine*), par Thomas W. SALMON. Discours prononcé à la séance d'ouverture du collège de médecine et de chirurgie de l'Université de Colombia, 26 septembre 1923).

Deux hommes, qui recherchent les différentes phases du même processus biologique, sont séparés par un mur invisible mais infranchissable, parce que l'un s'adonne à l'anatomie, à la physiologie et à la chimie biologique et l'autre à la psychopathologie ; ils devraient au contraire étudier, côte à côte, les phénomènes cérébraux et les phénomènes mentaux.

La pratique montre que l'isolement des aliénés est une absurdité d'un autre âge. Il faut ouvrir les hôpitaux aux malades mentaux aussi largement qu'on le fait actuellement pour les malades ordinaires. Les phénomènes psycho-pathologiques sont des problèmes de médecine pure, en fait et non pas par simple hypothèse.

L'enseignement de la psychiâtrie deviendra, comme l'a dit Wilbur, aussi important pour l'étudiant que celui de la fièvre typhoïde, de la variole et du choléra. Les médecins seront tenus de s'intéresser à la somme des réactions humaines mentales, physiques et sociales.

J. LAFONT.

Bretonneau : His life and work (*Bretonneau : sa vie, son œuvre*, par J.-D. ROLLESTON. C. R. de la Société royale de médecine, section d'histoire de la médecine, 1924, volume 18).

Intéressante biographie contenant quelques détails ou anecdotes caractéristiques. Bretonneau avait, dans son ascendance, 15 médecins, chirurgiens ou apothicaires dont René Bretonneau, qui rima l'Esculape François au seizième siècle. Il eut, comme camarades d'études à l'Ecole de Santé de Paris, Dupuytren, Bayle, Récamier, Esquirol et Guersant. D'abord officier de santé, il exerce à Chenonceaux ; puis, docteur en médecine, il est nommé médecin en chef de l'hôpital de Tours Lorsqu'il est devenu célèbre il réunit dans son jardin de Palluau, près de Tours, les personnages les plus connus de l'époque : Guersant, Lasègue, Cruveilhier, Bouillaud, Béranger, de Tocqueville, Lamennais et Mme Récamier. Il se marie deux fois, la première avec une femme plus âgée que lui de 25 ans, la seconde à 78 ans avec une jeune fille de 18 ans, la nièce du grand aliéniste Moreau de Tours. Il meurt en 1862 à l'âge de 84 ans, laissant son nom attaché à la trilogie de la diphtérie, de la dothiénentérie et de la spécificité.

J. LAFONT.

Corot, par Marc LAFARGUE. Un volume in-8°, des *Maîtres de l'art moderne*, 64 pages de texte, quarante héliogravures. Broché : 12 fr. Rieder et Cie, éditeurs.

Le nouveau livre que Marc Lafargue vient de consacrer à Corot n'est pas seulement un résumé précis des renseignements publiés jusqu'ici sur cet admirable maître, c'est aussi le livre d'un homme qui goûte tout ensemble les choses de la peinture et de la poésie.

Ces deux qualités sont précisément celles qui font le prix des œuvres de Corot, lequel eut toujours la plus fine sensibilité de l'œil et du cœur. Les illustrations nombreuses, et choisies, soit parmi les toiles célèbres, soit parmi les toiles moins connues, mais très représentatives, permettront d'apprécier tout à la fois le peintre de paysages et le peintre de figures.

Collections Guillaume Budé. Viennent de paraître : *Collection des Universités de France.*

Odyssée. — Par M. V. Bérard, directeur d'études à l'école des Hautes-Etudes, Tome II. Chant VII-XV : 25 fr.

Introduction. — Tome II. Le poème représenté (fin). Le poème édité : 25 fr.

Aristophane. — Les Guêpes. La Paix, par MM. V. Coulon, professeur au Lycée de Strasbourg, et Van Daele, professeur à l'Université de Besançon : 18, 10, 11 fr.

St-Cyprien. — Correspondance. Tome I, par M. Bayard, professeur aux Facultés Catholiques de Lille : 12, 7, 8 fr.

Sénèque. — Théâtre I. Hercule furieux. Les Troyennes. Les Phéniciennes. Médée. Phèdre. Texte établi et traduit par L. Hermann, lecteur à l'Université d'Amsterdam : 20, 11, 12 fr.

Cicéron. — Divisions de l'art oratoire. Topiques. Texte établi et traduit par M. H. Bornecque, professeur à l'Université de Lille : 12, 7, 8 fr.

Cicéron. — Discours. Tome IV. Texte établi et traduit par M. de La Ville de Mirmont (en collaboration avec M. J. Martha, professeur honoraire à la Faculté des Lettres de Paris) : 14, 8, 9 fr.

Ces prix s'entendent : texte et traduction, traduction seule, texte seul.

La Société d'édition « Les Belles Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris (VIe).

Larousse mensuel illustré. Numéro d'avril. La seule revue véritablement encyclopédique, embrassant toutes les manifestations de la vie contemporaine. Le numéro, contenant 28 articles sur la littérature, les arts, les sciences, la politique, l'histoire, la géographie, l'économie politique, l'industrie, etc. etc., 66 gravures et 3 cartes. Prix : 3 fr. Abonnement d'un an : France : 32 fr. Etranger : 38 fr. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 3 fr. Abonn. : 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mars 1925 : M. Marion : L'agriculture et les classes rurales aux XVII et XVIIIe siècles (IV). — F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (V). — P. Cloché : L'Italie (III). — G. Ascoli : Voltaire (X). — P. Berger : Les poètes anglais de l'époque victorienne (XIX). — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son « Journal » (XI). — M. Saint-Léger : Lille et la Flandre au XIVe siècle. — P. Francastel : Le portrait florentin de Botticelli à Bronzino.

Le Peintre Graveur illustré par Loys Delteil, 2, rue des Beaux-Arts, Paris 6. En souscription : tomes XX à XXIX consacrés à Honoré Daumier.

Contenant la biographie et le portrait du Maître, le catalogue raisonné de son œuvre lithographié, avec le fac-simile de toutes les pièces décrites, la nomenclature et la description des états et des tirages, l'indication des collections publiques et privées possédant les pièces les plus belles et les plus rares de H. Daumier, ainsi que les prix atteints en vente publique depuis 1871 jusqu'à nos jours.

10 volumes in-4 renfermant un ensemble de quatre mille reproductions.

60 exemplaires numérotés, sur papier du Japon, souscrits.

1.000 exemplaires sur papier vélin, à 100 fr. le volume, soit pour les 10 tomes 1000.

Cet ouvrage est indispensable, non seulement aux amateurs d'estampes et aux bibliophiles, mais aussi aux collectionneurs et marchands de tableaux, car il permettra, par l'examen des illustrations, de rejeter quantité de dessins donnés comme authentiques, et qui ne sont en réalité que des copies souvent médiocres, des lithographies du maître.

Avis important : A l'apparition des 2 premiers tomes — c'est-à-dire le 20 juin 1925, — **les exemplaires restant à souscrire seront portés, à 1.200.**

Les deux premiers tomes paraîtront le 20 juin 1925 et les suivants seront publiés à des dates très rapprochées. L'ouvrage sera terminé en décembre 1926.

Volumes précédement parus : TOME I : Millet, Rousseau, Dupré, Jongkind. — TOME II : Ch. Meryon. — TOME III : Ingres, Delacroix. — TOME IV : A. Zorn. — TOME V : J. B, C. Corot. — TOME VI : Rude, Barye, Carpeaux, Rodin. — TOME VIII : E. Carrière — TOME IX : E. Degas. — TOMES XXI : H. de Toulouse, Lautrec, — TOME XII : G. Leheutre (TOMES I à XII : *Epuisés*). — TOME XIII : C.-F. Dauvigny (125 et 75 fr.). — TOMES XIV-XV : Fr. Goya, *épuisés*. — TOME XVI : J. F. Raffaelli (100 fr.). — TOME XVII : C. Pissorro, Sisley, Renoir, *épuisés*. — TOME : XVIII : Th. Géricault (60 fr.).

Volumes en préparation : TOME XIX : Leys. H. de Braekeleer, Ensor. — TOMES XX à XXIX : H. Daumier. — TOME XXX : J. Frelaut. — TOMES XXXI-XXXII-XXXIII : J M. N, Whistler. — XXXIV : Prudhon, Chassériau, Puvis de Chavannes, Gust-Moreau, etc.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

L'Œdème : Etude expérimentale et clinique, par le Dr J. LE CALVÉ, 1 vol. 648 p. 36 fr. (Masson).

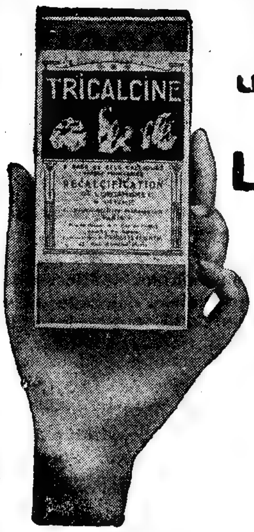
Pathogénie des calculs biliaires et indications opératoires, d'après des recherches opératoires et des observations cliniques, par THORKILD ROVSING, traduit par le Dr St-Cène, 1 vol. 126 p. 20 fr. (Masson).

Théorie des vitamines et ses applications : Essai de vitaminologie, par J. LORENZINI, 1 vol. 92 p. 8 pl. hors texte. 8 fr. (Masson).

La Conductibilité électrique du corps humain, par André STROHL. 1 vol. 132 p. 18 fig. 8 fr. (Masson).

Théorie colloïdale de la vie et de la maladie, par Auguste LUMIÈRE in-8. 48 p. (Imp. Sézanne, Lyon).

Nos Médecins, roman, par Maurice DUPLAY, in-18, 7 fr. 50 (Fayard).



Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 16. Le Numéro : 50 Centimes 18 AVRIL 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

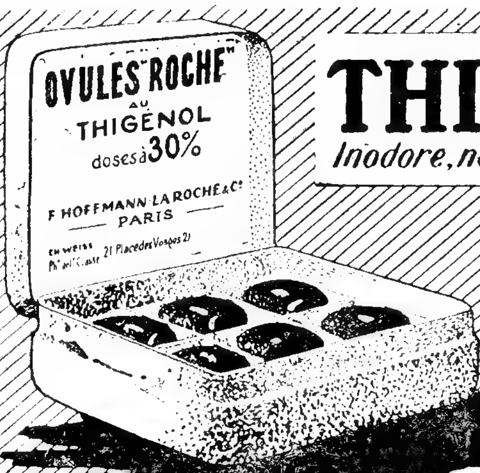
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie............ 40 fr.
Union postale................ 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE


OVULES ROCHE
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS


Thigénol Roche



NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 20 *avril.* — M. BONNET (L.) La rétention d'urine dans les fibromes utérins. — M. TROCHU (F.). Etude des cholécystites gangréneuses.

21 *avril.* — Mlle KAPLAN (M.). La biopsie dans le cancer de l'utérus. — M. ZUBER (J.). Du rôle de la rupture prématurée des membranes dans l'infection des suites de couches. — M. CHARVAT (R.). Des néphrites œdémateuses de l'enfance. — M. KARTOUZOU (G.). Sur la catatonie.

Thèses vétérinaires. — M. MONNERAT. La broncho-p neumonie chez les chiens. — M. NEAU. Coprologie et helminthiase intestinale chez le cheval.

Légion d'Honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de Chevalier.* — M. le docteur Neveu-Lemaire, chef de travaux à la Faculté de médecine de Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Coutela, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Au grade de Chevalier. — MM. les docteurs Coiffier (du Puy), Delsouiller, (de Montignac), Marty (de Perpignan), Massacré (de Selles-sur-Cher), Merger (de Chaumont), Prunier (de Paris), Raynal (de Marseille), du Souich (de Pau), Tintrelin (de Troyes), Vigneron d'Heucqueville (de Paris).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Montagne, chef de service au ministère des Pensions.

Le XVIIe congrès russe de chirurgie aura lieu à Leningrade entre le 26 et le 31 mai 1925. Ses travaux se poursuivront en même temps que ceux du Congrès de thérapie, pour permettre la discussion des sujets qui intéressent à la fois les chirurgiens et les représentants de la médecine générale.

La question principale à l'ordre du jour s'occupe du traitement de l'ostéomyélite infectueuse aiguë et de ses suites (rapporteur : F. N. Krasnobaïev). Dans les séances qui réuniront les membres des deux Congrès, on étudiera la clinique et la chirurgie du système nerveux végétatif (rapporteurs : S. D. Pletnev, S. P. Fedorov et E. R. Hessé).

Parmi les autres problèmes qui seront abordés on doit en mentionner, vu leur importance, un certain nombre qui touchent l'endocrinologie. Le professeur V.-A. Oppel commencera les débats par un exposé sur les transplantations des glandes à sécrétion interne.

Société d'hydrologie et de climatologie de Nancy et de L'Est. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu vendredi 22 et samedi 23 mai 1925.

La séance sera suivie d'une visite des Brasseries de Champigneulles.

Adresser les communications avant le 20 avril au Secrétaire, M. le Dr Louis Mathieu, 27, rue des Tiercelins, Nancy.

Conférences sur les maladies du système nerveux. chaque mercredi, à 10 h. 1/4, salle Gérando, à l'hôpital Tenon (pendant le second trimestre de l'année 1925 à partir du 29 avril) par le docteur Cl. Vincent.

Consultations tous les samedis à 10 h. pour les maladies du système nerveux (salle Gérando, hôpital Tenon), par le docteur Cl. Vincent.

IIe Congrès médical franco-polonais. — Le IIe Congrès médical franco-polonais, dû à l'initiative de la Société médicale franco-polonaise de Varsovie et du Comité médical franco-polonais de Paris affilé à l'Association France-Pologne, aura lieu à Paris en avril, 1925, sous le patronage des plus hautes personnalités médicales.

En 1921, le 1er Congrès médical franco polonais a eu lieu à Varsovie. Les médecins français y ont reçu un accueil enthousiaste, ils ont pu faire à l'occasion du Congrès un voyage du plus haut intérêt dans les principales villes de Pologne.

Le IIe Congrès fournira aux médecins polonais l'occasion de prendre un contact intime avec la France. Au point de vue scientifique, il sera une occasion de faire connaître chez nous les travaux et recherches des médecins polonais, en même temps qu'il permettra à ces derniers de mieux connaître la richesse et la variété des ressources médicales de la France. Le Congrès sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Strasbourg, Nancy.

Le secrétaire général est le docteur Hufnagel, 10, rue Freycinet, à Paris (16e), auquel on est prié de s'adresser pour tous renseignements.

Service de santé. — Liste des médecins et pharmaciens aides-majors qui doivent accomplir, à l'école d'application du service de santé militaire, un stage de novembre 1925 à juillet 1926.

Médecins aides-majors de 1er classe. — MM. Canis, Gélard, Chaville, Sauvaget, Jacob, Schneider, Bousquet, Fulerand.

Médecins aides-majors de 2e classe. — MM. Levet, Sautriau, Giorgi Luiggi, Thabourin, Farjot, Lanet, Figuière, Vuillaume, Gallois, Willemin, Noyer, Perrin, Zumbiehl, Finance, Charbonnier, Robin, Provost, Jaulmes, Gélis, Bolzinger, Mercier, Debenedetti. Germain, Estival, Pascal, Reissier, Vidal, Mazeyrie, Silie, Roucaute, Jabot, Lachaize, Jammes. Brousses, Bellet, Chauzy, Maulin, Passager, Party, Peyré, Broussolle, Tricoire, Dinichert.

Pharmaciens aides-majors de 1re classe. — MM. Legrand, Charnot.

Pharmacien aide-major de 2e classe. — M. Accoyer.

Ces aides-majors devront se présenter à l'école d'application du service de santé le 3 novembre 1925, à huit heures ; ils seront rayés à cette date des contrôles de leur hôpital.

Centenaire de Charcot, et vingt-cinquième anniversaire de la Société de neurologie de Paris. — Le programme des fêtes commémoratives est fixé de la manière suivante :

Lundi, 25 mai, à 9 heures, réunion neurologique internationale annuelle à l'Amphithéâtre Charcot, clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière. Discussion des rapports sur la *Sclérose latérale amyotrophique*.

A 15 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, suite de la discussion sur la sclérose latérale amyotrophique.

Mardi, 26 mai à 9 heures, séance exceptionnelle de la Société de neurologie et commémoration de son 25e anniversaire, 12, rue de Seine. Discours de M. le Professeur Guillain. Communications neurologiques des membres correspondants étrangers et des invités de la Société.

A 15 heures, séance de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte. Eloge de Charcot par M. le professeur Pierre Marie.

A 21 heures, séance au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en

présence de M. le Président de la République, sous la présidence de M. Justin Godart, Ministre du Travail et de l'Hygiène.

Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire. — Adresses des délégués officiels des Gouvernements étrangers. — Allocutions de M. le Doyen de la Faculté de Médecine, des représentants de l'Académie des Sciences, de l'Académie de Médecine, de l'Institut Pasteur, de la Société de Neurologie, de la Société de Biologie, de la Société anatomique, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Mercredi, 27 mai, à 9 heures, visite officielle de la clinique Charcot et de la Salpêtrière.

Suite de la Réunion neurologique à l'amphitéâtre de l'Ecole des Infirmières, à la Salpêtrière. Discussion des rapports sur la *Migraine.*

A 15 heures, suite de la discussion sur la migraine.

A 20 heures, banquet, sur invitation, au Palais d'Orsay

Jeudi, 28 mai, à 17 heures, réception par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, à l'Hôtel de Ville, des neurologistes assistant au Centenaire et des membres du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes.

Amphithéâtre d'Anatomie. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, Directeur des travaux scientifiques.) *Avis.* — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (*chirurgie de l'appareil oto rhino-laryngologique*), en dix leçons, par MM. les Docteurs Paul THUFFERT, Henri P. CHATELLIER, Pierre WINTER, Pierre CORNET, commencera le lundi 11 mai 1925, à 14 heures et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — I. Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Trépanation mastoïdienne. — II. Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — III. Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (trombophlébites. méningites, abcès encéphaliques et periencéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — IV. Résections sous-muqueuses du septum nasal. La chirurgie du spénoïde. — V. Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoide. Les rhinotomies. — VI. Chirurgie du sinus maxillaire. Resections des maxillaires. — VII. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales. — VIII. Les voies d'accès vers l'isthme du gosier et le carrefour aérodigestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — IX. La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — X. La broncho-œsophagoscopie.

— Un cours hors série d'opérations chirurgicales (*chirurgie d'urgence et de pratique courante*), en dix leçons, par M. le Docteur Jean BRAINE, prosecteur, commencera le lundi 4 mai 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. Les auditeurs répèteront individuellement les opérations. Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du Cours. I. Traitement des plaies : excision, suture primitive et secondaire, suture des tendons et des nerfs. Plaies des vaisseaux. Découverte large des vaisseaux profonds. — II. Suppurations des membres : panaris, phlegmons de la main et de l'aiselle. Phlegmons diffus. Arthrites suppurées. Traitement de l'ostéomyélite aiguë, de la gangrène gazeuse. — III. Fractures compliquées des membres : traitement conservateur, amputations, ostéosynthèse. Plaies articulaires. Les amputations dans la pratique. — IV. Fractures du crâne : trépanations, opération de Cushing. Plaies du poumon, plaies du cœur. Pleurésies purulentes. — V. Traitement des hernies étranglées crurales, inguinales, ombilicales. Gangrène herniaires. Hernies par glissement — VI. Traumatismes de l'abdomen : sutures, résections et anastomoses intestinales, splénectomie, plaies du foie. Plaies thoraco-abdominales : la thoraco-phréno-laparotomie. — VII. Gastrostomie. Gastro-entérostomie. Traitements des péritonites aiguës : appendiculaires, par perforation des ulcères gastroduodénaux, par cholécystite. — VIII. Les occlusions intestinales : entérostomie, fistule cœcale. Colostomie temporaire et définitive. Invagination. — IX. Infiltration d'urine, abcès de la prostate. Ruptures traumatiques de l'urètre. Cystostomie, urétrorraphie. X. Colpotomie. Hystérectomie vaginale. Hématocèles pelviennes. Traitement des abcès, des adénomes et du cancer du sein.

Journées médicales parisiennes. — Un Comité vient de se constituer sous les auspices de la Revue médicale française, pour organiser à la fin du mois de septembre 1926 des *Journées Médicales Parisiennes*, suivant l'heureuse formule qui a donné à Bruxelles de si brillants résultats.

Le Comité s'adresse aux médecins praticiens français et étrangers et se propose, grâce à la collaboration des professeurs de la faculté de médecine, des chefs de service des hôpitaux et des chefs d'établissements d'enseignement privé, de leur donner les moyen de s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et des thérapeutique.

Le professeur Balthazard a été désigné pour remplir les fonctions de commissaire général et le docteur Dujarric de la Rivière celles de secrétaire général.

Nécrologie. Dr Georges Moreau. — Dr Crettiez Stéphane. — Dr Beauvisage. — Dr Ch. Zimmer.

TRAVAUX ORIGINAUX

Etat actuel du traitement des tuberculoses par les chimiothérapies anti-lépreuses.

Par M. POMARET.

Ancien Chef de laboratoire de la Faculté à l'Hôpital St Louis
Membre de la 3e Conférence Internationale de la lèpre.

Considérées du seul point de vue bactériologique, la lèpre et la tuberculose sont étroitement apparentées; le bacille de Koch et le bacille de Hansen sont l'un et l'autre munis d'une carapace ciro-graisseuse et de ce fait présentent un caractère commun, celui de l'acido-alcoolo-résistance ; de plus, bien que déterminant des affections très différentes et par leur signes et par leur évolution, l'un et l'autre de ces deux bacilles provoquent cependant dans l'organisme quelques réactions communes sur lesquelles ont insisté les nombreux auteurs qui ont essayé chez le tuberculeux les médications antilépreuses.

C'est un fait bien connu que le hansénien comme le tuberculeux, est profondément modifié quant à son métabolisme des matières minérales, comme ce dernier il se déminéralise par calciurie, et récemment M. P. Ferrier (1) vient de faire connaître les bons résultats de sa méthode récalcifiante appliquée à 11 malades lépreux.

De plus dans la tuberculose de même que dans la lèpre, le taux de la lipase sanguine est considérablement diminué ; ces faits nous sont connus par les travaux de Noël Fiessinger et P. L. Marie (2), E. Bossan (3) etc pour la première de ces affections et par ailleurs les belles recherches de Pisniatchewsky, de Grinew (4), ont mis en évidence que chez les individus sains la moyenne du pouvoir lipasique est de 13 à 14 et qu'elle peut tomber à 2,5 dans les cas de tuberculose grave. Pareillement dans les lèpres nodulaires avancées l'activité lipasique du sang tombe d'après Sir L. Rogers (5) jusqu'à 1/4 et même 1/10e de la normale. A ces faits cliniques, l'expérimentation est venue apporter un sérieux appoint pour montrer à la lumière des travaux de Nina Koschneff (6), que l'injection de bacilles tuberculeux tués à des cobayes détermine un abaissement considérable du pouvoir lipasique.

De tout ceci, il apparaît donc que le lépreux et le tuberculeux, non seulement se déminéralisent, mais sont encore semblablement en état de déficience quant à l'une des plus importantes réactions de défense de l'organisme vis-à-vis d'infections ayant ce caractère commun et capital d'être déterminées par des bacilles acido résistants qui se défendent remarquablement contre l'action des lipases sanguine et cellulaire en raison de leurs enveloppes ciro-graisseuses d'une part, et de leur évolution d'autre part dans des organismes à activité lipasique déficiente, et c'est même ainsi que s'expliquerait d'après A. Calmette (7) la très grande sensibilité du cobaye à l'infection tuberculeuse et à notre avis l'échec des traitements préventifs et curatifs notamment par le gynocardate, signalé par Max Biesenthal (8), Leuret (9), dans la tuberculose expérimentale de cet animal qui se montre 4 fois plus pauvre en lipase que le chien et l'homme.

Dans l'infection tuberculeuse comme dans la lèpre, la lutte entre le parasite et l'organisme s'établit entre la carapace ciro-graisseuse et la lipase humorale et l'on ne peut concevoir l'action favorable des phagocytes qu'après dissolution de l'enveloppe cireuse du bacille mettant en liberté les antigènes intra-cellulaires, qui à leur tour suscitent une immunité active de l'organisme contre l'infection. Telle est la conception de Sir Léonard Rogers (10) sur le mécanisme de défense dans les infections à bacilles acido-résistants, infections contre lesquelles il n'y a pas de lutte possible sans ce qu'il désigne très simplement « *Dégraissement du bacille in vivo* ».

Etant donnés ces faits biologiques primordiaux, de multiples tentatives ont été faites il y a quelques années par de nombreux expérimentateurs, notamment A. Calmette, C. Guérin (11), Métalnikoff (12) en vue d'accroître la puissance lipasique du sérum d'animaux tuberculeux, par des injections de graisses neutres, de lécithine, de lipoïdes ; toutes ces recherches, qui ne sont pas sorties du cadre expérimental, n'ont abouti comme le relate A. Calmette, qu'à un échec complet.

Par contre dans la lèpre humaine, affection pour laquelle aucune expérimentation à l'animal n'est possible, hormis la lèpre du rat, si bien étudiée par E. Marchoux (13), les faits cliniques nous apportent des résultats très différents et tout à l'avantage de la thérapeutique que E. Bossan (*loco citato*) a si bien qualifiée de Lipasothérapie ; aussi allons-nous nous étendre quelque peu sur ce sujet pour montrer que toutes les graisses ne sont pas également aptes à augmenter *in vivo* le pouvoir lipasique et que certaines d'entre elles, en raison même de leur constitution chimique spéciale, doivent posséder ce pouvoir au plus haut point, ce qui découle de leur activité particulière dans la lèpre.

La chimiothérapie chaulmoogrique.

L'usage de l'huile de chaulmoogra (A), qui se présente plus exactement sous la forme d'un beurre, était aux Indes d'un usage immémorial dans la lèpre. Introduite en Europe en 1857 par E. Monet, elle fut pendant de longues années employée comme topique externe d'une part, et par voie buccale d'autre part, puis enfin on en vint à l'utiliser par voie intra-musculaire. Nous n'avons pas l'intention de rapporter ici les étapes successives du traitement par injection de cette huile sous la forme de préparations diverses utilisées par Tourtouris Bey (1899) (14), L. Roux, (15) 1890, Brocq et Pomaret 1911 (16), E. Jeanselme 1911 (17), Bercovitz 1917 (18), Marchoux, et, plus récemment par Kensuké Mitsuda, Robineau (1923) (19), car le seul point essentiel à retenir qui se dégage de cet ensemble de travaux, est que l'huile de chaulmoogra et surtout ses éthers éthyliques, introduits dans la thérapeutique par Holmann et Dean (20) des îles Hawaï, possèdent une activité indiscutable sur laquelle ont insisté de nombreux auteurs à la dernière Conférence internationale de la lèpre (Strasbourg 1923), notamment Sir L. Rogers, M. M. Lie de Bergen, Mitsuda, Aparecio, Ricardo Parra, Jorge Santos, Rabello et Isaac Vernet. Gougerot etc. (21) et il suffira de se reporter aux très impressionnantes photographies publiées par Kensuké Mitsuda (B), pour juger des effets de l'huile de chaulmoogra dans la

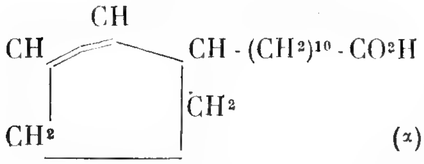
(A). L'huile de chaulmoogra vraie est obtenue par expression des semences du Taraktogenos Kurzii, arbre de 12 à 15 mètres de haut, de la famille des Bixacées, originaire du Laos : A. Chevallier. Origine botanique de l'huile de Chaulmoogra. (*Revue de Botanique appliquée et d'agriculture coloniale*, 1922). D'après des renseignements qui nous ont été communiqués par le Dr Hostabrich, une autre variété d'huile de chaulmoogra, fournie par un hydnocarpus cambodgien, le Krabao, à l'heure actuelle expérimentée à Pnom Penh par le Dr Menauxesous forme d'éthers éthyliques, se montrerait encore plus active que celle du Taraktogénos Kurzii

(B). KENSUKÉ MITSUDA. — Efficacité de l'huile de chaulmoogra. 3e Conférence Internationale de la lèpre. (Comptes Rendus. P. 263 à 271. Baillière et Fils, Editeurs.)

lèpre, quand elle est employée aux doses et pendant le temps qui conviennent.

Comment expliquer cette activité ? Il est d'abord un fait, en tant que matière grasse, d'origine végétale, cette huile est un produit que l'on peut qualifier d'exception- en ce sens que les acides chaulmoogrique et hydnocar, pique qui la caractérisent.

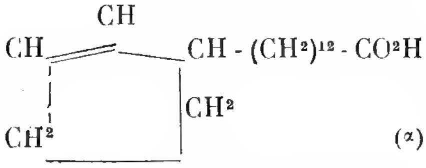
ACIDES CYCLIQUES.



F. 59-60°

(α) D. 62°1

(Acide Hydnocarpique)



F. 68°

(α) D. 68°1

(Acide Chaulmoogrique)

sont des acides cycliques non saturés, à cinq atomes de carbone qui dérivent du cyclopentène et se montrent actifs sur la lumière polarisée. Ils diffèrent donc considérablement des acides gras ordinaires. En partant des huiles de chaulmoogra brutes on réalise des produits dérivés plus actifs et plus maniables, les plus simples, le gynocardate et l'hydnocarpate de soude utilisés par Sir L. Rogers (solution à 3%), en injections sous cutanées et même intra-veineuses. *In vitro* ces produits se montrent cent fois plus toxiques que le phénol vis-à-vis des bacilles acide résistants et les tuent par conctact prolongé en milieu liquide à la température du corps à la dilution de 1/100.000ème (S. Rogers.) (A). Des expériences du même ordre faites par Walker et Sweeney (22), O, Schwolb (23), montrent que l'huile de chaulmoogra et ses dérivés exercent *in vitro* sur la croissance du bacille tuberculeux une action inhibitrice marquée et spécifique, en fonction de la teneur en acides gras optiquement actifs qui se manifesterait même à des dilutions de l'ordre du millionième (Walker et Sweceney).

Par ailleurs A. Schaw Mackensie (24) a observé que l'addition de sels d'acides gras (gynocardate de soude, morhuate de soude) à l'extrait pancréatique accélère l'action de la lipase sur une émulsion d'huile d'olive et d'après cet expérimentateur ces préparations n'agissent que par lipolyse suivant le mécanisme que nous avons décrit plus haut, et de tait cliniquement le gynocardate le morhuate de Sir L. Rogers donnent dans la lèpre sensiblement les mêmes résultats, bien que le morhuate soit inactif *in vitro*. Ce dernier produit est obtenu en partant de l'huile de foie de morue, huile caractérisée par la présence d'*acides gras monoéthyléniques* (acides zoomariniques, oléique, gadoléique, érucique), des *acides fortement non saturés tétra et pentaéthyléniques* (acide thérapique de Heyerdahl, acide arachidonique, acide clupadonique (B). *In vivo* le morhuate se comporte donc comme le gynocardate parce qu'ayant l'un et l'autre pour base des acides fortement non saturés, bien que d'architecture moléculaire différente, telle est à l'heure actuelle l'opinion de Sir L. Rogers qui les a introduits dans la thérapeutique. Mais à la préparation simple, que représentent le morhuate de soude qui ne peut s'injecter qu'à très faibles doses et en solution étendue, et qui de plus a l'inconvénient de donner lieu à des réactions locales douloureuses et à de vives réactions générales, on en est venu à lui substituer l'*éther éthylique* des acides *morhuiques*, préparation correspondant à celle obtenue dans les mêmes conditions avec l'huile de Chaulmoogra.

Personnellement, je crois avoir été le premier en France à réaliser la préparation de ces éthers en vue de leur application thérapeutique et c'est ainsi que dès 1922, j'avais organisé, au laboratoire de la Faculté, à l'hôpital St-Louis, la fabrication des premiers éthers-éthyl-chaulmoogriques suivant la technique Hollmann-Dean. Par la suite j'ai préparé l'éther-éthyl-morhuique et enfin un éther mixte chaulmoogro-morhuique dont MM. Pernet et Minvielle font depuis bientôt un an l'application clinique chez des tuberculeux dans le service du Dr Lion à l'hôpital de la Pitié, et dont ils viennent de faire connaître les premiers résultats cliniques (25), récemment MM. G. Caussade, A. Grigaut et A. Tardieu viennent aussi d'attirer l'attention du corps médical par une étude pharmacologique du morhuate d'éthyle.

Composés chaulmoogriques et morhuiques. Leurs propriétés.

De notre revue générale de la question de l'application à la thérapeutique des affections à bacilles acido-résistants, des corps gras et mieux de leurs dérivés, il ressort que l'évolution de la *lipasothérapie*, œuvre de divers expérimentateurs, la plupart spécialisés dans la chimiothérapie anti-lépreuse, s'est faite en allant du simple au composé, en partant des huiles pour passer aux savons sodiques et enfin aux éthers éthyliques, sur lesquels la nouvelle thérapeutique ici étudiée semble devoir se fixer pour longtemps.

De même qu'en arsénothérapie, l'évolution s'est faite en allant de l'atoxyl aux arsénobenzènes, c'est-à-dire vers des corps de plus en plus actifs et moins nocifs, de même en lipasothérapie, le passage des huiles simples aux éthers s'est fait, parce que sous cette dernière forme, l'activité thérapeutique augmente par suite d'une plus grande diffusibilité *in vivo*. De plus ces éthers, dont la dose tolérée par kilogr. d'animal est très grande, sont pratiquement atoxiques et qu'enfin utilisés en préparations convenables, ils ne donnent lieu à aucunes réactions inflammatoires douloureuses, ni aux réactions générales qui caractérisent les injections de sels sodiques d'acides gras.

La préparation des éthers d'acides gras est relativement facile, c'est ainsi que l'on peut passer directement de l'huile aux éthers sans saponification préalable par la méthode de Boulay (27), qui est une application de la méthode générale de Haller, l'alcoolyse (28), ou bien encore dans un premier temps on saponifie les huiles et on libère ensuite les acides gras que l'on transforme secondairement en éthers par l'alcool éthylique absolu, en présence d'acide chlorhydrique gazeux, procédé de Hollmann et Dean finalement les éthers obtenus sont lavés pour les débarrasser de toute trace d'acidité. Ces produits se présentent sous la forme de liquides colorés, acajou plus ou moins foncé, d'odeur vive et pénétrante ; distillés dans le vide ils passent totalement incolores, mais comme l'a bien fait remarquer Pareiras Horta (29), cette opération en diminue

---

(A). Sir L ROGERS, — Comptes Rendus 3ème Conférence Internationale de la lèpre, page 286.

(B) E. ANDRÉ. — L'huile de foie de morue (*Bull. Sc. Pharm.*, nos 5 et 6, mai-juin 1923.)

l'activité thérapeutique, sans aucun doute par perte des éthers les plus volatils, aussi conseillons-nous l'usage des éthers totaux non distillés.

Ceci nous amène à expliquer que sous les qualificatifs d'*éther chaulmoogrique*, d'*éther-morhuique*, employés par les léprologues, il faut entendre non pas une entité chimique simple constituée par un seul corps, mais le mélange d'autant d'éthers-éthyliques, qu'il y a d'acides gras dans l'huile qui a servi de base à la préparation. Sans doute peut-on à l'aide de la distillation fractionnée séparer chacun de ces éthers en raison de leurs points d'ébullition différents, et les caractériser par leur indices d'iode, de saponification ; d'énormes travaux ont été faits sur cette question, notamment par Al. Dean, Richard Wrenschall, mais il n'y a à cela aucun avantage, chacun des produits de fractionnement, employé isolément, s'étant montré moins actif que les éthers éthyliques totaux.

Pour notre part, dans nos recherches chimiothérapiques sur ces questions, qui ont été succinctement passées en revue par MM. Pernet et Minvielle dans une première communication sur le sujet (Soc. Méd. Hôp., Paris, 9 janvier 1925), nous avons utilisé successivement :

a) Gynocardates et morhuates de soude en solution à 10 % ;

b) Ethers-éthyl-chaulmoogriques bruts d'une part, et distillés d'autre part ;

c) Mélanges d'éthers-éthyl-chaulmoogriques et benzyl-chaulmoogriques ;

d) Ethers-éthyl-morhuiques totaux ;

e) Enfin depuis près d'un an, nous avons adopté une préparation obtenue par éthérification en un temps d'un mélange à parties égales d'acides chaulmoogriques et morhuiques totaux et dissolution des éthers-éthyliques ainsi obtenus dans de l'huile de foie de morue cholestérinée à 2 %, la cholestérine nous paraissant favoriser l'absorption du produit au niveau des tissus en raison de son pouvoir hydrophile.

Le principe actif est en somme un éther mixte chaulmoogro morhuique, un *chaulmorhuate-d'éthyle* dans un véhicule huileux contenant les vitamines A liposolubles de l'huile de foie de morue, dont on connaît l'action eutrophique qui, se surajoutant à celle de l'huile elle-même, régularise le métabolisme des matières minérales si profondément vicié, aussi bien chez le lépreux que le tuberculeux, en un mot l'injection de l'huile de foie de morue agit en quelque sorte comme anti-déminéralisante.

Application clinique des médications chaulmoogriques et morhuiques dans les tuberculoses.

L'idée de l'application des thérapeutiques anti-lépreuses à la tuberculose est déjà ancienne et c'est ainsi que dès 1888. M. G. Lion, ayant eu connaissance des heureux résultats obtenus dans la lèpre avec l'huile de chaulmoogra, eut l'idée de l'essayer en ingestion chez les tuberculeux. Il dut abandonner ce médicament en raison des troubles digestifs qu'il occasionnait.

Il essaya sans succès d'obtenir à cette époque des préparations injectables de chaulmoogra et en 1916, il reprit ses essais avec l'huile de chaulmoogra colloïdale en pratiquant des injections sous-cutanées, intra-musculaires et surtout intra-veineuses.

Les injections sous-cutanées et intra-musculaires furent bien tolérées, les injections intra-veineuses déterminèrent des réactions violentes à la façon des métaux colloïdaux. Elles parurent dangereuses chez les malades présentant des lésions cavitaires étendues. Au contraire elles amenèrent chez les sujets à lésions encore peu avancées une amélioration manifeste se traduisant par la diminution de la toux et de l'expectoration, l'amélioration de l'état général, la diminution du nombre des bacilles. Ces expériences ne purent être poursuivies en raison de l'impossibilité qu'il y eut à suivre à cette époque les malades un temps suffisant dans un service hospitalier.

Par ailleurs, dès 1916, Sir L. Rogers qui utilisait déjà les gynocardates et morhuates dans la lèpre, en fit l'essai dans la tuberculose et signala (30) avec les injections intra-veineuses ou sous-cutanées de ces produits, la guérison de 17 cas de tuberculose ganglionnaire, mais conclut qu'en raison des réactions fébriles observées, leur application semblait difficile dans la phtisie.

Un auteur espagnol, J. Hernandez (31), se basant lui aussi sur les similitudes biologiques des bacilles de Koch et de Hansen, traita six cas de tuberculose pulmonaire par l'huile de chaulmoogra. Dans le premier il ne se produisit qu'une amélioration momentanée, dans le second le traitement ayant été interrompu, on ne put conclure, dans le troisième et le cinquième cas grande amélioration persistante ; d'une façon générale l'action du médicament se traduisait par une amélioration de l'état général, et, surtout une augmentation de l'appétit, une disparition ou une diminution de la fièvre, et, dans certains d'entre eux, une disparition des bacilles dans les crachats.

A l'époque ou les éthers-éthyl-chaulmoogriques entrèrent dans la pratique courante pour la lèpre, N. Aronstam (32) eut l'idée de les utiliser dans certaines lésions cutanées tuberculeuses, notamment dans l'érythème induré de Bazin, les tuberculides papulo-pustuleuses Var. folliclis et conclut que cette médication s'étant montrée plus active qu'aucune autre, il souhaitait qu'elle fût mise à l'épreuve par une large expérimentation. L'expérience de cet auteur lui faisait préconiser les injections intra musculaires profondes (1 cc. d'éther-chaulmoogrique deux fois par semaine pour commencer), pour enfin atteindre 4 à 5 cc. hebdomadairement ; simultanément il administrait les mêmes éthers par la bouche (15 à 20 gouttes par jour, en capsules absorbées après les repas), il signale qu'il n'a jamais observé de troubles gastro-intestinaux.

Vers la même époque, Lukens (de Détroit) (33), utilisant le même produit dans la laryngite tuberculeuse, note une action manifeste sur la dysphagie, et Hollman (34) l'applique à des tuberculoses pulmonaires et intestinales, il note un échec dans une tuberculose pulmonaire avancée, mais signale que dans un cas au début, avec bacilles dans les crachats et signes radiologiques, après 12 injections le malade avait engraissé de 15 livres et n'avait plus de sueurs nocturnes. Le même auteur traita également deux lupus avec de petites injections locales directement dans la lésion dont il signale la complète disparition dans un cas et une grosse amélioration dans l'autre.

Un autre auteur, R. L. Cowen (de Détroit) traite avec succès aux éthers-éthyl-chaulmoogriques deux cas de tuberculose rénale simultanément à l'aide des injections intra-musculaires et de l'absorption buccale (jusqu'à 6 cc. en capsules deux fois par semaine) ; à la fin de sa communication à la Maimonides Medical Society (35), il conclut que ces deux cas ont démontré que le médicament utilisé possédait une réelle valeur thérapeutique.

En ce qui concerne les morhuates, indépendamment de Sir L. Rogers, nombre de cliniciens en ont fait l'emploi dans la tuberculose pulmonaire ; il suffira de se

reporter à un récent article de J. Rouillard (36) pour avoir un aperçu synthétique des conclusions portées par MUIR (de Calcutta), Gunguli, Biesenthal, Tewksbury, Boelke (37), John Hume (38) ; dans l'ensemble, les opinions de ces auteurs sont favorables et bien que la médication ait été essayée surtout sur des formes avancées et graves, de mauvais pronostic, elle s'est montrée active dans un grand nombre de cas sur l'expectoration bacillaire, le poids, la reprise des forces et les lésions elles-mêmes. Tels sont rapidement résumés les travaux étrangers sur une question encore tout à ses débuts en France et que nous avons été avec MM. Pernet et Minvielle, un des premiers à aborder non seulement au point de vue chimiothérapique, mais encore au point de vue clinique.

Ainsi que cela a été exposé plus haut, depuis longtemps, nous nous sommes fixés sur une thérapeutique mixte chaulmoogro-morhuique qui permet de faire bénéficier simultanément le malade des deux médications ici étudiées sous la forme la plus active dont nous disposons à l'heure actuelle, celle des éthers-éthyliques dans un véhicule contenant la vitamine A. La forte concentration de la préparation en éthers (1/3) et la possibilité d'en injecter 3 cc. dans les muscles sans réaction locale, permet une thérapeutique à fortes doses que peu des préparations jusqu'ici préconisées permettaient de réaliser.

Ultérieurement, dans un travail d'ordre purement clinique, nous ferons connaître avec nos collaborateurs les résultats encourageants qui résultent d'une expérimentation déjà longue au chaulmorhuate d'éthyle ici décrit, employé en injections intra-musculaires, intra-trachéales et même en absorption buccale, dans de nombreux cas de tuberculose plus ou moins avancées.

BIBLIOGRAPHIE

1. M. P. FERRIER. — Traitement récalcifiant de la tuberculose et de la lèpre. (Acad. Méd., 1er juillet 1924.)

2. M. FIESSINGER et P.-L. MARIE. — *Soc. Biol.*, 10 et 17 juillet 1909 et *Revue de la Tuberculose*, 1910, p. 186.

3. E. BOSSAN. — La lipase dans la tuberculose pulmonaire. (Soc. de Thérapeutique, 15 janvier 1925.

4. PISNIATCHEWSKY. — Thèse Russe, 1916.

5. Sir L. ROGERS. — Traitement de la lèpre par les injections de préparations solubles d'huile de chaulmoogra, d'huile de foie de morue et de différentes huiles. Leur mode d'action. IIIe Conférence Internationale de la lèpre. Strasbourg 1923. (Comptes rendus. Baillière, éditeur, p. 281-286.)

6. NINA KOTSCHNEFF. — *Bioch. Zeitsch.*, vol. LV, 1913, p. 481).

7. A. CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose. (2e édition. Masson et Cie, édit., p. 365.)

8. BIESENTHAL. — *American Review of tuberculosis*, vol. IV, déc. 1920.

9. LEURET. — La valeur du gynocardate de soude dans le traitement de la tuberculose. (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, déc. 1922.)

10. Sir L. ROGERS. — (*Loc. citato*).

11. A. CALMETTE et G. GÉRIN. — *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1914, p. 329.

12. MÉTALNIKOFF. — *Archives des sciences biologiques de Pétrograd*, 1906. T. XII, p. 310 et 1907 ; t. XIII, p. 169 ; et *Soc. Biol.*, 23 janvier 1914. (*Annales Inst. Pas.*, nov. 1920, juin 1921.)

13. E. MARCHOUX. — La lèpre de l'homme et la lèpre du rat. (*Annales Institut Pasteur*, t. XXXVII, n° 4, avril 1923.)

14. TOURTOURIS BEY. — *Annales de Dermat. et Syphilig.*, 1899.

15. L. ROUX. — Huile de chaulmoogra et acide gynocardique. (Thèse Paris, 1910.)

16. L. BROCQ et M. POMARET. — Nouveau produit injectable pour le traitement de la lèpre. (*Bull. Soc. Fr. de Dermatol. et Syphilig.*, n° 2, février 1913.)

17. E. JEANSELME. — *Soc. Fr. Dermatol. et Syphilig.*, mars 1913.

18. BERCOVITZ. — The hypodermic use of chaulmoogra oil in lepresy. (*Journ. of Amer Med. Assoc.*, 1917.)

19. M. ROBINEAU. — Essai de traitement de la lèpre effectués à la léproserie de Yedjang (Cameroun). (C. R. IIIe Conf. Int. de la lèpre, p. 271-280.)

20. Mac DONALD et A. L. DEAN. The treatment of Lepresy. U. S. Public reports. Aug. 1920. — A. L. DEAN et R. WRENSCHALL. Preparation of chaulmoogra for the treatment of Lepresy. U. S. Public Health reports. Vol. 37, n° 25 juin 1922.

21. APARECIO. — Traitement de la lèpre par les éthers-éthyliques des acides gras de l'huile de Chaulmoogra. — RICARDO PARRA et JORGE SANTOS. Une année de traitement de la lèpre par les éthers-éthyliques des acides gras de l'huile de chaulmoogra. — RABELLO et ISAAC VERNET. Note sur le traitement de la lèpre. — GOUGEROT. Etat actuel du traitement de la lèpre. (IIIe Conférence Internationale de la lèpre, Strasbourg, 1923.)

22. E. WALKER et MARION A. SWMEENEY. — Chaulmoogra oil specific action of fatty acids. (*Year boock of Pharm.* et *Journ. of. Infectious Diseases*, t. XXVI, mars 1920.)

23. O. SCHOBL — Expériences chimiothérapiques avec le chaulmoogra et préparations dérivées. (*The Philippine Journ. of Sciences*, t. 23, p. 533-542, 1923, et t. 24, 1, 1924.)

24. A SCHAW MACKENZIE. — *The Médical Presse*, août 1920.

25. J. PERNET, M. MINVIELLE et M. POMARET. — Les éthers-éthyl chaulmoogriques et éthyl-morhuiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 9 janvier 1925 ; *in Bulletin*, n° 1, t. XLIX.

26. A. GRIGAUT et A. TARDIEU. — Le morhuate-d'éthyle dans le traitement de la tuberculose. (Bull. Soc. de Thérapeutique, n° du 10 octobre 1924). — G. CAUSSADE, A. TARDIEU et A. GRIGAUT. Etude d'anatomie expérimentale comparée des morhuates d'éthyle et de soude. (Soc. Méd. Hôp. de Paris, 9 janvier 1925.)

27. BOULAY. — Soc. médico-chirurgicale de l'Ouest africain, 21 janvier 1923.

28. M. HENRY, MORIN et Mlle GOULARD. — Mode pratique de préparation des éthers-éthyliques de l'huile de chaulmoogra. (Soc. de Med. d'Hygiène Colon. de Marseille, déc. 1924 ; *in Marseille médical*, n° 36, 26 déc. 1924.)

29. PAREIRAS HORTA — *Rev. Méd. do Brazil*, n° 2, p. 167. fév. 1921.)

30. Sir L. ROGERS. — L'huile de chaulmoogra dans la lèpre et la tuberculose (*The Lancet*, t. CC. n° 5101, 4 juin 1921, et *British Médical Journal*, 8 février 1919.)

31. J. HERNANDEZ. — Traitement de la tuberculose par l'huile de chaulmoogra. (*Revista de Hyg. et. de Tuberc*, n° 125, Valence, 31 octobre 1918.)

32. N. ARONSTAM. — (*The Urologie and Cutaneous Review*, n° 12, déc. 1922, p. 770)

33. LUKENS. — *Journ. American Med. Assoc.*, January 28, 1922, vol. 78, n° 4. L'huile de chaulmoogra dans le traitement de la laryngite tuberculeuse.

34. HOLMAN. — *J. Amer. Derm. and Syph.*, Juanary 1922.

35. R.-L. COHEN. — L'huile de chaulmoogra dans le traitement de la tuberculose rénale. (*The Urologic and Cutaneous review*, n° 12, déc. 1922.)

36. J. ROUILLARD. — Chaulmoogrates et morhuates de soude, leur emploi dans la lèpre et la tuberculose. (*Presse Médicale*, n° 94, 22 nov. 1924.)

37. BOELKE. — Traitement des affections tuberculeuses. Efficacité des injections de morhuate de soude. (*The British. Méd. Journal*, n° 3287, 29 déc. 1923.)

38. J. HUME. — Le traitement de la tuberculose par le morhuate de soude. (*The Lancet*, n° 5625, 26 juillet 1924.)

Le diagnostic de la neurasthénie de Beard (Asthénie par surmenage)

Par R. BENON,
Médecin du quartier des Maladies mentales
de l'Hospice Général de Nantes

SOMMAIRE. — *Neurasthénie de Beard : asthénie par surmenage. — Diagnostic : a) diagnostic de la simulation ; b) diagnostic positif ; c) diagnostic différentiel ; d) diagnostic causal : e) diagnostic des complications.*

La neurasthénie de Béard (1869-1880) représente une variété d'asthénie, ou, si, l'on veut, de dysasthénie : c'est l'asthénie par surmenage. Le préfixe *dus* dans dysasthénie indique le caractère morbide de l'asthénie. L'asthénie par surmenage constitue une asthénie particulière qui doit être isolée : pratiquement elle peut guérir, ou évoluer vers la chronicité, ou se compliquer de maladies diverses. Le diagnostic en est complexe, nous l'étudierons spécialement dans cet article.

Cette question de diagnostic des états d'épuisement nerveux général, dus au surmenage, soulève les points de discussion suivants : *a*) l'asthénie constatée est-elle vraie ou simulée (diagnostic de la simulation) ? *b*) il s'agit d'asthénie ; cette asthénie a-t-elle sa cause dans le surmenage (diagnostic positif) ? *c*) le syndrome observé est-il bien un syndrome asthénique ? avec quels autres syndromes peut-il être confondu (diagnostic différentiel) ? *d*) l'asthénie est-elle due au surmenage ou dépend-elle d'une autre cause (diagnostic causal) ? — *e*) l'asthénie est-elle simple ou compliquée (diagnostic des complications) ?

a) Diagnostic de la simulation. — L'asthénie peut être aisément simulée ; les deux symptômes qui la caractérisent fondamentalement, l'amyosthénie et l'anidéation, sont purement subjectifs, de même que les autres symptômes accessoires qui sont les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, les troubles de la vue, l'insomnie, la céphalée, la rachialgie. Les signes d'asthénie gastro-intestinale seraient d'un secours précieux s'ils étaient constants, ce qui est probable, et si, un jour, la radioscopie et la radiographie parvenaient à en formuler invariablement et exactement l'expression physique.

Pour reconnaître la simulation de l'asthénie, on recourra à l'examen direct et à l'examen indirect.

La conversation qu'on peut avoir avec un asthénique qui répond aux questions, qui parle, qui exprime ses sensations et idées, est, d'une manière générale, singulièrement démonstrative. C'est que ce sujet trouve pour dire ce qu'il éprouve, des mots que seul un vrai malade peut découvrir : son langage imagé et presque personnel, — tant est riche la terminologie explicative du syndrome asthénique, — ne permet guère de soupçonner le mensonge. En l'écoutant, l'observateur averti est conduit naturellement au diagnostic ; la parole qu'il entend, les explications, spontanées et sollicitées, qui lui parviennent, sont, pour lui, comme un air connu, dans un val familier. Bien sûr, l'erreur est possible : la leçon a pu être habilement apprise et elle peut être parfaitement exprimée : ces cas sont rares et d'autres indices mettront sur la voie. Ajoutons que l'ensemble de signes habituels qui constitue le syndrome asthénique, ensemble qu'il nous paraît inutile de rappeler, représente par lui-même quelque chose de clair et de précis, bien que subjectif.

L'examen indirect, sous forme d'enquêtes pratiquées près des personnes qui vivent avec le sujet, peut incontestablement donner des renseignements de première valeur. Il est impossible, croyons nous, de simuler quotidiennement l'asthénie : il est impossible, aussi, à un asthénique de ne pas entretenir avec constance son entourage de ses malaises, de ses douleurs, etc.

Un asthénique vrai, plus ou moins méconnu, fatigué de subir en vain des examens médicaux, comme cela se voit dans les milieux militaires, est enclin à l'exagération de son état de dépression. Cette exagération, consciente, volontaire, est négligeable pratiquement, puisque les soins urgents à donner au sujet ne sont pas discutables.

b) ***Diagnostic positif.*** — L'asthénie est réelle, vraie, non simulée : s'agit-il d'asthénie par surmenage ?

Le diagnostic positif de l'asthénie repose sur les signes cardinaux du syndrome, qui sont l'asthénie musculaire et l'asthénie psychique. On ne saurait parler d'asthénie sans ces deux symptômes : la céphalée, la rachialgie, les étourdissements, les troubles de la vue, l'insomnie, etc., sont des accidents simplement secondaires ; ils aident au diagnostic ; ils ne suffisent jamais pour l'établir. Il arrive qu'on constate nettement l'amyosthénie, et que l'asthénie psychique paraisse faire défaut, ou inversement, l'anidéation est manifeste, l'asthénie musculaire est carrément niée par le patient, qui se connaît mal ou qui s'illusionne sur sa force physique.

Nous avons observé de tels cas. Faut-il d'emblée conclure à la non-existence d'un signe essentiel, sur une simple déclaration de malade ? Et comment déceler ce signe subjectif, s'il ne l'accuse pas, l'ignore ou le conteste ? Il y a là, certainement, une difficulté psycho-clinique qui est sérieuse. On arrive à la surmonter par un examen calme, et non pas impulsif, par un examen prolongé, et non pas expéditif. On pratiquera plusieurs interrogatoires, soit successifs, soit éloignés. Cela n'est pas faire l'instruction du sujet pour l'amener à s'expliquer, ou, pourrait-on dire, à témoigner dans le sens que l'observateur sollicite. Les explications du malade n'ont jamais de valeur qu'autant qu'elles sont exprimées avec une spontanéité appréciable, avec des mots justes et une certaine mimique de tout l'être, qui impriment au syndrome recherché sa caractéristique propre.

Une fois le diagnostic d'asthénie fixé, il faut, pour établir le diagnostic positif complet, déterminer la cause du syndrome. Comment s'est développée l'asthénie constatée ? Quel rôle a joué le surmenage ? C'est alors qu'il importe d'examiner l'histoire de la maladie. On étudiera avec soin les circonstances dans lesquelles sont apparus les premiers symptômes : à ce moment-là, le malade éprouvait de la fatigue, de la courbature, de la lassitude, des maux de tête, des troubles digestifs, de l'insomnie, des étourdissements, etc. Il luttait contre cette fatigue, il surmontait ses divers malaises. En même temps, progressivement, il sentait ses forces physiques diminuer ; il remarquait que ses idées s'embrouillaient dans son cerveau, que la mémoire lui manquait, que sa tête était comme vide, etc. Le début de la neurasthénie par surmenage a lieu lentement ; s'il est rapide et comme brusque, si la maladie s'établit à la suite d'une fatigue unique et en quelques jours, — car ces cas existent, — c'est qu'il s'agit d'un individu sans doute spécialement prédisposé, ou d'une cause d'épuisement à laquelle il était particulièrement sensible. Qu'il s'agisse de défaut d'accoutumance et d'entraînement, ou de fatigabilité personnelle, ces exemples restent l'exception, et ils se compliquent tellement vite de délire, de manie ou d'autres syndromes, que l'observateur ne peut reconnaître que tardivement la nature primitive et l'enchaînement initial des faits cliniques.

c) ***Diagnostic différentiel.*** — Le diagnostic différentiel de l'asthénie est extrêmement difficile. Les auteurs actuels ou récents, férus d'un organicisme quelquefois orgueilleux, ne semblent pas se douter des problèmes que soulève cette question. D'abord, il faut distinguer l'asthénie qu'on peut dire pathologique, de l'asthénie normale et de l'asthénie congénitale. Ensuite l'asthénie est à séparer de la fatigue, de l'apathie, de la démence, de la confusion mentale, etc. Enfin, — et ce n'est pas le point le moins important de la clinique, — les petits symptômes qui accompagnent l'asthénie doivent être justement

rapportés au syndrome essentiel et non pas attribués à des affections de l'estomac, du cœur, ou d'autres organes.

Comment distinguer l'asthénie pathologique de l'asthénie normale ? L'asthénie dite normale ne semble pas différer, en fait, de l'asthénie dite morbide : elle paraît de même qualité que l'autre ; elle atteint à la fois les muscles et l'idéation : les caractères des symptômes sont identiques. L'élément quantité de l'asthénie n'est pas davantage capable de conduire à une discrimination certaine : l'asthénie profonde ou la stupeur qui suit un traumatisme crânien se dissipe quelquefois très rapidement et sans laisser de trace. Le clinicien n'aurait-il, alors, comme éléments d'appréciation que le facteur durée ou le facteur retentissement de l'asthénie ? C'est possible, sinon probable. Aussi, tout à fait au début de la neurasthénie par surmenage, la difficulté peut être grande de prendre une détermination en portant un diagnostic ferme d'asthénie pathologique, c'est à dire de dysasthénie.

Comment séparer encore l'asthénie constitutionnelle de l'asthénie acquise ? L'asthénie constitutionnelle ou congénitale est exceptionnelle. Si un tel cas se présente, on ne parviendra au diagnostic que par une étude serrée des anamnestiques et de l'histoire clinique. Ajoutons que l'asthénie congénitale est toujours une asthénie de faible degré ou intensité.

L'asthénie est facile à différencier de la fatigue. La fatigue quotidienne et habituelle, ou les fatigues intermittentes et successives, aboutissent à l'épuisement nerveux, à l'asthénie, mais il ne faut pas pour cela les confondre. La sensation de fatigue n'est pas la sensation, ou le sentiment, de faiblesse générale qu'éprouve l'asthénique. La sensation de fatigue s'accompagne de douleurs musculaires et articulaires, localisées ou diffuses, toujours prédominantes dans les muscles surmenés : la fatigue se rapproche de la courbature (non fébrile), de la lassitude. Un sujet fatigué ne dit pas qu'il est diminué, affaibli physiquement : il ne parle ni d'abattement, ni d'anéantissement : il accuse un état douloureux, qu'il fixe à la périphérie. La céphalée est commune dans la fatigue : on note aussi un besoin impérieux de repos, mais pas d'insomnie. Dans la fatigue comme dans l'asthénie, la tête est vide, les idées confuses. La fatigabilité est très marquée chez l'asthénique, qui, en conséquence, est capable de se dire fatigué, courbaturé : cela ne signifie toujours pas que fatigue et asthénie ne diffèrent point.

Il faut séparer l'asthénie de l'apathie. L'activité motrice générale de l'apathique est fort réduite : il parle lentement, il gesticule peu : s'il agit, c'est avec lenteur : lorsqu'il est ému, ses réactions motrices sont de faible amplitude. L'activité intellectuelle est réduite, comme l'activité motrice. L'apathique diffère de l'asthénique par un caractère essentiel : il ne connaît pour ainsi dire pas l'épuisement : l'asthénique, dès qu'il se met en mouvement, est rapidement fatigué : l'apathique peut accomplir des mouvements prolongés et pénibles, comme un homme ordinaire ; l'évocation des souvenirs, enfin, chez l'apathique, est lente, mais sensiblement normale. « L'apathie est intéressante à connaître, au point de vue de l'activité neuro-musculaire : elle y met en évidence les deux éléments suivants : d'une part, la capacité de production de la matière nerveuse en influx nerveux, et d'autre part l'activité de la défense de cet influx. Dans l'asthénie, en raison sans doute de la faible production d'influx, la dépense est peu marquée et l'influx s'épuise bientôt. Dans l'apathie, la dépense se fait lentement, en raison d'une disposition nerveuse constitutionnelle, mais peut être longtemps continuée : des efforts énergiques, tels que supporter un lourd fardeau, peuvent même se produire comme à l'état normal. Ici la capacité de production en influx paraît normale, mais la dépense en est ralentie » (J. Tastevin) (1).

L'asthénie doit être différenciée de la démence. Si ce diagnostic est facile à la période d'état des démences (démence paralytique, globale ; démence « organique » partielle), c'est-à-dire quand l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les troubles de la mémoire, de l'attention et du jugement, sont bien caractérisés, il est, maintes fois, à réserver à la période de début de ces démences. Lorsqu'une démence en évolution s'accompagne d'asthénie, et cela est très commun dans la paralysie générale, il faut souvent attendre plusieurs mois pour porter un diagnostic définitif. Nous reviendrons sur ce problème clinique au diagnostic causal de l'asthénie. Pour le diagnostic différentiel de la démence et de l'asthénie, on peut dire, en principe et d'une manière générale, que le malade dément est un déficient qui ne se rend pas du tout compte, ou qui ne se rend que très insuffisamment compte de la diminution de ses facultés mentales, tandis que le malade asthénique est un impuissant qui apprécie justement sa situation.

L'asthénie n'a rien de commun, en tant que syndrome, avec la confusion mentale. L'asthénie mentale est la confusion dans les idées, et elle s'accompagne obligatoirement d'asthénie musculaire. La confusion mentale proprement dite est la confusion dans les perceptions et elle est caractérisée avant tout par des troubles de la reconnaissance portant sur les lieux, les personnes et les choses : elle est, en plus, complètement inconsciente.

Différencier l'asthénie avec ses deux signes cardinaux (l'amyosténie et l'anidéation) des autres syndromes qui s'en rapprochent de près ou de loin, est un acte diagnostique important ; *une cause fréquente d'erreur consiste à méconnaître l'asthénie en prenant ses symptômes secondaires pour les signes d'une maladie organique* quelconque (estomac, cœur, etc.). C'est là un fait courant et qui s'explique aisément, soit parce que le malade, ignorant la nature ou la forme de son affection, néglige de dire au médecin l'essentiel de ses troubles, pour insister sur un autre signe qui lui paraît grave et capital, soit que le praticien, ignorant les symptômes de l'asthénie, ne prenne pas garde d'enregistrer les sensations et idées exprimées par le patient, relativement à son abattement et à son anidéation.

Les signes accessoires ou secondaires de l'asthénie sont nombreux : nous voulons les rappeler en les classant dans l'ordre des erreurs de diagnostic, les plus fréquentes à notre avis. Ce sont : l'asthénie gastrique, l'asthénie intestinale, les étourdissements, les bourdonnements d'oreilles, les troubles de la vue, l'insomnie, la céphalée, la rachialgie, l'irritabilité, l'asthénie, cardiaque. Cela explique les multiples cas d'asthénie méconnue que chacun peut observer.

Les troubles gastriques, les maux d'estomac, très communément, conduisent les asthéniques à la consultation de médecine générale : leurs digestions sont pénibles : ils se plaignent que les aliments ne passent pas ou qu'ils ne passent que lentement et difficilement : ils sentent comme un poids à l'épigastre : ils ont parfois des éructations. Devant ces symptômes, le praticien porte le diagnostic de dyspepsie. Ce qu'il faut savoir, et c'est un exemple de diagnostic différentiel qui n'a peut être bien jamais été discuté, c'est que les dyspepsies douloureuses peuvent elles mêmes être un facteur d'épuisement : l'asthénie succède alors à la dyspepsie : la dyspepsie est le phénomène primitif, l'asthénie, le phénomène secondaire. La cause de l'asthénie n'est plus les fatigues ni le surmenage, mais une maladie organique douloureuse. Nous avons observé des faits de cet ordre.

L'asthénie intestinale se manifeste sous forme de constipation ou d'alternatives de diarrhée et de constipation. L'asthénique, en conséquence, pourra être confondu avec un entéritique. Les selles glaireuses sont rares chez les asthéniques. La constipation, souvent, est opiniâtre, sans être rebelle lorsqu'un traitement rationnel est institué.

Nombreux sont les asthéniques qui n'accusent, au cours d'un examen superficiel, que des étourdissements, ou des vertiges (2). Ils voient tout tourner autour d'eux (ils ne

---

(1) Tastevin (J.). — L'asthénie post-douloureuse. Les dysthénies périodiques (psychose périodique). (*Ann. méd. psych.*, 1911, nos 2, 3, 4.)

tombent pas). Ils éprouvent ces phénomènes surtout quand ils penchent la tête en avant, ou quand ils l'inclinent à droite ou à gauche. Combien de malades asthéniques typiques portent cette erreur de diagnostic sur leur feuille d'observation ou sur leur fiche clinique !

Les bourdonnements d'oreilles, si communs chez les asthéniques, provoquent une foule d'examens, à peu près inutiles, de la part des otorhinolaryngologistes. Comme ces spécialistes ne découvrent chez ces individus aucun signe précis, objectif, physique, ils ne tardent pas à les abandonner à eux mêmes.

Les troubles de la vue chez les asthéniques représentent une autre cause spéciale d'erreur. Ils sont purement subjectifs. Les examens des ophtalmologistes restent négatifs chez de tels patients. Ces troubles sont-ils d'origine musculaire, ou d'origine rétinienne ? Ce que nous savons de l'asthénie nerveuse générale nous incite à penser qu'ils sont dus à l'asthénie des muscles oculaires, non pas seulement à l'asthénie du muscle ciliaire du muscle accommodateur, mais à l'asthénie de tout le système musculaire de l'œil.

L'insomnie est un symptôme relativement important de l'asthénie : c'est un des signes les plus constants de ce syndrome, après l'amyosthénie et l'anidéation. Nous avons signalé depuis longtemps que l'asthénique dort peu, et dort mal, alors que l'obsédé phobique passe d'excellentes nuits. L'insomnie s'observe encore dans les psychoses aux idées obsédantes, dans la manie, dans la confusion mentale, etc., affections, il est vrai, qui déterminent des signes bien spéciaux permettant de faire un diagnostic différentiel précis.

Ce sont la céphalée, la rachialgie, qui, d'autres fois, conduisent l'asthénique à demander un examen médical. Ces algies peuvent s'accompagner d'une élévation de la température (38°, 38°5) et être, quand même, symptomatiques d'un syndrome asthénique ; cette fièvre légère est due soit aux troubles gastro intestinaux, soit à d'autres causes. La confusion de la neurasthénie avec la fièvre typhoïde au début est de ce fait possible et s'explique d'autant mieux que l'asthénie générale avec insomnie, céphalée, constipation, vertiges, est constante à l'origine de cette infection. Toutefois l'histoire clinique de la neurasthénie par surmenage est bien différente de l'histoire clinique de la dothiénentérie, sans parler des signes que fournissent l'évolution de la fièvre et les méthodes de laboratoire. Lorsque les algies de l'asthénie sont spécialement localisées aux articulations, l'affection peut être confondue avec le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, avec l'érythème polymorphe, etc.

L'agitation coléreuse de l'asthénique, agitation à base d'énervement, agitation quelquefois surajoutée à de l'agitation anxieuse, peut faire croire à une psychose, à un délire (non pas à une manie), alors que ces phénomènes d'excitation disparaîtront dès que le patient sera mis au repos et traité convenablement.

Enfin, quelquefois, rarement, l'asthénique vient consulter pour des palpitations ou des étouffements. Nous pensons que, quand les fatigues et le surmenage entraînent des altérations cardiaques, celles-ci deviennent rapidement prédominantes, cependant que l'asthénie se dissipe. L'asthénique vrai, par surmenage, n'est qu'exceptionnellement porteur de lésions du cœur. Le surmenage qui détermine une affection cardiaque ne détermine pas l'asthénie chronique.

d) ***Diagnostic causal***. — Il n'est pas simple, surtout sans anamnestiques, de rapporter l'asthénie à sa cause immédiate ou prochaine, sinon à sa cause essentielle. Dans les exemples qui paraîtront les plus précis, on devra toujours rechercher les autres causes d'asthénie : celles ci sont multiples.

Une cause commune d'épuisement nerveux est représentée par les *commotions* cérébrales, les traumatismes du crâne, ou du tronc et des membres. Dans ces cas, les renseignements sont, d'ordinaire, bien circonstanciés.

Les *infections*, la fièvre typhoïde, la grippe, la méningite cérébro spinale, le rhumatisme articulaire aigu, le choléra, le typhus exanthématique, le paludisme, etc., et aussi certaines *intoxications* par troubles gastro intestinaux, par insuffisance hépatique ou rénale, etc., sont des causes fréquentes de faiblesse nerveuse générale. (Chose curieuse et digne de remarque, l'intoxication alcoolique n'est jamais cause directe d'un syndrome asthénique.) Dans tous ces exemples d'infections et intoxications, la mise au point de l'histoire clinique devra être particulièrement minutieuse : elle nécessitera, dans certains cas, une étude délicate, des enquêtes et des efforts prolongés.

Les *émotions douloureuses* (peur, anxiété, chagrin, colère), les passions avec alternatives d'émotions agréables et d'émotions afflictives, sont, très communément, cause d'épuisement nerveux. Là, encore, l'histoire clinique peut être claire et franche, et conduire rapidement à une discrimination psycho-diagnostique exacte. Cette question des émotions douloureuses asthénisantes ramène en disussion le fait du surmenage dit émotionnel, dont l'existence doit être discutée. Nous avons écarté cette sorte de surmenage dans notre travail parce que ce surmenage émotionnel nous paraît être quelque chose de très spécial et complètement différent du surmenage musculaire et du surmenage intellectuel. Les physiologistes, sans doute, seuls ou en collaboration avec des cliniciens, élucideront ce problème.

Les délires d'origine émotionnelle ou passionnelle, les délires hallucinatoires aigus, toxiques, comme le délire alcoolique, peuvent, les premiers, s'accompagner d'asthénie manifeste, les seconds, être suivis d'un syndrome dépressif : mais, quel que soit le thème du délire, la persécution, la mélancolie, etc., on pourra aisément, d'ordinaire, séparer la psychose constatée de la neurasthénie par surmenage.

La *démence précoce*, d'origine dysthymique, elle aussi, peut se compliquer d'asthénie « (démence précoce, » ou hypothymie, avec asthénie). Si le patient présente de la catalepsie, ou du négativisme, ou des stéréotypies, et, surtout, de l'indifférence affective, on pourra conclure à cette affection grave. En principe, on ne se hâtera pas de proclamer ce diagnostic, car les erreurs sont fréquentes.

Il existe une forme de *paralysie générale* avec asthénie : comment la différencier de la neurasthénie par surmenage ? Disons tout de suite que ces cas de diagnostic spécial et difficile ne se posent guère que chez des adultes. Ajoutons que certains étiologistes, considérant que la syphilis est la cause indispensable, mais non pas suffisante, de la méningo-encéphalite diffuse, accordent au surmenage un rôle important dans l'apparition de la maladie de Bayle. On peut résumer comme suit cette question diagnostique :

a) Tout paralytique général est syphilitique. Il ne paraît pas y avoir d'exception à cette règle. Un syphilitique chronique peut se trouver atteint d'asthénie nerveuse générale, par fatigue et surmenage, sans être pour cela un dément paralytique ou même un autre syphilitique cérébral « organique » ;

b) Les signes physiques classiques de la paralysie générale, les signes biologiques et chimiques étant mis à part, sont l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson, l'exagération ou la diminution des réflexes patellaires, le tremblement de la langue et des doigts, enfin la dysarthrie (accrocs, achoppement, embarras de la parole). Un asthénique peut être affecté de quelques-uns de ces symptômes. On a vu, pendant la guerre, des soldats surmenés, épuisés, qui présentaient grossièrement le tableau clinique somatique de la paralysie générale : tremblement généralisé, embarras de la parole, diminution ou exagération des réflexes, etc. Ces sujets, quand ils étaient syphilitiques chroniques, avaient de l'inégalité pupillaire et le signe d'Argyll-Robertson. Il en résulte qu'on peut dire qu'il existe une asthénie de forme pseudo paralytique.

◆◆

c) Les réactions biologiques et chimiques, chez un neurasthénique par surmenage, atteint de syphilis nerveuse chronique, sont sans doute les mêmes que chez le paralytique général asthénique, puisque le laboratoire n'a pas trouvé encore la formule type de la méningo encéphalite diffuse paralytique. Dans ces deux cas, la réaction de Bordet-Wassermann est positive sur le sang et sur le liquide céphalo-rachidien (il faut la recommencer jusqu'à trois fois, si elle est négative). La réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang est réductible par le traitement antisyphilitique : la même réaction, positive dans le liquide céphalo-rachidien, est irréductible par les méthodes actuelles de traitement de la syphilis. L'augmentation du taux de l'albumine dans le liquide céphalo rachidien est constante (plus de 0,30 centigrammes par litre) : la globuline prédomine (Nonne Apelt) dans les méningites spécifiques, alors que la sérine est plus abondante dans les autres processus infectieux de même localisation. Enfin les réactions à l'or colloïdal (Lange), au benjoin colloïdal (Guillain), à l'élixir parégorique (Targowla), sont positives sur le liquide céphalo-rachidien. Toutes ces épreuves ne sont que symptomatiques de la syphilis nerveuse chronique : aucune, encore, n'indique qu'il s'agit spécialement de démence paralytique :

c) Comme on ne saurait différencier le syphilitique chronique devenu neurasthénique par surmenage, du paralytique général atteint de dépression, à l'aide des seuls signes physiques et biologiques, on doit recourir à l'étude de l'état mental du patient. La paralysie générale évolue certainement avec des symptômes psychiques qui lui sont propres. Il est classique de dire que cette démence est caractérisée dès le début par un affaiblissement global, plus ou moins profond, des facultés mentales. De sorte que l'asthénie, qui accompagne la « maladie paralytique » est marquée elle même au coin de cet affaiblissement spécial des facultés. Cela est vrai dans la très grande majorité des cas, sinon dans tous les cas : en effet, l'asthénie du paralytique général n'offre pas le même tableau clinique que l'asthénie du neurasthénique par surmenage. Disons, tout d'abord, que l'expression affaiblissement global des facultés mentales, pour caractériser l'état psychique paralytique, a été créée dans le dessein de fixer un terme d'opposition ou de parallèle, entre le dément paralytique et le dément « organique », dont l'affaiblissement intellectuel n'est que partiel, ou lacunaire, ou électif. Malgré des controverses répétées et déjà anciennes, cette notion clinique est trop oubliée des psychiatres modernes dont la terminologie devient, de ce fait, singulièrement imprécise et confuse. Que veut dire, quand on parle de paralysie générale, l'expression affaiblissement global des facultés mentales ? Elle signifie que la mémoire, l'attention, et, surtout le jugement et le raisonnement, sont particulièrement atteints. Ces fonctions cérébrales, au début, ne sont pas touchées profondément (global ne veut pas dire profond), mais elles le sont toutes, en général, et, nous le rappelons, surtout le jugement. Qu'en résulte-t-il ? C'est que le patient ne ne se rend pas compte, ou se rend très mal compte, de son état. Si on lui fait observer qu'il a des troubles de la mémoire, qu'il est inattentif à son travail, qu'il néglige certains détails de sa tâche quotidienne, qu'il commet de petites erreurs, etc., etc., il le reconnaît ou le nie, mais, en principe, il n'y attache aucune importance et ne fait aucun effort spontané pour se corriger ou s'amender.

Cela choque d'autant plus l'entourage que, d'ordinaire, le travail du sujet était, autrefois, remarquablement et consciencieusement exécuté. Ajoutons que, non seulement l'intelligence est déjà nettement troublée, mais encore : l'émotivité, les appétits et, consécutivement, l'activité quotidienne. De là ces actes si curieux, contraires aux conventions sociales ou aux convenances particulières, qui ouvrent souvent, avec éclat la période de début de la maladie de Bayle. De même que le paralytique général juge d'une façon absurde, insensée, ses troubles de la mémoire ou de l'attention, ses emportements ou ses inclinations étranges, ses actes délictueux ou criminels, par perte de l'auto-critique, de même il juge avec dédain, en souriant, les phénomènes de dépression qu'il accuse, bien que ces phénomènes tendent à réduire à néant son travail. Chez l'asthénique, le jugement est sain : le malade, particulièrement conscient de son état, se rend compte de sa situation exacte, s'en affecte, s'attriste, s'inquiète, etc. On le rassure assez facilement au début, mais il ne tarde pas à désespérer de nouveau de sa maladie. — L'étude directe de l'état mental, chez de tels sujets, et l'étude médiate de cet état mental, avec l'entourage, avec les proches, ne sont donc point indifférentes : elles sont longues, il est vrai, un peu rebutantes quelquefois, et enfin, elles nécessitent une éducation médicale propre.

La *syphilis cérébrale* simple, non plus la paralysie générale, la syphilis cérébrale avec lésions circonscrites uniques ou multiples, ou avec lésions diffuses, peut s'accompagner d'asthénie et de démence. Dans ces cas, l'affaiblissement intellectuel n'est pas global, mais partiel. De tels tableaux cliniques sont toujours très complexes à cause de la coexistence des symptômes de déficience (démence) et des signes d'impuissance nerveuse (asthénie). On distinguera facilement ces syphilis cérébrales avec dépression, de la neurasthénie par surmenage, soit à l'aide de l'histoire clinique, soit grâce aux altérations de la motilité, de la sensibilité, de la réflectivité qui accompagnent presque toujours la syphilis cérébrale.

L'asthénie périodique, l'asthénie-manie alterne ou circulaire, qui représentent (avec la manie périodique) les formes des dysthénies périodiques, sont faciles à séparer de l'épuisement nerveux dû aux fatigues et au surmenage. L'asthénie périodique débute brusquement, brutalement : l'histoire des faits cliniques est précise, d'autant plus que la notion d'accès antérieurs élimine toutes causes d'erreurs. Pour les formes alternes ou circulaires, la symptomatologie rétrospective de la manie et de l'asthénie, les alternatives d'hypersthénie et d'asthénie, sont par elles mêmes suffisamment démonstratives.

Reste la question diagnostique des ***facteurs associés*** (surmenage, commotions, émotions, etc.). L'observateur se trouve en présence d'un état d'épuisement nerveux dont la cause n'est plus unique, mais multiple : par exemple, au surmenage se surajoutent une commotion cérébrale, un choc émotionnel ou une série d'émotions, une infection, une intoxication, etc. Ces cas sont assez communs : il ne faut pourtant pas en conclure que les discriminations cliniques et diagnostiques sont vaines, car, en définitive, elles règlent la conduite à tenir et la thérapeutique spéciale.

e) ***Diagnostic des complications***. — Il est indispensable d'examiner, d'abord, le diagnostic des complications immédiates, puis, celui des complications éloignées et tardives.

Parmi les complications immédiates, il faut étudier d'abord le délire (surtout le délire hallucinatoire), la manie, la confusion mentale. Au moment de l'examen, et alors même qu'on a fait le diagnostic de délire, d'excitation maniaque, de confusion mentale, il est impossible de rattacher aussitôt le syndrome constaté à sa véritable origine, à moins que, dans les intervalles plus ou moins lucides de l'état délirant, ou de l'état maniaque, on ne parvienne à fixer la notion d'un syndrome dépressif antérieur par surmenage. C'est après la disparition du syndrome surajouté, délirant, hypersthénique, ou confusionnel, que l'on portera un diagnostic définitif, grâce à l'analyse psycho-clinique, grâce au *status retrospectivus*. Ces diagnostics rétrospectifs, qui obligent à suivre le malade pendant des mois ou des années, constituent un haut enseignement pour le clinicien. — La complication : état second, dans la neurasthénie par surmenage, est exceptionnelle : l'affection essentielle ne sera reconnue

BIBLIOGRAPHIE

L'année médicale pratique, publiée sous la direction de C. Lian. Préface du prof. E. Sergent, 4e année, 1 vol. in-16, 527 pages, 11 fig. Edit. R. Lépine, 3, rue Vézelay. Prix : 20 francs.

Les médecins qui ne connaissent pas encore l'*Année médicale pratique* auront la grande satisfaction, en lisant ce volume (4e année), de constater combien il est agréable de trouver toutes les données nouvelles et pratiques exposées en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.). Ils se réjouiront également de rencontrer dans ce petit livre les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

Nos médecins, par Maurice Duplay. Roman. 1 vol. : 7.50. Fayard, éditeur.

L'auteur est le fils de Simon Duplay.

Nos Médecins ne rappellent ni *Les Morticoles* ni *Knock*, aux intentions uniquement satiriques. C'est, avant tout, une œuvre de vérité.

On y voit évoquées les hautes figures disparues de Tillaux, de Potain, de Terrier, de Farabeuf, de Dieulafoy, de Pozzi, et stigmatisés comme ils le méritent, quelques charlatans de grande ou de petite envergure.

Nouvelles Œuvres suivies du dialogue de l'Amour et de la Raison, par René Le Pays. Introduction et notes de A. de Bersaucourt, avec un portrait gravé sur bois par Ouvré et un frontispice reproduisant celui de la première édition. Un vol. in-12, de la « Collection des chefs-d'œuvre méconnus ». Prix : 12 fr. Editions Bossard, 43, rue Madame, Paris.

Le Pays était de son vivant comparé à Voiture. Il a été de ceux qui ont le plus fait pour le développement du goût classique en France, sous l'égide de la Marquise de Rambouillet. En publiant une partie de ses œuvres, M. de Bersaucourt a réparé une injustice.

Un scandale littéraire. Les Lettres de Van Engelgom, par Jules Lecomte, Prince des chroniqueurs. Introduction et notes de H. d'Almeras, avec un portrait gravé sur bois par A. Ouvré. 1 vol. in-12, de la « Collection des chefs-d'œuvres méconnus ». Prix : 12 fr. Editions Bossard, 43, rue Madame, Paris.

Vers 1860, Jules Lecomte était regardé comme le Prince des Chroniqueurs. Les lettres qu'il publia en 1837, dans l'*Indépendant*, sous le pseudonyme de « Van Engelgom », nous donnent dans une langue parfaite, un tableau vivant et cruel des mœurs littéraires de ce temps.

La Revue de l'Art. Sommaire du n° d'avril 1925 :

I. Histoire générale de l'Art : Avant l'ouverture de l'exposition des arts décoratifs : un magnifique effort, par André Dezarrois. — Le « Mystère d'Octovieu et la Sibylle » dans les statues de la Tour de Beurre, à la cathédrale de Rouen (fin), par Louise Lefrançois-Pillion. — Un portrait de Marguerite d'Autriche au Musée du Louvre, par L. Demonts. — Les Musées d'Etat et l'activité artistique dans la Russie nouvelle (fin), par G. Loukomski.

II. Chroniques. *Moyen-Age et Renaissance* : la Cité de Rhodes, à propos d'un livre récent, par C. Enlart. — *XVIIIe siècle* : le bureau de Marie-Antoinette au Petit-Trianon, par G. Rheims. — A propos de l'Exposition de Saint-Aubin : « le Salon de 1767 », par G. de Saint-Aubin, par E. Dacier. — *Les Livres* : La Gravure de mœurs et de genre au XVIIIe siècle (E. Dacier), par J. Duportal.

III. Bulletin : Actualités : A l'occasion du centenaire de « Chien-Caillou ». — Echos et nouvelles. — Informations. — Les Expositions. — La curiosité. — La vie artistique à l'étranger. — Le carnet du Liseur.

Gravure hors texte : Vue cavalière de l'Exposition internationale des Arts décoratifs : L'Esplanade des Invalides.

66 illustrations hors texte.

Le numéro : 12 fr. 50. Abonnement : France : 100 fr. Etranger : 150 fr., 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

(*Voir la suite page 598.*)

qu'après le retour du patient à son état prime. — Les crises hystériques, l'agitation coléreuse, sont faciles à diagnostiquer relativement à leur origine neurasthénique dès que les accidents aigus de convulsions ou d'excitation ont disparu. — La démence précoce se greffe quelquefois très vite sur un état d'épuisement nerveux par surmenage. On ne se hâtera pas d'affirmer son existence, si précis que paraissent le syndrome catatonique et l'hypoaffectivité.

Le diagnostic des complications lointaines est plus difficile et sera très discuté par les auteurs dans l'avenir. Il a une importance primordiale pour nous, puisqu'il met en cause l'origine de ces psychoses chroniques sur lesquelles on a déjà tant écrit : le délire de persécution, l'hypocondrie, la psychose périodique, la « démence » précoce, la mélancolie même. Que toutes ces vésanies soient susceptibles d'avoir pour point de départ un état de neurasthénie, ou d'épuisement nerveux par surmenage, cela ne fait aucun doute dans notre esprit. Nous avons expliqué, dans divers autres articles comment ces psychoses spéciales pouvaient se développer à la suite de l'asthénie, comment le nouveau syndrome, ou la nouvelle affection mentale, s'enchaînait avec l'état neurasthénique : il est inutile de revenir sur ces détails si importants qu'ils soient au point de vue médico-légal professionnel. L'association de la neurasthénie par surmenage à la débilité mentale constitutionnelle (il s'agit ici d'une association et non d'une complication à proprement parler) est un fait qu'il importe de connaître pour éviter des erreurs : ces sujets fatigués, épuisés, neurasthéniques vrais, se connaissent mal, s'expriment mal, de sorte que chez eux la maladie peut rester méconnue. L'alcoolisme, surajouté à la neurasthénie est encore une complication à ne pas ignorer : les symptômes de l'intoxication éthylique peuvent voiler assez longtemps le syndrome asthénique fondamental.

LETTRE DE RHENANIE

Une statistique des maladies déclarées dans un pays allemand.

J'ai relevé au cours de plusieurs années les déclarations de maladies contagieuses faites sur un territoire ci-devant allemand, présentement gouverné par la Ligue des Nations.

Ce territoire (Sarre) est divisé en huit régions correspondant sensiblement aux *cercles* administratifs, six qui étaient prussiennes (Sarrebruck-ville et Sarrebruck-campagne, Sarrelouis, Merzig, Saint-Wendel, Ottweiler) et deux qui étaient bavaroises (Hombourg et Saint-Ingbert).

Le gouvernement de la Ligue des Nations n'a pas apporté, en ce qui a trait à la déclaration des maladies contagieuses, de modifications (1) aux législations qui étaient en vigueur sur le territoire c'est-à-dire à la législation d'Empire pour l'ensemble du territoire, à la législation prussienne pour la partie prussienne, à la législation bavaroise, laquelle est presque identique à la législation prussienne, pour la partie bavaroise.

Je renvoie à ceux de mes articles précédents du *Progrès Médical* qui exposent ce que sont ces législations.

La population du territoire est d'environ 600.000 habitants.

Les principales maladies endémiques sont la *diphtérie*, la *dysenterie bacillaire* et depuis 1920 l'*encéphalite léthargique*.

Dans le tableau suivant la lettre *M* signifie : *malades*, la lettre *D* signifie : *décès*. Le chiffre des décès est inclus dans le chiffre des malades de la colonne voisine.

En ce qui a trait à la tuberculose, seuls, pendant la période envisagée, les décès par tuberculose pulmonaire ou laryngée ont été déclarés ; de même pour la grippe, seuls les décès ont été déclarés.

Les maladies soumises à la déclaration mais dont aucun cas ne s'est produit pendant la période envisagée ne sont pas rappelées dans le tableau.

La rougeole, les oreillons, la varicelle... ne sont pas soumises à la déclaration, mais sont signalées en cas d'épidémie importante, nécessitant une mesure administrative : la fermeture d'une école par exemple.

Le cas échéant, toute maladie contagieuse ou épidémique, quelle qu'elle soit, peut être soumise à la déclaration aussi longtemps que l'autorité gouvernementale le juge nécessaire.

	Diphtérie		Scarlatine		Typhoïde et para		Méningite cérébro-spinale		Fièvre puerpérale		Dysenterie		Encéphalite léthargique		Tuberculose pulm et laryn.	Grippe	Trachome		Intoxication alimentaire	
	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	M.	D.	D.	D.	M.	D.	M.	D.
du 6 avril au 30 septembre 1919.	180	12	66		187	16	13	7	38	8	408	35			583	6	1			
du 1er octobre 1919 au 30 septembre 1920	320	40	364	7	248	21	19	9	98	23	415	69	230	80	755	93				
du 1er octobre 1920 au 30 septembre 1921	284	20	236	5	278	16	13	5	106	23	111	13	234	48	789	46				
du 1er octobre 1921 au 30 septembre 1922..........	245	24	174	3	271	26	31	8	80	29	38		15	3	890	167	1		25	3
du 1er octobre 1922 au 30 septembre 1923..........	293	36	146	2	151	9	55	24	98	26	35	5	32	15	895	39	7		12	

Il y a tout lieu de considérer ce tableau comme exact, pour la plupart des maladies déclarées. L'examen en présente donc un certain intérêt, puisque les déclarations

(1) Je note pour mémoire et par scrupule d'exactitude que, dès avant l'installation du gouvernement de la Ligue des Nations, je fis imposer dans le territoire, la déclaration des cas d'encéphalite léthargique.

étant faites consciencieusement, on peut se rendre compte de ce qu'est la pathologie par maladies contagieuses ou épidémiques dans un pays d'étendue très restreinte, de climat assez rude, peuplé de 600.000 habitants principalement répartis en grosses agglomérations industrielles et minières.

Malgré cette exactitude des restrictions sont à faire :

Ainsi je doute que le nombre des cas de diphtérie soit, même approximativement, celui qu'indique le tableau. Dans une région où la diphtérie bénigne court les rues, il est vraisemblable qu'un nombre très considérable de cas échappent aux médecins et qu'un nombre appréciables de cas bénins, s'ils n'échappent pas aux médecins, échappent à la déclaration.

Il se peut également que le nombre des décès par grippe soit assez fortement approximatif. Pas plus en Allemagne qu'en France on ne peut imposer au médecin l'emploi du diagnostic *grippe*, ni le lui interdire. Il se peut d'ailleurs que le nombre des cas mortels qualifiés plus ou moins abusivement grippe balance celui des cas mortels plus ou moins abusivement omis comme grippe. Disons encore que la déclaration englobe sans distinction les typhoïdes et les paratyphoïdes (Typhus : *unterleisbtyphus auch in der form des paratyphus*) (1).

Je rappelle maintenant que les intoxications par la viande avariée (*Fleisch, Fisch oder Wurstvergiftung*) sont soumises à la déclaration. Toutefois, les cas survenus en 1922 et 1923, déclarés et relatés dans le tableau, sont presque tous des cas d'intoxication par des champignons vénéneux.

Enfin je signale que le Landtag prussien a, par des lois, en date du 4 août 1923 rendu obligatoire, édicté toutes mesures utiles ou complémentaires nécessaires pour rendre obligatoire la déclaration des cas de tuberculose pulmonaire et laryngée et *non plus seulement* celle des cas de décès par tuberculose pulmonaire et laryngée.

Il y a donc lieu de rectifier sur ce point les données de mes articles précédents, articles dont je reproduis la liste à l'usage des confrères curieux des choses d'Allemagne : *Progrès Médical* du 13 janvier 1923, n° 2 : *la déclaration des maladies contagieuses en Prusse* ; 31 mars n° 13 : *Les commissions de santé et le médecin fonctionnaire en Prusse* ; 29 septembre 1923 n° 39 : *Les fonctions du Kreisartz prussien* ; 6 octobre 1923 n° 40 *Les désinfecteurs en Prusse.*

G. SAINT-PAUL,
Médecin principal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 mars 1925

Assurances sociales et enseignement hospitalier (*Discussion*). — M. E. *Sergent*, membre de la commission, s'associe complètement aux conclusions du rapport de M. Balthazard, et tient tout particulièrement à souligner la gravité des répercussions qu'aura le projet de loi sur l'organisation hospitalière et sur l'enseignement clinique. Le libre choix du médecin, inscrit dans le projet, implique nécessairement pour l'assuré obligatoire transporté à l'hôpital le droit de se faire soigner par le médecin de son choix. Dès lors, le corps médical des hôpitaux est appelé à disparaître, en même temps que disparaîtra l'organisation hospitalière actuelle.

On pourra voir, dans une même salle, vingt, trente malades soignés par vingt, trente médecins différents. Où sera la discipline ? Où sera la direction ? L'Assistance Publique, nécessairement verra ses hôpitaux désertés ; elle les vendra aux caisses d'assurances. Quelques services seulement persisteront, pour permettre à la Faculté d'assurer l'enseignement clinique officiel qui lui incombe. Mais, l'enseignement hospitalier libre, dont le renom séculaire est une des gloires de notre pays, aura vécu.

Comment les futurs médecins apprendront-ils leur métier ? Sera-ce en suivant les visites hâtives que feront à leurs clients hospitalisés les praticiens qui, successivement, passeront dans les salles des hôpitaux ?

Il est nécessaire que les législateurs envisagent ces répercussions du projet de loi et l'amendent de façon à maintenir notre organisation hospitalière.

M. *Balthazard* donne lecture de divers documents montrant tous les inconvénients du système tel qu'il fonctionne en Alsace. Le libre choix n'est qu'apparent, le souci du traitement convenable des malades est négligé, le niveau moral de l'exercice de la médecine est abaissé.

Leucémie myéloïde et irradiations. — MM. Pr. *Merklen, Wolf et Néel* rapportent le cas d'une femme de 62 ans qui vint mourir dans leur service, de leucémie myéloïde. D'après les anamnestiques on pouvait fixer le début de la maladie à quatre ans au moins.

Cette femme, en 1917, avait été traitée pour un fibromyome de l'utérus par Kronig (de Fribourg), qui la soumit à une séance de radiothérapie de sept heures de durée.

La question est de savoir s'il existe un rapport entre des irradiations à doses aussi insolitement prolongées et la leucémie. Il est difficile de se prononcer pour la négative ou l'affirmative ; mais le fait mérite d'être discuté après la communication de P. Emile-Weil et Lacassagne, qui ont vu la leucémie myéloïde emporter un chimiste occupé à manier des substances radioactives. Certes, dans le cas présent, on peut objecter qu'un laps de temps de quatre ans s'est écoulé entre la séance d'irradiations et le début apparent de la leucémie myéloïde ; mais on n'ignore pas que l'action expérimentale des irradiations sur les éléments cellulaires ne se manifeste qu'après une période de latence assez longue.

Prévention de l'orchite ourlienne par injection de sérum de convalescents. — MM. *de Lavergne et Florentin* ont recherché si l'injection de sérum de convalescents d'oreillons aux malades atteints de parotidite ourlienne était capable de prévenir la complication d'orchite. Leurs résultats portent sur 113 malades. Même en utilisant de faibles doses (10 et 15 cc.), ils ont obtenu des résultats favorables, faisant passer la proportion d'orchites de 25 % chez les témoins à 5 %. Mais en utilisant la dose de 20 cc. ils ont obtenu une prévention de l'orchite pratiquement absolue. Les auteurs montrent les raisons de l'importance d'une dose élevée, c'est que beaucoup de convalescents d'oreillons ont un sérum inactif, d'où la nécessité d'injecter un chiffre relativement élevé d'un mélange de sérums.

Au cours de leurs recherches ils ont constaté que le sérum de convalescents traités (sérum B) est doué d'un pouvoir favorisant, car sous son action le pourcentage des orchites devient alors très élevé (42 %), preuve indirecte mais formelle de la spécificité de la séroprophylaxie de l'orchite.

En définitive, les auteurs estiment que par injection de sérum de convalescents d'oreillons, dans la presque totalité des cas, la complication d'orchite peut être prévenue.

Le budget de l'hygiène. — M. Léon *Bernard* dépose sur le bureau de l'Académie un vœu suggéré par les mesures d'économies proposées par la Commission des finances du Sénat. Il demande l'urgence. La section d'hygiène par l'organe de M. Thibierge son rapporteur, propose ce vœu qui est adopté :

« L'Académie de médecine, émue de la réduction envisagée de 52 millions de francs sur les crédits affectés à l'hygiène, estime de son devoir d'appeler énergiquement l'attention des Pouvoirs publics sur les conséquences désastreuses qu'entraînerait une pareille mesure dont l'effet serait de ruiner les initiatives et les organisations publiques et privées qui ont engagé, avec un succès déjà tangible, la lutte contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile. Cette prétendue économie se chiffrerait en réalité par une lourde perte de vies humaines et l'accélération de la dépopulation de la France.

(1) Le typhus est appelé en Allemagne Fleckfieber, Flecktyphus. Les cas de typhus confirmé ou simplement les cas suspects (Fleckfieberverdacht) sont soumis à la déclaration. Aucun en Sarre pendant la période envisagée.

M. *Marinesco*. — Le traitement de la paralysie générale.

Election. — La liste de présentation portait : en première ligne, M. Lapicque ; en deuxième ligne par ordre alphabétique, MM. Anthony, Jolly, Marage, Pettit et Tiffeneau.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 82, majorité 42, M. Pettit obtient 38 suffrages ; M. Lapicque, 37 ; M. Marage, 4 ; M. Jolly, 1 ; M. Antony, 1 ; et M. Tiffeneau, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour.

Le nombre des votants étant de 80, majorité 41, M. Pettit obtient 45 suffrages, M. Lapicque 35.

En conséquence, M. Petit est proclamé élu.

Séance du 7 avril

Séro-prophylaxie de l'orchite onrlienne et des oreillons par le sérum de sujets convalescents ou guéris de cette maladie. — ***M. P. Teissier***. — Les recherches de MM. de Lavergne et Florentini confirment celles que j'ai poursuivies durant les années 1923-1924 avec mes collaborateurs le Dr Cambessedès, comme chef de clinique, et mes internes MM. Cochez, Georges et Joannon, à la clinique des maladies infectieuses, recherches que j'ai cru devoir exposer d'abord dans une leçon de janvier dernier et que j'ai laissé publier récemment.

La concordance des résultats obtenus par une technique sensiblement analogue, la grande similitude des conclusions sont intéressantes à rapprocher.

Mes tentatives ont visé : 1° avant tout la séro-prophylaxie de l'orchite ourlienne ; 2° la séro-prophylaxie des oreillons.

1° *Résultats de la séro-prophylaxie de l'orchite ourlienne*. — 172 malades injectés, 14 orchites, plus légitimement 12, l'intervention ayant été trop tardive dans deux cas, soit 8.13 % ou mieux 6.97 %.

176 retenus comme témoins, 41 orchites, 23.29 %. Une dose plus forte, 40 cc., diminue la proportion sans donner une protection absolue. Ce qui importe pour un résultat meilleur, c'est une intervention plus précoce avec un sérum recueilli plus tardivement sur des sujets non atteints d'orchite pour les raisons développées par ailleurs.

2° *Résultats de la séro-prophylaxie ourlienne*. — L'expérience est unique mais encourageante. La sérothérapie a été appliquée dans un orphelinat de jeunes filles de 6 à 18 ans. 37 jeunes filles avaient été atteintes avant toute intervention sérothérarapeutique ; 22 jeunes filles reçurent une injection de 10 cc. ; les autres de 20 cc. de sérum. Par la suite aucun cas d'oreillons chez les élèves traitées, 4 chez les non traitées.

Ces faits autorisent à conclure que la prophylaxie par le sérum de convalescent, méthode sans danger et sans aucun inconvénient, peut légitimement acquérir droit de cité dans l'ensemble des mesures qui visent à prévenir le développement d'une épidémie d'oreillons ou à préserver de l'orchite ourlienne les adolescents ou les adultes atteints de cette maladie.

Quelques formes peu connues de diverticules de l'œsophage. — ***M. J. Guisez***. — Dans la grande majorité des cas les *diverticules ne sont pas œsophagiens*, mais développés aux dépens de la paroi de l'*hypopharynx* immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage.

C'est, en réalité, une portion de la paroi qui cède, la muqueuse doublée de la fibreuse fait hernie à travers les faisceaux musculaires dissociés. Le sujet fait des efforts répétés pour que le bol alimentaire descende et franchisse la bouche de l'œsophage qui se trouve sténosée soit par un spasme, soit par une sténose inflammatoire ou cicatricielle. Sous l'influence de cette poussée du bol alimentaire, les parois de l'hypopharynx se distendent en leur point faible ou mal soutenu (paroi postérieure et latérale), ce sont là *les diverticules par pulsion de Zenker*. La poche ainsi constituée glisse plus bas que la bouche de l'œsophage pouvant atteindre un assez gros volume, celui d'une grosse orange par exemple, et plongeant alors dans la partie supérieure du thorax.

Dans la pathogénie de ces diverticules très importants sont les petits traumatismes fréquemment répétés comme ceux produits par le bol alimentaire mal mastiqué et, de fait, cette affection est plus fréquente chez les gens âgés et chez les édentés. Ces diverticules par pulsion manifestent leur présence par des régurgitations avec pesanteur et gonflement à la partie supérieure du cou. A une période avancée la déglutition devient très difficile et la cachexie s'installe. En outre, l'œsophagite par la stase créé une prédisposition réelle à l'éclosion du cancer.

Telle est la pathogénie la plus ordinaire des diverticules dits de pulsion ; mais, indépendamment de ceux-ci, il peut exister, et généralement au tiers moyen de l'œsophage, des *diverticules par traction*, qui sont dus aux adhérences de ce conduit aux ganglions intertrachéobronchiques et a la rétraction cicatricielle. Ces diverticules sont en général très petits, ne donnant lieu qu'à des troubles très peu marqués et souvent ne sont qu'une trouvaille aux rayons X ou à l'œsophagoscope.

Il a été donné récemment à l'auteur de diagnostiquer trois cas de diverticules de forme tout à fait différente et peu connue. L'un d'eux siégeait au 1/3 supérieur et était consécutif à une blessure de guerre, les deux autres au 1/3 inférieur ; dans ces deux derniers cas, c'est en somme à la sténose œsophagienne (valvulaire dans le premier et inflammatoire dans le deuxième) que sont dus ces diverticules, il s'agissait là de véritables *diverticules par pulsion du 1/3 inférieur de l'œsophage, alors que ceux-ci n'ont été décrits qu'à la portion supérieure de ce conduit*.

En général, dans la portion thoracique de l'œsophage consécutivement aux sténoses inflammatoires et spasmes on observe des dilatations diffuses que l'on nomme des *méga-œsophages*. Il est donc exceptionnel, et le fait n'a pas encore été signalé, de constater dans cette région des dilatations diverticulaires.

Dans le premier cas, la valvule semble être d'*origine congénitale* ayant créé pendant longtemps une sténose incomplète qui s'est accentuée peu à peu par l'œsophagite concomitante. Etant donnée l'âge du sujet, l'évolution lente du mal, *on pensait à un cancer*. Dans le deuxième cas, il s'agit de *spasme et de sténose inflammatoire* consécutive, de la région du cardia.

On sait que le traitement classique des diverticules de la région supérieure qui ont acquis un gros volume est surtout chirurgical et on doit donner la préférence, comme beaucoup moins dangereuse, à l'opération en deux temps, sous anesthésie locale. Mais, dans les cas peu avancés, l'auteur a réussi à rendre une déglutition normale à beaucoup de ces malades par la *dilatation multibougiraire*, en glissant d'abord une fine bougie dans l'orifice et sur celle-ci une deuxième et une troisième plus grosse, réalisant ainsi une dilatation totale bien supérieure à la dilatation par une seule bougie. Par ce traitement, suffisamment prolongé, qui atteint en somme la cause initiale du diverticule, on peut espérer rendre une déglutition normale à ces malades et, en tous cas, c'est le seul traitement de mise lorsque le diverticule siège, comme dans les deux cas rapportés plus haut, dans la partie inférieure de ce conduit.

Modifications de la fonction uréo-secrétoire au cours de la cure de Saint Nectaire. Application au traitement hydrominéral de certains azotémiques. — ***M. J. Sérane*** rend compte des effets que produisent sur la fonction rénale uréo-secrétoire les divers éléments thérapeutiques en usage à Saint-Nectaire : cure de diurèse ; ingestions d'eaux plus minéralisées ; affusions lombaires ; régimes hypo oxiques.

Il conclut à l'indication de la cure thermale de St-Nectaire dans les insuffisances rénales uréo-secrétoires se manifestant soit par une augmentation de K ou une diminution de la P. S. P. sans azotémie (période préazotémique), soit par une azotémie initiale constante inférieure à 1 gr. 25, l'insuffisance cardiaque confirmée ou la grosse rétention chlorurée constituant une contre-indication comme à toute cure hydrominérale.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 3 avril 1925

Recrudescence de l'alcoolisme. — ***M. Achard*** demande une enquête sur la recrudescence de l'alcoolisme.

Kala-Azar tunisien à évolution mortelle chez une adulte. — *MM. A. Lemierre, Léon Kindberg et Etienne Bernard* rapportent l'histoire d'une femme de 26 ans qui fut atteinte en mai 1924 à la Goulette (Tunisie) de leishmaniose splénique. A la fin de novembre 1924, la rate, énorme, était ptosée jusque dans le petit bassin, tordue sur son axe et menacée d'étranglement. Une splénectomie soulagea la malade et améliora quelques jours l'état général : puis la fièvre reprit et malgré un traitement énergique par les injections intraveineuses de stibényl, la mort survint dans le neuvième mois de la maladie.

Le Kala-azar méditerranéen est presque exclusivement une maladie des enfants et le nombre de cas relevés chez les adultes est encore très restreint. En ce point, la maladie présentée par cette femme se rapproche du Kala-azar indien. Elle s'en rapproche également par sa gravité, car il s'est agi là d'une infestation massive de l'organisme. Les coupes de la rate y ont montré une quantité prodigieuse de parasites. Le foie, après la splénectomie est apparu très augmenté de volume. L'éhec du traitement par le stibényl est un fait malheureux mais il ne diminue en rien la valeur de ce médicament qui a fait ses preuves dans d'autres cas. Peut-être faut-il, pour expliquer cet échec, invoquer le début tardif du traitement (7 mois et demi après le commencement de la maladie) qui a permis une multiplication excessive des parasites dans l'économie.

Les pleurésies sclérogènes du pneumotorax artificiel.—*M. J. Morelli* (de Montévidéo). — On voit parfois au cours du pneumothorax artificiel des cas de pleurésie qui sont suivies d'une sclérose pulmonaire totale qui assure la guérison définitive du malade quoique la symphyse pleurale concomitante ait obligé à interrompre le traitement. M. rapporte trois histoires, dont une particulièrement démonstrative, car étant survenu au cours du P. A. une fistulisation pleuro-pulmonaire il se produisit quand même la sclérose avec adhérence du poumon à la plèvre, et guérison définitive du malade. Il est impossible à l'heure actuelle de pouvoir caractériser ces pleurésies sclérogènes hors que par leurs effets, ni de les pouvoir produire à volonté.

M. *Rist* a constaté qu'au cours du pneumothorax artificiel, l'amélioration ne commence souvent qu'après l'apparition d'une pleurésie soit fibrineuse, soit purulente.

Un cas de coryza toxique. — *M. Rist* rapporte la très curieuse observation d'une femme de 32 ans atteinte de coryza toxique, survenu après manipulation d'une poudre vendue contre l'ivrognerie. La guérison du coryza est survenue quant la malade a cessé son travail. La poudre analysée, contenait de l'émétique à dose nauséeuse et du saccharose.

Sur la persistance du pouvoir antitoxique dans le sérum des sujet vaccinés par l'anatoxine anti-diphtérique. — *MM. H. Darré, G. Loiseau et A. Lafaille*, rapportant les observations de trois de leurs sujets immunisés par l'anatoxine constatent que onze mois, un an et treize mois après la vaccination, le pouvoir antitoxique de leur sérum se maintient à des taux relativement élevés. Cette résistances à l'épreuve du temps du pouvoir antitoxique du sérum due à la seule action de l'anatoxine est une preuve de plus en faveur de sa haute valeur antigène.

Diagnostic du scorbut infantile. — *M. Comby* rapporte l'observation d'un enfant de 14 mois atteint de pseudo paraplégie douloureuse et d'hémorragies gingivales, l'alimentation était faite par du lait condensé (lait gloria). L'enfant a présenté au 13e mois les premières manifestations cliniques qui furent prises d'abord pour une paralysie infantile, puis pour des rhumatismes articulaires aigus. Le diagnostic de scorbut n'avait pas été posé. L'alimentation par du lait naturel et d'administration de jus de citron amenèrent la guérison.

L'unicité du virus syphilitique. — *MM. Sézary et Marceridon* rapportent l'observation d'une tabétique n'ayant jamais présenté de lésion cutanée importante et dont la fille eut à 11 ans une kératite interstitielle et à 12 ans des gommes buccales qui provoquèrent la perforation du palais et la mutilation du voile. Le même virus s'est donc montré neurotrope chez la mère, dermotrope chez la fille,

Les auteurs voient dans ce cas un nouvel argument clinique en faveur de l'unicité du virus syphilitique. Ils font d'ailleurs remarquer que la question de l'unicité ou de la pluralité des tréponèmes ne peut pas être résolue par l'expérimentation sur le lapin, car on ne saurait conclure de la syphilis du lapin à celle de l'homme, mais seulement par des faits cliniques bien observés.

Deux cas de spirochétose à forme méningée. — *MM. Jean Tapie et L. Bonhoure.*

Comité secret. René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 mars 1925.

Chirurgie biliaire. — *M. Lecène* rapporte deux observations de *M. Moiroud* (de Marseille). Dans le premier cas il s'agissait d'une femme de 48 ans, lithiasique, chez laquelle une hépaticostomie avait permis d'évacuer des calculs et de la boue biliaires. La guérison s'était faite au prix d'une fistule. Aussi dans un deuxième temps, l'auteur pratiqua, après cholédocotomie et extraction d'un calcul en noisette du cholédoque, la cholécystectomie.

M. Lecène remarque que ces opérations itératives sont toujours difficiles et qu'au cours du premier temps le calcul du cholédoque aurait sans doute pu être enlevé avec la pince spéciale.

Dans le deuxième cas, une malade opérée de cholécystostomie pour lithiase depuis 12 ans, voyait s'écouler par cette fistule de la bile, du mucus et présenta un ictère fébrile. L'opération révéla une lithiase de l'hépatique et du cholédoque jusqu'à sa terminaison. Les suites furent mouvementées : fistule biliaire, décoloration des matières. Aussi, six mois après, M. Moirond réintervient et trouve une sténose de la terminaison du cholédoque, vérifiée par duodénotomie ; il pratique une hépaticoduodénostomie latéro-latérale suivie de guérison. C'est là une opération d'indication peu fréquente et à laquelle s'oppose dans des cas analogues la section simple du rétrécissement grâce à la duodénotomie.

Mégacôlon. — *M. Lecène* rapporte deux observations de *M. Dervaux* (de Saint-Omer). Dans l'un il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, végétarienne et grosse mangeuse, qui fit un volvulus du côlon descendant se traduisant par des signes d'occlusion lente. La détorsion simple fut pratiquée et la guérison se maintient depuis un an. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un étranglement à travers un orifice anormal du méso-côlon transverse.

Kyste abdominal. — *M. Marmas* (Orléans) a opéré un grand kyste à revêtement épithélial situé près du foie, adhérent à l'épiploon et à l'estomac, extrait intact sans aucune ligature de pédicule. Guérison simple. M. Rubens-Duval avait interprété la pièce comme une vésicule biliaire amincie, caractérisée par une paroi à fibres lisses avec des cryptes glandulaires.

M. Lecène relève au contraire l'intégrité de la vésicule constatée au cours de l'opération et rapproche cette tumeur des cysto-adénomes biliaires qui sont d'ailleurs moins extériorisés habituellement.

Ostéosynthèse du maxillaire inférieur. — *M. Picot* rapporte une observation de *M. Brau-Tapie* relative à un blessé atteint de fractures multiples, parmi lesquelles une fracture du maxillaire inférieur s'est accompagnée d'une déformation énorme avec, en outre, ostéomyélite et séquestre. Intervention deux mois après, ablation du séquestre et réduction maintenue par une plaque de Lambotte. Les résultats sont excellents, la consolidation et l'engrènement des dents étant satisfaisants.

Traumatisme du carpe. — *M. Louis Bazy* rapporte deux cas de *M. Clavelin* (armée). Le premier blessé présentait, avec une fracture cunéenne externe et un arrachement du pyramidal, une luxation du semi-lunaire en avant. Deux tentatives de réduction

étant restées sans résultat, le semi-lunaire fut reséqué par voie palmaire et le résultat obtenu fut parfait.

Le second, un aviateur, était atteint d'une fracture de jambe et, en outre, d'une luxation du semi-lunaire avec fracture du scaphoïde et arrachement parcellaire du pyramidal. La réduction, après deux tentatives successives sous anesthésie générale, fut suffisante pour être suivie d'un excellent résultat.

M. Lapointe et Mouchet appuient les conclusions du rapporteur disant qu'il y a lieu d'appliquer successivement la réduction non sanglante, la réduction sanglante et, en cas d'échec seulement l'énucléation du semi-lunaire.

Opération de Hey-Groves (réfection de ligament croisé du genou. — *M. Fredet* rapporte une observation de *M. Desplas*, de rupture du ligament croisé externe. Après un traumatisme du genou se révèle un épanchement articulaire abondant, la marche est impossible et on note une douleur localisée sur la surface prétibiale. M. Desplas aborde l'articulation par section de la rotule et du ligament rotulien et refait le ligament rompu avec un lambeau enroulé de fascia lata qui passe à travers le condyle interne et est suturé à la surface prétibiale. Le résultat fonctionnel tout à fait remarquable a été suivi durant deux ans et demi.

M. Baumgartner a pratiqué il y a 6 mois une opération analogue. Le blessé peut actuellement s'accroupir, pratiquer la course à pied, jouer au foot-ball.

Pancholécystite. — *M. Cunéo* rapporte une observation de *M. Sénèque* relative à une opération de cholécystostomie pratiquée pour cholécystite aiguë. Mais les accidents infectieux persistent et Sénèque, sur les conseils d'ailleurs de M. Cunéo, pratique la cholécystectomie avec drainage qui amène la guérison.

Il s'agit dans ces cas de vésicules épaisses, cartonnées, avec points ramollis correspondant à une infection pariétale avec abcès pariétaux. La séreuse présente un œdème sous-séreux, périvésiculaire, l'adénopathie est très marquée et la cholécystectomie est le traitement de choix de ces pancholécystites.

Séance du 25 mars 1925

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. *Robineau*, à propos d'une observation récente, revient sur quelques points de technique. Il est resté fidèle à l'anesthésie par lavement à l'éther, considérant l'anesthésie générale comme déprimante et dangereuse à cause de l'hémorragie toujours possible. Il fait une trépanation très petite. On a vu parfois de graves hémorragies nécessitant la transfusion.

M. Robineau a renoncé à lier la carotide externe. Dans une opération bien réglée on doit pouvoir maîtriser les hémorragies. Il faut compter aussi avec la paralysie faciale qui n'est jamais immédiate mais qui peut apparaître cinq ou six jours après. Il faut aussi songer aux troubles oculaires qui, dans quelque cas, ont été jusqu'à nécessiter l'énucléation. Il est utile, à ce point de vue, de conserver le nerf grand pétreux tout en le disséquant. Il faut aussi s'appliquer à la conservation de la zone motrice du trijumeau, ce qui est souvent difficile. Après la névrotomie rétro-gassérienne, les malades présentent souvent une anesthésie du voile du palais et de la moitié de la muqueuse buccale du côté opposé à celui de l'opération.

M. de *Martel*, qui a pratiqué 85 fois cette opération, a modifié peu à peu sa technique opératoire, l'a simplifiée et améliorée. Il insiste sur la nécessité de ne pas s'écarter de la zone décelable, de repérer la méningée moyenne, de la lier et de la couper, de refouler peu à peu les tissus. Dès qu'il s'écoule quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, on sait qu'on est en bonne situation et il n'y a plus qu'à couper, sans chercher d'autres points de repère.

Occlusion intestinale par corps étrangers. — M. *Roux-Berger* fait un rapport sur une observation adressée par M. Hertz (de l'hôpital Rothschild). Il s'agit d'une occlusion du grêle par deux fragments de figues, ayant nécessité une résection partielle du grêle, anastomose bout à bout, et, par mesure de prudence, entéro-anastomose supplémentaire. M. Roux-Berger loue l'auteur d'avoir pris cette sage précaution d'ajouter une entéro-anastomose à la suture intestinale.

Péritonites chroniques. — M. *Roux-Berger* analyse deux autres observations de M. Hertz. Premier cas. Femme de trente-sept ans opérée quelques années auparavant d'un kyste de l'ovaire. Souffrant de nouveau du ventre, on reconnaît l'existence d'un fibrome utérin avec salpingite droite. On intervient. Sept mois après, la malade souffre de nouveau. On constate une masse indurée dans la fosse iliaque droite. On intervient de nouveau, on résèque l'épiploon en totalité. De nouvelles douleurs apparaissent. Il s'agit d'une zone d'adhérences entre le cæcum et la paroi. On résèque un mètre d'anses grêles agglutinées. Anastomose termino-terminale. Guérison. Il s'agissait d'une péritonite chronique, non spécifique, ni syphilitique, ni tuberculeuse. Péritonite chronique simplement inflammatoire. Guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de quarante ans atteint de hernie inguinale double. Pris de douleurs vives avec vomissements, il présente bientôt des signes d'étranglement herniaire. Incision du sac, évacuation d'un liquide citrin ; on monte jusqu'à l'anneau et on constate un sac intestinal inclus dans le sac herniaire. Laparotomie. On trouve des plaques blanchâtres, cartonnées. On résèque 1 m. 50 d'intestin grêle, on enlève l'appendice et on fait une anastomose latéro-latérale. Suites bonnes. L'examen des coupes de l'intestin réséqué conclut à une forme de péritonite chronique non spécifique. Ces faits sont assez rares. Il faut féliciter M. Hertz d'avoir communiqué ces cas de péritonite chronique.

Traitement des angiomes par des injections intraveineuses de citrate de soude. — M. *Sorrel* fait un rapport sur une observation de M. Hustin (de Bruxelles). Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui était atteinte d'un angiome de la joue gauche soulevant la peau et avec saillies veineuses, non pulsatile, mais molle et dépressible. Cet angiome fut guéri en trois mois par quelques injections intraveineuses dans la tumeur d'une solution de citrate de soude 200 p. 1000.

M. S. rappelle, à ce sujet, les bons résultats obtenus dans ces cas par les injections formolées de Morestin. M. Hustin a préféré employer le citrate de soude qui, d'ailleurs, lui a donné un bon résultat.

M. Sorrel rappelle de récentes expériences qui ont été faites avec des injections d'une solution de salicylate de soude à 30 p. 100 qui ont été faites dans les veines de l'oreille des lapins. Ces injections amèneraient la sclérose des parois des veines sans jamais produire d'embolies. Ces injections seraient elles applicables au traitement des angiomes ? Jusqu'à plus ample informé, M. Sorrel donnera la préférence aux injections formolées de Morestin pour les angiomes inextirpables.

Mégacôlon. — M. *Ockinczyc* rapporte l'histoire compliquée d'une malade qui était atteinte de métrorragies abondantes, rapportées à un fibrome pédiculé sur la corne droite de l'utérus, d'une constipation opiniâtre, car elle n'avait guère qu'une selle par mois, souffrant souvent de coliques. On reconnut plus tard que la tumeur prise pour un fibrome n'était qu'une rétention de matières fécales accumulées. La malade subit plusieurs interventions sans résultat. On constate une dilatation du côlon descendant. Dans une dernière intervention on pratique une extériorisation du côlon. On fait une anastomase iléo-rectale. On constate que le côlon descendant constitue une masse énorme, dure. La malade ayant succombé, on examine le côlon et on le trouve rempli d'une quinzaine de tumeurs du volume de mandarines. L'examen microscopique de ces tumeurs révèle qu'il s'agit de fibromyomes de l'intestin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 mars 1925

Retentissement dangereux des dysmorphoses facio-cranio-vertébrale sur l'évolution organo-végétative et psychique des enfants. — *M. Pierre Robin*, par l'application de sa méthode chez les dys-

morphiques, obtient la guérison de la respiration par la bouche la mise en place du menton fuyant ou en galoche, la régularisation des dents projetées en avant ou en chevauchant, et la restauration esthétique de la face. A ces corrections correspondent une santé et un développement normal des enfants.

Jeûne thérapeutique, otorrhée, mastoïdite et obésité. — *M. Natier* apporte l'observation d'un homme de 50 ans, obèse, d'un état général déplorable, atteint d'otorrhée avec menaces de complications mastoïdiennes. Situation s'aggravant malgré les soins ordinaires. Cure exclusive de désintoxication. Soulagement immédiat, guérison définitive.

Médecine légale et cinéma. — *MM. A. Marie et Rogues de Fursac* attirent l'attention sur les dangers grandissants du cinéma imprudemment suggestif de crimes et de délits : progression alarmante de délits et crimes de mineurs, isolés ou en bandes, réalisant les attentats tels qu'ils les ont vus figurer en films quotidiens. Les auteurs citent des exemples caractéristiques de cambriolages simulés ou réalisés. Les médecins légistes, comme les juges, constatent ces faits de contamination par le film et réclament des mesures de prophylaxie.

La toux des faux tuberculeux (avec projections). — *M. Maurice* par une série de projections attire l'attention sur le rhino-pharynx et spécialement sur l'amygdale linguale. Cette région très vasculaire et très innervée, provoque la sensation de corps étrangers, de picotements, etc. La toux sèche, la toux quinteuse vient de là 9 fois sur 10. En y regardant, vous y trouvez de gros follicules, une hypertrophie en masse, des varices diffuses, etc.

En y portant le cautère, la toux disparaît en 2 ou 3 séances.

A. Lavenant.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Séance du 11 mars 1925

Note sur la mobilité de la chaîne des osselets. — *M. Delobel* a eu l'occasion d'observer un homme qui contractait à volonté les muscles de sa chaîne tympanique : cette contraction s'accompagnait de bruits membraneux, nettement perceptibles à distance et de contractions isochrones de l'ensemble de la musculature du voile du palais.

Depuis qu'il a eu l'attention attirée sur ce point, il a eu l'occasion de rencontrer plusieurs sujets capables, à des degrés divers, de la même action sur les muscles — les uns étant obligés de garder les mâchoires serrées, au cours de cet exercice, les autres pouvant ouvrir la bouche.

Cette faculté, qui semble ne pas être exceptionnelle, confirme de manière en quelque sorte expérimentale, la non ingérence du facial dans la musculature du voile, et l'action exclusive des noyaux moteurs du trijumeau, soit directement, soit par l'intermédiaire du ganglion otique, dans l'innervation motrice du voile du palais et du muscle du marteau.

Un cas de « cortico pleurite prolongée avec crachats bacillifères ». — *M. Defaux* relate un cas de cortico-pleurite prolongée, avec crachats bacillifères, observé chez une jeune fille de 19 ans 1/2 et dont les caractères cliniques sont particulièrement typiques.

L'auteur attire l'attention sur la lenteur d'évolution de ces processus, sur leur bénignité relative en raison de la conservation de l'état général et sur l'élément de gravité que vient introduire la ténacité des lésions. Il insiste également sur le danger que créent autour d'eux ces semeurs inconscients de bacilles.

Deux cas d'amaurose consécutifs à de grosses hémorragies. — *M. Desprets.* — Le premier, dû à une hématémèse, se termina par une atrophie complète et définitive des deux nerfs optiques. Dans le second cas, une femme fait une atrophie optique homolatérale à la suite d'une hémorragie utérine post-abortive.

M. Bavelaer.

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 7 avril 1925

Une note d'*Hervé* présentée à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance rapporte une tradition orale concernant un enfant de Jean-Jacques Rousseau. Il aurait vécu à Poitiers sous le nom de Jean-Alexandre. Il exerça la profession d'horloger-bijoutier, puis fut attaché à l'état major de la garde nationale s'occupa à ce titre de l'organisation de l'armée du Puy-de-Dôme, qui participa au siège de Lyon. Esprit inventif et chercheur, il aurait découvert le premier le télégraphe électrique. L'empereur resta sceptique sur la valeur de cette invention, qui ruina Jean-Alexandre. Il revint à son ancien métier et mourut à Angoulême en 1831. *Variot* émet des doutes sur l'origine de Jean-Alexandre. Les recherches qu'il a entreprises à son sujet ne lui ont pas permis de retrouver sa trace dans le registre de la Couche.

Charles Grimbert étudie ensuite un médecin mystique au XVIIe siècle, M. Hamon solitaire de Port Royal. Hamon dit l'auteur de la Biographie Pauckoucke, mériterait plutôt d'être rangé parmi les pieux cénobites que parmi les médecins célèbres. Grimbert nous apprend au contraire que ses préoccupations religieuses restaient indépendantes de son activité professionnelle. C'était un honnête homme avec les vertus et les connaissances que ce mot comportait alors. Il pratiquait l'exercice de son art en bon clinicien et en bon thérapeute et n'y mêlait pas la doctrine janséniste qu'il réservait pour ses méditations personnelles. *Fosseyeux* ne pense pas que le jansénisme ait suscité une doctrine médicale particulière. Il rappelle néanmoins que les solitaires de Port-Royal considéraient la maladie comme une pénitence. *Laignel-Lavastine* évoque les études de Sainte-Beuve sur Port-Royal et le chapitre qui est consacré dans ce livre à M. Hamon. *Leymarie* s'en tient pour son compte à l'opinion de l'auteur de la biographie. Hamon, pour lui, est avant tout un mystique.

Basmadjan analyse ensuite les caractéristiques de l'œuvre de Amirdovlat, qui voulut surtout rendre familière aux étudiants de son temps des notions jusque-là hermétiques.

La vie du Dr Michel Sarrazin dont *Leymarie* nous rapporte les épisodes principaux est pleine d'intérêt pour l'histoire médicale de la Nouvelle France au XVIIe siècle. Sarrazin fut à la fois médecin et chirurgien. Il acquit une grande réputation parmi les colons canadiens, passant son temps sur le Saint-Laurent et les routes entre Québec et Montréal. Il revint à Paris en 1694 se perfectionner dans son art. On a de lui de nombreuses études d'histoire naturelle, sur le rat musqué, le castor, le veau marin, le gingembre, les érables, les eaux minérales du Canada, etc.. Sarrazin fut emporté par une fièvre maligne en 1734. Il laissa plusieurs enfants, dont un fils médecin. Ce médecin naturaliste est bien dans la tradition française. Il contribua pour sa part à établir outre-mer la culture de notre pays. Il méritait de faire l'objet d'une monographie comme celle de *Leymarie*.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 avril 1925

Retrécissement consécutif à un étranglement herniaire. — *M. Thévenard* à propos de la communication de M. Leuret rapporte une observation confirmative des lésions des parois intestinales consécutives à l'étranglement. Mais dans le cas de M. Thévenard, ces lésions portent sur toute l'étendue (un mètre vingt) de l'anse précédemment herniée. M. T. pense que dans la pathogénie de modifications aussi profondes et aussi étendues apportées à la structure de l'anse intestinale, outre le traumatisme il y a lieu de faire intervenir la notion d'infection.

Kyste pelvien après hystérectomie abdominale. — *M. Haller* relate une observation d'une malade qui fit un kyste pelvien dans le ligament large gauche huit mois après une hystérectomie abdominale sub-totale. Ablation du kyste adhérent à l'uretère gauche. Le kyste se composait de trois poches, deux à contenu sanguin, la troisième à contenu citrin. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome de l'ovaire. A l'occasion de cette observation il discute les origines de ces kystes et leur traitement.

ANALYSES

Contribution à l'étude thérapeutique de la goutte, le phényl-cinchoninate d'allyle (atoquinol), solvant de l'acide urique. (M. RAYNAUD. Thèse de Paris, 1925.)

Ce travail très important, basé sur de nombreuses observations, éclaire cette question encore si controversée de la pathogénie de la goutte et de son traitement. Qu'il existe des relations étroites entre la goutte, la production et l'élimination de l'acide urique, le fait ne saurait être mis en doute. Que la thérapeutique des affections goutteuses vise non seulement à prévenir l'accumulation de l'acide urique, mais encore à aider son élimination rénale, c'en est le corollaire obligé : d'où la recherche de médicaments uricolytiques. On sait que le colchique ne doit pas être compté au nombre de ceux-ci, mais il en est un certain nombre, de création assez récente, qui sont donnés comme tels. C'est à leur étude objective que s'est consacré l'auteur, et particuliérement à celle du phényl cinchoninate d'allyle, ou atoquinol.

Il est un point essentiel qui, dans le traitement du goutteux, ne doit jamais être perdu de vue, c'est la fragilité de ses émonctoires qu'il faut avant tout respecter. La cellule hépatique et l'épithélium rénal sont, chez le goutteux, d'une susceptibilité dont il faut toujours tenir compte dans le choix de la médication, car parmi les agents médicamenteux préconisés comme « dissolvants de l'acide urique », nombreux sont ceux qui agissent surtout en excitant la sécrétion rénale au détriment du foie ou du rein. La crise aiguë de goutte étant le mode dont se sert la nature pour décharger l'organisme de ses excès urique ou oxalique, le véritable but de la médication éliminatrice doit être de réaliser les effets de l'accès sans l'accès ; s'il est atteint, le médicament sera curateur et inoffensif.

Des tableaux reproduisant les chiffres analytiques obtenus chez différents sujets traités par l'atoquinol, il résulte que :

1° Chez le sujet sain l'administration d'une seule dose de 2 grammes détermine une brusque décharge de l'acide urinaire, qui de 0 gr. 54 par 24 heures passe à 1 gr. 24. Continuée trois jours de suite, cette dose de 2 grammes fait passer l'excrétion urique par les chiffres de 0 gr. 82, 0 gr. 62, 0 gr. 55, réalisant en somme une véritable saignée urique, sans que soit modifié d'autre part le taux de l'urée sanguine et la tension artérielle.

2° Chez le goutteux, l'excrétion urique est augmentée à peu près dans les mêmes proportions, mais, contrairement à ce qui se passe chez le sujet sain, la médication a pu être continuée pendant 20 jours de suite sans diminution sensible de l'effet du remède, d'où une élimination d'une quantité considérable d'acide urique (entre 22 et 25 gr.) Pas de modification sensible, non plus, de la tension artérielle et de la constante uréo-sécrétoire. Le phényl-cinchoninate d'allyle agit vraisemblablement par un double processus : d'une part en aidant la destruction intra-organique des nucléo-protéines, d'autre part en augmentant l'activité fonctionnelle du rein vis-à-vis de la sécrétion urique.

La dose moyenne du médicament est de 1 gr. par jour, elle peut être élevée ou abaissée suivant les cas ; sa remarquable tolérance gastrique permet d'instituer un traitement aussi intense et prolongé qu'il est nécessaire.

Chez un grand nombre de sujets « sentant venir l'accès », la prise préventive d'un ou deux grammes d'atoquinol fait le plus souvent avorter l'accès ou le rend très minime. L'accès déclaré, l'analgésie est rapide et la mobilité articulaire se rétablit dès le deuxième ou troisième jour.

De cet important travail se dégage donc la conclusion que l'atoquinol, en raison de sa puissante action éliminatrice de l'acide urique, est un médicament de haute valeur, et qui doit occuper la première place parmi ceux qui peuvent servir à combattre la goutte et les autres affections uricémiques.

La calcification de l'organisme jugée par l'inspection dentaire. (P.-H. MILLAS. *Concours médical*, 1er mars 1925.)

La question de la calcification ou (du point de vue thérapeutique) de la récalcification, est une de celles qui sont toujours à l'ordre du jour. P.-H. Millas, en stomatologiste, l'examine sous l'angle particulier de l'inspection dentaire. Il ne peut, en effet, être mis en doute qu'entre les dents et le reste de l'organisme existent des échanges permanents et réciproques. C'est un fait d'observation courante que les fléchissements de la santé générale s'accompagnent toujours de modifications sensibles du tissu dentaire, dont la densité est amoindrie et qui devient plus friable. Ceci est surtout remarquable chez les tuberculeux et les femmes enceintes qui subissent, pour des raisons différentes il est vrai, mais qui ont sur les dents la même répercussion, une spoliation calcique importante ; on sait que chez les premiers comme chez les secondes, et comme aussi chez tous les convalescents, la carie apparaît avec une extrême fréquence. Il importe au point de vue dentaire, mais plus encore au point de vue de l'état général, de remédier à ces pertes calciques.

Mais il ne suffit pas de donner de la chaux à ces malades pour voir celle-ci se fixer, et c'est alors que l'inspection dentaire joue le rôle d'un test précieux en renseignant le praticien sur l'efficacité de la médication calcique. S'il s'ensuit une fixation réelle de calcium, on verra le tissu dentaire devenir plus dense, plus résistant à la carie, l'émail prenant un éclat plus brillant remarqué des malades eux-mêmes.

Ce sont là des résultats observés d'une façon constante après administration de la phytine, et ce médicament mieux que tout autre, en raison de sa constitution, de son origine et de son assimilabilité, peut être considéré comme un véritable récalcificateur.

ACTUALITES

A propos du précis de Syphiligraphie de MM. Jeanselme et Sézary.

S'il est toujours précieux de rencontrer un livre concis et qui clarifie le sujet qu'il traite, quelle satisfaction encore ne procure-t-il pas lorsqu'on y rencontre à chaque page l'empreinte de deux esprits depuis de longues années connus, appréciés, aimés.

Tel est le cas, pour nous du *Précis de syphiligraphie. des maladies vénériennes,* publiés par MM. Jeanselme et Sézary.

Une amitié de plus de vingt-cinq ans et une évolution parallèle au milieu des mêmes études nous rendirent très douce la mission de lire pour nous et les autres ce précis qui porte à chaque page la marque de la conscience scientifique et de l'esprit critique qui accompagnent ces deux Maîtres de la syphiligraphie, tant d'autres qualités didactiques. On peut, en effet, difficilement rencontrer, en si peu de mots, tant de faits et si bien mis en valeur.

Notre but ne peut être d'analyser ici et de résumer ces chapitres, où tout, pour l'étudiant, est à savoir.

Mais tout médecin digne de ce nom, ne doit-il pas toujours rester un étudiant, et à ce titre, ce précis s'adresse à tous les praticiens et à tous les degrés de l'échelle. Là sont résumées les connaissances sur la blennorragie, le chancre mou, la lymphogranulomatose inguinale, la syphilis. Ce chapitre fait le corps de l'ouvrage. Nous avons particulièrement apprécié l'heureuse mise au point de la microbiologie de la syphilis, de la syphilis expérimentale, de la réaction de Bordet-Wassermann. Les données qui concernent la syphilis du singe, du lapin, les caractères qui la différencient de la syphilis de l'homme. Le technicien de laboratoire pourra tirer grand profit également de l'exposé de la pratique des diverses réactions sérologiques: des réactions de précipitation et de floculation.

Là, une page suffit pour montrer en quoi consistent les réactions de Meinicke, de Sachs Georgi, de Vernes ; en quelques lignes les auteurs mettent à leur véritable place des méthodes qui ne sauraient se prévaloir d'un rôle prépondérant.

Le court chapitre de pathologie générale de l'infection syphilitique doit être médité par tout esprit qui aborde l'étude de la syphilis et il est indispensable qu'il précède, comme l'ont bien marqué MM. Jeanselme et Sézary, la description des symptômes et du diagnostic. Signalons dans ce chapitre ce qui a trait au diagnostic différentiel du chancre où tout est à retenir.

Quelques types de syphilis secondaires sont remarquablement illustrées, les syphilides papuleuses confluentes, les syphilides en nappe, les syphilide agminées du dos, les syphilides figurées psoriasiformes, les syphilides en cocarde, etc.

L'étude des manifestations viscérales est suivie de l'exposé des formes cliniques, de la syphilides tertiaire de la peau, des viscères. A noter encore le très important chapitre de la syphilis du névraxe ou les auteurs exposent leurs idées personnelles, notamment en ce qui concerne la syphilis cérébrale, les radiculites.

L'ouvrage se termine par une étude très instructive de la syphilis héréditaire et par l'important emise au point du traitement, Indispensable à l'étudiant, ce précis, est aussi à l'heure actuelle, parmi tant d'autres, le meilleur vade-mecum qui sera toujours consulté avec fruit par le praticien.

L. LORTAT-JACOB.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Sommaire du n° de mars 1925 : La collection Raymond Koechlin : Art Egyptien, Art musulman, Art japonais, Art gothique, par G. Migeon ; Art chinois, Art Kmer, Art javanais, par d'Ardenne de Tizac ; Tableaux et dessins modernes, par P. Alfassa. — L'Architecture française moderne, par M. Dormoy. — Dessins récents de Louise Hervieu, par W. George.

Chronique : Les Expositions ; le mouvement des Arts appliqués ; les livres d'Art ; nécrologie ; les ventes ; la décoration théâtrale.

Collection des Universités de France. AUTEURS GRECS. — Pindare. Tome I. Olympiques, texte établi et traduit par M. PUECH, 10 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Tome II. Pythiques, 10 fr. ; texte seul, 9 fr. : traduction seule, 8 fr.

Tome III. Néméennes. 12 fr. ; traduction seule, 10 fr. ; texte seul, 11 fr.

Tome IV. Isthmiques et Fragments, 20 fr. ; traduction seule 15 fr. ; texte seul, 16 fr.

Eschyle. — Tome I. (Les Suppliantes. — Les Perses. — Les Sept contre Thèbes. — Prométhée enchaîné). Texte établi et traduit par M. P. MAZON, 15 fr. ; texte seul, 8 fr. ; traduction seule, 7 fr.

Le texte de chacune de ces tragédies, avec notice, 2.25.

Sophocle. — Tome II (Ajax, Antigone, Œdipe-Roi, Electre). — Texte établi et traduit par M. MASQUERAY, 18 fr. ; texte seul, 10 fr. ; traduction seule, 9 fr. ; Le texte de chacune de ces tragédies, 2 fr. 75.

Euripide. — Tome III. Héraclès, Les Suppliantes, Ion. Texte établi et traduit par MM. GRÉGOIRE et PARMENTIER, 20 fr. ; texte seul, 11 fr. ; traduction seule, 10 fr. Le texte de chacune de ces tragédies, 4 fr.

Aristophane. — Tome I. Les Acharniens, les Cavaliers, Les Nuées. Texte établi et traduit par MM. COULLON et VAN DAELÉ, 20 fr. ; texte seul, 11 fr. ; traduction seule, 10 fr. ; Le texte de chacune de ces comédies, 4.

Antiphon. — Discours. Texte établi et traduit par M. GERNET, 15 fr. ; traduction seule, 8 fr. ; texte seul, 9 fr.

Isée. — Discours. Texte établi et traduit par M. ROUSSEL, 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Platon. — Œuvres complètes. — Tome I. (Hippias mineur. — Alcibiade. — Apologie de Socrate. — Euthyphron. — Criton). Texte établi et traduit par M. Maurice CROISET, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr. ; Apologie de Socrate, le texte seul, 2 fr. ; Euthyphron, le texte seul, 2 fr.

Tome II. (Hippias majeur. — Lachès. — Lysis. — Charmides), 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Tome III. Première partie (Protagoras), 9 fr. ; traduction seule, 5 fr. texte seul, 6 fr.

Tome III. Deuxième partie (Gorgias, Ménon), 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Tome VIII. Première partie. (Parménide). Texte établi et traduit par M. A. DIÈS, 10 fr. ; texte seul. 8 fr. ; traduction seule, 7 fr.

Tome VIII. Deuxième partie. (Théétète). Texte établi et traduit par M. DIÈS, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Aristote. — Constitution d'Athènes. Texte établi et traduit par MM. HAUSSOULLIER et G. MATHIEU, 10 fr. ; texte seul, 6 fr. ; traduction seule, 5 fr.

Théophraste. — Caractères. — Texte établi et traduit par M. NAVARRE, 5 fr. ; texte seul, 4 fr. ; traduction seule, 3 fr.

Callimaque. — Hymnes, Epigrammes et fragments choisis. Texte établi et traduit par M. E. CAHEN, 13 fr. ; texte seul, 7 fr. 50 ; traduction seule, 6 fr. 50.

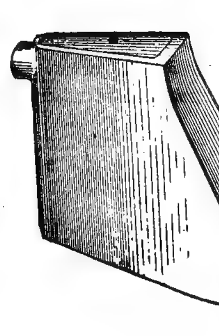
AUTEURS LATINS. — LUCRÈCE. — De la Nature. — Tome I. (Livres I, II, III). 2e édition. Texte établi et traduit par M. ERNOUT, 12 fr.

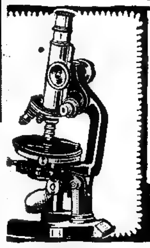
Lucrèce. — Tome II. (Livres IV, V, VI) texte et traduction, 2e édition, 12 fr. ; texte seul (Livres I-VI), 14 fr. ; traduction seule (» »), 2e édition, 12 fr.

Catulle. Œuvres, texte établi et traduit par M. LAFAYE, avec index, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Cicéron. — Discours Tome I. (Pour Quinctius. Pour S. Roscius d'Amérie. Pour S. Roscius le Comédien). Texte établi et traduit par M. DE LA VILLE DE MIRMONT, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. traduction seule, 6 fr.

Discours. Tome II. (Pour M. Tullius. Discours contre Q. Cæcilius, dit « La Divination », Première action contre C. Verrès, Seconde action contre C. Verrès, livre premier, la préture urbaine), 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 7 fr. 50.





HEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MEDITERRANEE

oute du Littoral Méditerranéen

es services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janau 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Men*ils permettront de visiter tout le Litto-Méditerranéen, en passant par Cassis, iotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice te-Carlo.

ur tous renseignements sur ces services, ander le prospectus détaillé dans les ices et Bureaux P.L.M. de renseignets.





Le Gérant: **A. ROUZAUD.**

FONDÉ EN 1873. — N° 17. Le Numéro : 50 Centimes 25 AVRIL 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie............ 40 fr.
Union postale.................. 50 fr.

Etudiants : Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Cours de paléontologie. — M. Marcellin BOULE, professeur, commencera ce cours le mercredi 29 avril 1925, à trois heures, et le continuera les mercredis et vendredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre des nouvelles galeries, rue de Buffon, n° 2.

Le professeur terminera l'étude des Mammifères quaternaires.

Des conférences de démonstration auront lieu, dans la galerie de paléontologie, à des dates qui seront indiquées ultérieurement.

Le laboratoire de recherches, rattaché à l'École des Hautes Etudes, est ouvert, tous les jours, de dix heures du matin à six heures du soir.

Association des étudiants. — C'est le samedi soir 9 mai, à 20 heures 30, qu'aura lieu la représentation de la Grande Revue Médicale : « On dit... sec, deux actes de M. C. Bévéraggi et R. Girard, que présente la Section de Médecine de l'A. G. des Etudiants à la Salle Adyar 4, Square Rapp.

Tous les médecins et étudiants en médecine ne manqueront pas de venir nombreux à ce spectacle qui évoquera devant eux les faiblesses, les malices et aussi les charmes de la Grande Famille Médicale. Prix des places 15 et 10 frs. Pour les membres de l'A. 6 frs.

Il est prudent de louer ses places à la Section de médecine de l'A., de 14 heures 30 à 18 heures 30, tous les jours, 13, rue de la Bûcherie.

Diplôme universitaire de puériculture de la Faculté de médecine de Paris. — Le cours destiné aux médecins français et étrangers et aux étudiants en fin de scolarité, candidats au diplôme de puériculture, s'ouvrira le 22 juin à 4 heures, à l'école de puériculture.

Pour tous renseignements. s'adresser au Secrétaire général de l'école, 64, rue Desnouettes, Paris.

Hôpital St-Antoine. — Le docteur Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera une série de cinq conférences de gastro-entérologie pratique, le mardi 9 juin à 10 h. 1/2, salle Aran et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. Sujet des conférences : L'hyperchlorhydrie, ses modalités, ses complications et son traitement.

Le service médical dans les théâtres. — M. Emile Massard, conseiller municipal de Paris, ayant demandé à M. le préfet de police quel est le service chargé de la surveillance des boîtes de secours et du contrôle des médecins, a reçu la réponse suivante :

« Les commissaires de police et agents de la préfecture de police de service dans les salles de spectacle sont chargés de veiller à l'observation des dispositions réglementaires relatives au service médical, comme, en général, de toutes les prescriptions imposées.

« Aux termes de l'ordonnance de police du 10 août 1908, la boite de secours, tenue à la disposition du médecin de service dans les théâtres, doit être composée de façon à répondre aux besoins les plus urgents et porter sur le couvercle la nomenclature des médicaments et objets qui y sont contenus. Le médecin de service doit veiller à ce que les instruments soient toujours en bon état et que les médicaments ne soient pas altérés et transmettre, le cas échéant, à la préfecture de police, ses observations.

« Des instructions ont été données aux commissaires de police de service dans les théâtres pour qu'ils procèdent, de concert avec les médecins, à une vérification des boîtes de secours et, s'il y a lieu, mettent les directeurs en demeure de se conformer au règlement. »

Guerre. — M. le médecin inspecteur Rigaud, nouvellement promu, est maintenu directeur du service de santé de la 4e région, au Mans.

— M. le médecin principal de 2e classe Rubenthaler, de l'hôpital militaire de Bordeaux, est nommé sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

Hôpitaux de Paris. — Sur la proposition de M. Grangier, au nom de la cinquième Commission, le Conseil municipal de Paris vient de décider :

« De constituer des services de réserve destinés à recevoir, pendant les périodes d'encombrement ou d'épidémie, d'une part, les malades en surnombre dans les services de médecine adultes ; d'autre part, les enfants atteints de maladies contagieuses.

Ces services consisteraient en baraquements à construire et comprendraient :

A. *Services d'adultes* : 1° A la Salpêtrière, 5 baraquements contenant ensemble 168 lits ; 2° à l'hôpital Cochin un baraquement contenant 64 lits ; 3° à l'hôpital Broussais un ensemble de baraquements contenant ensemble 230 lits environ. Total pour les lits d'adultes : 462 lits.

B. *Services d'enfants* : Un baraquement muni de boxes d'isolement à édifier à l'hôpital des Enfants-Malades et contenant environ 50 lits ;

D'approuver dès à présent les devis de construction des baraquements à édifier à la Salpêtrière et à l'hôpital Cochin, et dont le montant s'élève à 937.201 fr., savoir : 637.726 fr. pour la Salpêtrière et 299.475 fr. pour l'hôpital Cochin ;

D'imputer l'ensemble de la dépense sur les fonds de l'emprunt de 1.800 millions, § B (dotation supplémentaire), sous réserve toutefois de la loi à intervenir pour l'approbation du projet de réaménagement dudit emprunt. Etant entendu que les devis de construction et d'ameublement des services à créer à l'hôpital Broussais et à l'hôpital des Enfants-Malades seront ultérieurement soumis à l'examen du Conseil.

Congrès des médecins Aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. — *XXIXe session, Paris, 28 mai 1er juin 1925*). — Président ; M. le docteur ANGLADE, médecin en chef de l'Asile des aliénées de Château-Picon (Bordeaux) ; vice-président : M. le docteur René SEMELAIGNE, président de la Société de psychiatrie de Paris ; secrétaire général : M. le docteur J.-M. DUPAIN, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.

Programme des travaux et des excursions. — Jeudi 28 mai : 9 heures 30. Séance solennelle d'ouverture sous la présidence du ministre du travail, de l'hygiène, au Grand amphithéâtre de la faculté de médecine de Paris. — 14 heures 30. 1er rapport : Psychiatrie : « La guérison tardive des maladies mentales ». Rapporteur : M.

e docteur Jean Robert, au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine de Paris. — 17 heures. Réception offerte à l'Hôtel de Ville par la Ville de Paris.

Vendredi 29 mai : 9 heures 30, 2e rapport : Neurologie : « Les encéphalopathies familiales infantiles ». Rapporteur : M. O. Crouzon, au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine. — 14 heures 30. Séance de communications avec projections, à l'Hospice de la Salpêtrière (Amphithéâtre de la clinique Charcot).

Samedi 30 mai 3e rapport : Médecine légale : « La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique », par MM. les docteurs, Marcel Briand et Maurice Brissot, au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine. — 14 heures 30. Assemblée Générale du Congrès, au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine. — 15 heures 30. Séance de communications. au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine. — 17 heures. Réception par la « Bienvenue Française ».

Dimanche 31 mai : Excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret). — 8 heures 27. Départ de Paris-Austerlitz. — 10 heures 12. Arrivée en gare des Aubrais. — 10 heures 44. Départ des Aubrais (ligne d'Orléans à Montargis). — 10 heures 50. Arrivée à la halte de Semoy. — 11 heures. Visite de l'établissement psychothérapique du Loiret sous la direction de M. le docteur Rayneau, médecin-directeur. — 13 heures, Déjeuner offert par le Conseil général du Loiret et l'établissement psychothérapique. — 16 heures. Départ de l'asile. 17 heures 2. Départ de la gare des Aubrais. 18 heures 58. Retour à Paris-Orsay.

Les heures des trains indiquées sur ce programme pourront être modifiées par l'horaire d'été. L'horaire exact sera affiché pendant la session au Secrétariat du Congrès.

Lundi 1er juin : 9 heures 30. Visite de l'asile clinique (Sainte-Anne). 1, rue Cabanis (Paris, XIVe Arr.). Réunion à l'amphithéâtre de l'admission. (Station Glacière de la ligne no 5 du chemin de fer métropolitain). — 15 heures 30: Séance de communications au Petit amphithéâtre de la faculté de médecine. Clôture de la XXIXe session. — 21 heures. Soirée offerte par le président et les membres du congrès, au palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay (tenue de soirée).

Immédiatement avant la XXIXe session du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française auront lieu : Le 23 mai : l'assemblée générale et le dîner annuels de l'Association des internes et anciens internes des Asiles d'aliénés de la Seine ; le 24 mai : l'assemblée générale ordinaire de l'Association amicale des médecins des Asiles publics d'aliénés de France ; le 25 mai : la séance solennelle annuelle de la Société médico-psychologique ; l'assemblée générale de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France ; les 25, 26 et 27 mai : les cérémonies organisées à l'Académie de Médecine, à l'Hospice de la Salpêtrière et à la Sorbonne pour célébrer le centenaire de la naissance de Charcot ; la séance mensuelle de la Société de neurologie de Paris ; la VIe réunion neurologique internationale ; les 25, 26 et 27 mai (à Lille) : le congrès de médecine légale de langue française.

Renseignements généraux. — Le congrès comporte des membres adhérents et des membres associés :

Les *membre sadhérents* doivent être médecins, français ou étrangers. Le prix de la cotisation est de 30 francs. Ils ont le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions. Ils reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les asiles d'aliénés et établissements hospitaliers peuvent adhérer au congrès aux mêmes conditions que les membres adhérents et, dans ce cas, reçoivent un exemplaire des rapports et des comptes rendus de la session.

Les *membres associés* se composent des personnes de la famille des membres adhérents, présentées par ces derniers. Le prix de leur cotisation est de 15 francs. Ils ne prennent pas part aux travaux du congrès mais bénéficient des avantages accordés pour les voyages et excursions.

Pour s'inscrire envoyer le montant des cotisations (en franc français, par chèque ou par mandat postal), avec indication exacte des noms et adresses des membres adhérents et des membres associés, à M. le docteur J.-M. Dupain, secrétaire général de la XXIXe session, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (5e).

Les membres du congrès qui désirent participer à l'excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais, le 31 mai, sont priés de s'inscrire auprès du secrétaire général avant le 29 mai 1925 en lui adressant pour tous frais la somme de vingt-cinq francs.

Société amicale des élèves et des anciens élèves du Val de-Grâce. — Samedi prochain 25 avril et les deux jours suivants 26 et 27, aura lieu, au Val-de-Grâce, une vente de charité au profit des veuves et des orphelins du corps de santé militaire.

Les personnes qui voudront bien se rendre à cette vente, y trouveront un grand choix d'objets directement importés de l'Algérie, du Maroc, de la Syrie et de l'Indo-Chine ».

CLINIQUE CHIRURGICALE

Les fractures de la rotule (1)

Par M. le Professeur DELBET

Un malade est entré hier à la clinique présentant une lésion très rare : *un arrachement du bord supérieur de la rotule.*

Cet homme, tombé sur le genou dans un escalier, n'a pu se relever. Le genou ne porte pas d'ecchymoses. Peu déformé, il n'est pas globuleux. Il n'y a pas de fluctuation par balancement ; il n'y a pas de choc rotulien : la rotule porte sur les condyles. Il n'y a donc pas là l'HÉMARTHROSE extrêmement abondante qui est de règle dans les fractures habituelles de la rotule.

En palpant la région de haut en bas, de la cuisse vers le genou, on arrive sur une résistance à grand axe transversal au-dessous de laquelle les doigts s'enfoncent, symptôme capital, dans une *dépression*, une *rainure transversale.* Cette rainure deviendrait plus large si on fléchissait la jambe. Je me garderai bien de faire cette manœuvre. Elle est dangereuse ; elle peut augmenter la déchirure des ailerons. Dans quelques cas exceptionnels, cette rigole est visible dans les premières heures après l'accident.

La peau se déprime entre les fragments sous l'action de la pression atmosphérique.

Au dessous de la dépression, on sent la rotule qui ne paraît pas présenter de modifications.

Enfin, saisissant de chaque main l'un des fragments on constate aisément la *mobilité des fragments.*

Quant à l'*impotence fonctionnelle,* c'est un symptôme sur lequel il ne faut pas insister de peur qu'une violente contraction du quadriceps ne produise l'arrachement de quelques fibres non encore rompues des expansions. Je me borne à constater que le malade ne peut détacher le talon du plan du lit. En réalité il ne contracte pas son quadriceps et je n'insiste pas pour qu'il essaye de le faire. Cela ne m'apprendrait rien d'utile et pourrait être nuisible.

Tels sont les symptômes présentés par ce malade.

Comme l'accident date de plusieurs jours on peut se demander si la petite induration perçue au-dessus de la base de la rotule est due à un arrachement osseux ou à *l'infiltration sanguine au niveau d'une rupture du tendon rotulien.*

L'infiltration sanguine et leucocytaire peut produire des indurations marquées.

Dans les ruptures anciennes du tendon quadricipital il se forme parfois, dans le bout supérieur, du cartilage et de l'os ; j'ai observé ce cas l'an dernier : l'ostéome a été constaté histologiquement. Ici il ne pourrait s'agir que d'une infiltration sanguine, le traumatisme ne datant que de quelques jours.

Mais il faut convenir que, sans la radiographie, il serait difficile de dire si la petite zone dure est due à l'infiltration ou à un arrachement osseux.

La *radiographie* montre nettement non pas seulement un, mais deux petits fragments d'os arrachés.

Le diagnostic clinique de facture de la rotule ne présente guère de difficulté que dans les cas où existe un gros épanchement sanguin dans les bourses prérotuliennes. Il y a là un type clinique de fracture qui n'est pas suffisamment décrit. Il est peu connu : j'en ai eu la preuve l'an dernier. Une fracture de ce type s'étant présentée à la clinique, les candidats au bureau central qui viennent s'exercer au diagnostic l'ont tous méconnue.

Quand, après un traumatisme, vous trouvez en même temps une grosse hémarthrose et un épanchement dans les bourses séreuses prérotuliennes, vous pouvez être à peu près sûrs qu'il existe une fracture de la rotule.

Cherchez alors si la fluctuation se transmet des culs-de-sac articulaires à l'hygroma-prérotulien. Si vous constatez la transmission de la fluctuation, affirmez sans plus la fracture, car les deux épanchements, ne peuvent communiquer qu'au travers d'une solution de continuité de l'os.

Vous comprenez bien que dans ce cas la rotule étant masquée par l'hygroma, on ne peut sentir la rainure, et si l'épanchement dans les bourses prérotuliennes est abondant on ne peut même pas saisir les fragments pour constater leur mobilité transversale.

Les FRACTURES DE LA ROTULE sont les plus fréquents des traumatismes de *l'appareil rotulien.*

Il y a en effet au niveau du genou un appareil complexe : appareil extenseur de la jambe composé du tendon rotulien, de la rotule, du ligament rotulien et de son insertion à la tubérosité antérieure du tibia. On y rencontre quatre grandes lésions :

1) *La rupture du tendon rotulien.*

Le tendon est dilacéré. La rupture se fait à des niveaux différents pour chaque plan, point très important qui a un intérêt au point de vue de la suture.

2) *La fracture de la rotule* ;

3) *La rupture du ligament rotulien* ;

4) *L'arrachement de la tubérosité antérieure du tibia.*

De ces quatre lésions, la plus fréquente est de beaucoup la fracture de la rotule. C'est donc sur cette fracture et ses variétés qu'il convient de vous donner quelques notions fondamentales.

Les fractures directes de la rotule sont les plus rares. Leur anatomie pathologique est très spéciale : fractures par écrasement, fractures étoilées à fragments multiples. On a signalé quelques cas de fractures verticales. Elles sont tout à fait exceptionnelles.

Les fractures étoilées ont ceci d'intéressant qu'elles commandent une thérapeutique spéciale : la suture osseuse est impossible. On est obligé de recourir au cerclage.

Les fractures indirectes sont les plus fréquentes, leur trait est *transversal.*

Il siège de règle à l'union du 1/3 moyen et du 1/3 inférieur de l'os.

Le fragment inférieur est plus petit que le fragment supérieur. Il est parfois assez petit pour qu'on ne puisse le traverser par un point de suture sans le faire éclater.

Tout à fait à part doit être mis *l'arrachement de la pointe de la rotule,* car il n'ouvre pas l'articulation. C'est une *lésion extra-articulaire,* alors que les fractures de la rotule sont des lésions articulaires.

L'écartement des fragments dépend de la déchirure des tissus fibreux pré et latéro-rotuliens.

Les expansions des vastes respectées, il y a simple fissure de la rotule. Pas d'écartement, pas de latéralité, un seul symptôme : l'hémarthrose. Un seul signe indique la fracture : la douleur exquise transversale. Ces fissures guérissent sans intervention sanglante.

Les ailerons déchirés, les fragments s'écartent de 1, 2, 3 centimètres.

(1) Leçon clinique faite le 19 février 1925.

Dans les fractures anciennes, l'ascension du fragment supérieur est parfois énorme. On peut le rencontrer au milieu de la cuisse.

Dans les fractures récentes l'écartement n'est pas le seul déplacement. Il y en a un autre :

La bascule des fragments. L'écart est plus grand en avant qu'en arrière. Les surfaces fracturées regardent en avant. Cette bascule ne peut être corrigée que par action directe.

De toutes les notions d'anatomie pathologique, de beaucoup la plus importante, c'est :

L'interposition fibreuse. Devant la rotule, sur ses flancs, sont disposés une série de trousseaux fibreux dépendant du tendon du quadriceps. Ils ne cèdent jamais de façon régulière devant l'os.

Ils s'étirent quand les deux fragments s'écartent. Les différents plans cèdent à des hauteurs différentes, de telle sorte qu'un lambeau fibreux reste appendu à chaque fragment.

Chaque lambeau bridé, attiré par les fibres transversales qui n'ont pas cédé, s'insinue dans l'écartement et *encapuchonne* les surfaces fracturées. Ils s'accrochent aux spicules osseuses, il faut les saisir avec une pince pour les ramener en avant et désencapuchonner les fragments.

Et c'est cette interposition fibreuse la grande cause d'absence de consolidation des fractures, c'est elle qui commande un traitement sanglant.

Quel est le mécanisme des fractures de la rotule ?

Mises à part les fractures de cause directe, la *contraction musculaire* joue un rôle capital.

Un sujet rejette brusquement le corps en arrière pour éviter une chute : sa rotule se brise.

C'est dans des cas exceptionnels qu'il faut incriminer la simple traction ; d'après Charpy, une rotule peut en effet supporter une traction de plus de 1000 kilos sans se rompre.

Dans l'immense majorité des cas, à la traction s'ajoute la *flexion* de l'os par appui sur les condyles.

La rotule se brise « comme un bâton qu'on plie ».

Mais le cas difficile à interpréter est celui de la chute sur le genou.

Dans certains cas, la rotule porte directement sur un obstacle tel qu'un bord de marche.

Dans d'autres cas on ne sait s'il s'agit de fracture directe ou indirecte. Sur quoi porte le genou lors d'une chute ? Sur la rotule ? Sur la tubérosité antérieure du tibia ?

Cette question si simple n'est pas encore tranchée. Dans les recherches expérimentales, on a surtout tenu compte du degré de flexion de la jambe sur la cuisse. Il est un autre facteur qui a au moins autant d'importance c'est l'angle que fait la cuisse avec le sol. Tout cela, serait très facile à préciser avec quelques radiographies. Pratiquement les fractures par chute sont dans l'immense majorité des cas des fractures indirectes.

Quelle est l'évolution d'une fracture abandonnée à elle-même ?

Peut-elle consolider par un cal osseux ? C'est une vieille discussion. Les 100 louis d'or promis par Pibrac à qui lui montrerait un cal osseux en font foi.

Quand il y a simple félure un cal osseux peut se former. Mais dès qu'il y a écartement, l'encapuchonnement des surfaces fracturées empêche la formation d'un cal osseux.

Les deux fragments ne se réunissent que par du tissu fibreux que l'on appelle un cal fibreux. Il n'y a pas de consolidation en dehors du traitement sanglant.

L'*avenir du malade* dépend donc de ce CAL. Chaput en a bien étudié les diverses modalités. La question a bien perdu de son intérêt, car on ne devrait plus voir de rotules mal consolidées. Sans m'astreindre à suivre la classification de Chaput je vous indiquerai brièvement les troubles qui résultent des vices de consolidation.

L'impotence fonctionnelle due au cal dépend de deux facteurs :

Sa longueur ;

Sa rigidité ou sa souplesse.

1° Le cal est court

a) S'il est *rigide, fibreux, dense*, c'est une attelle devant le genou qui limite la flexion ;

b) S'il est *souple*, il se moule sur les condyles. Peu de troubles, sauf si le fragment supérieur est remonté au-dessus de la trochlée fémorale. La lèvre postérieure du fragment s'hypertrophie, c'est le *tubercule d'arrêt* qui lors de la flexion, va venir buter contre la crête supérieure de la trochlée elle-même hypertrophiée, et limiter la flexion.

2° Le cal est très long.

Le fragment supérieur est très haut ; on l'a vu remonter au milieu de la cuisse : cal le moins gênant. Il en est même des cas célèbres où n'en résulte aucune gêne. Tel ce maquignon, observé par Le Fort, qui continuait à faire courir ses chevaux en les entraînant par un court licol.

Mais n'allez pas conclure qu'un cal long est une terminaison favorable. Elle est peut-être moins mauvaise que d'autres, voilà tout.

D'abord, il faut des mois et peut-être des années pour que le cal remonte aussi haut et pendant cette longue période, où il s'allonge, le malade est un impotent. Et puis il arrive que le fragment remonté contracte des adhérences avec la face antérieure du fémur. Le droit, le crural n'agissent plus. Seuls les vastes concourent à l'extension dont la puissance est diminuée.

Je n'ai observé que deux cals longs : l'un chez une femme dont le cal fibreux fragile était le siège d'entorses fréquentes, si bien que la malade réclamait une intervention que j'ai faite avec succès ; l'autre, chez un homme dont le fragment supérieur adhérait au fémur : lui aussi réclamait une intervention qui a été faite ici même par M. Leveuf. Qu'on ait pu vanter le cal long à l'époque où on ne savait pas obtenir une bonne consolidation des fractures de la rotule, cela se conçoit. Pareille attitude serait aujourd'hui ridicule.

Ce n'est pas seulement de l'état du cal que dépend le pronostic.

Deux autres facteurs sont à envisager :

L'état de *l'article*.

L'état du *quadriceps*.

L'arthrite du genou consécutive à l'hémarthrose s'accompagne d'une rétraction des tissus périarticulaires qui gêne considérablement la flexion.

Pour cette raison encore, l'intervention sanglante est nécessaire.

Elle supprime l'hémarthrose et permet une mobilisation précoce.

L'atrophie du quadriceps est de tous ces facteurs le plus important sans contredit.

Muscle sensible de l'articulation, l'hémarthrose déjà suffit à entraîner son atrophie. Mais c'est avant tout de sa *désinsertion* que dépend la véritable fonte à laquelle on assiste.

La seule insertion valable du quadriceps est en effet la tubérosité antérieure du tibia.

Même parfaitement guéri, le malade reste exposé aux fractures de la rotule opposée, aux fractures itératives.

Les fractures itératives peuvent être de véritables fractures, la solution de continuité se produisant à côté du cal ; mais le plus souvent c'est une déchirure du cal, une entorse du cal fibreux qui se produit au plus petit effort. Un malade a pu présenter en 7 ans jusqu'à 16 entorses.

Telles sont donc les fractures de la rotule. Il y a en elles quelque chose de particulier. « Ne se casse pas la rotule qui veut » disait Trélat.

Le Dentu en a fait un accident préataxique du tabès. Il ne faut pas exagérer, mais il est toujours bon de vérifier en présence d'une fracture de la rotule les réflexes du côté opposé, de rechercher le signe d'Argyll-Robertson.

Une fracture de la rotule était autrefois un accident dramatique. Les malades restaient le plus souvent impotents après une incapacité totale de 6 mois et plus.

Traitement. Qu'est-ce qui a transformé le pronostic des fractures de la rotule ?

C'est la suppression de l'interposition fibreuse. Et cette suppression ne peut être obtenue que par une INTERVENTION SANGLANTE à ciel ouvert, Aussi ne vous parlerai-je pas des anciennes méthodes de traitement.

Les greffes imaginées par Malgaigne, perfectionnées, ou du moins modifiées par d'autres, pouvaient dans certains cas rapprocher les fragments ; mais elles ne supprimaient pas l'interposition fibreuse. Aussi n'ont-elles plus qu'un intérêt historique.

Il faut opérer les fractures de la rotule, vider l'articulation de tout le sang qu'elle contient et, temps capital, désencapuchonner les surfaces fracturées en relevant les lambeaux fibreux. Ceci fait, il reste à coapter les fragments. Sans entrer dans des détails qui n'intéressent que les chirurgiens, je vous exposerai sommairement les principales méthodes dont vous devez connaîtrez l'existence.

Comment obtenir la coaptation des fragments ?

LA SUTURE OSSEUSE est le procédé de choix.

La *suture verticale* de Lister-Lucas-Championnière, s'il est possible de l'employer est préférable à la suture transversale. Double suture verticale au fil d'argent de un millimètre de diamètre, avec suture au catgut des ailerons et des tissus prérotuliens.

Elle est quelquefois impossible : le fragment inférieur est trop petit ou la fracture est étoilée.

Le *cerclage* de Berger, l'*hémicerclage* de Quénu conviennent à ces cas.

Quant à LA SUTURE FIBRO-PÉRIOSTIQUE SIMPLE, suture en lacet de Périer je l'estime inférieure aux autres parce qu'elle n'est pas assez solide pour permettre la mobilisation précoce.

Quand faut-il opérer ?

On a proposé de retarder l'intervention jusqu'au 7e ou 8e jour à cause de la reproduction de l'hémorragie au cours de l'opération.

Argument illusoire !

L'hémorragie survient au cours du *désencapuchonnement* temps capital. Elle n'est pas plus abondante au cours d'une intervention précoce que tardive ; elle cesse dès que les fragments sont coaptés.

Et ce retard est néfaste pour l'avenir fonctionnel de l'articulation.

Pendant ces quelques jours, le quadriceps fond ; il faudra des mois pour qu'il retrouve sa puissance.

L'hémarthrose entraîne une infiltration leucocytaire de la synoviale, infiltration qui laisse des traces durables.

Aussi suis-je formel :

L'opération doit être immédiate.

Il faut redresser les tissus fibreux.

La suture doit être assez solide pour qu'on ne soit pas obligé d'immobiliser le membre.

Les soins post-opératoires sont d'une importance capitale.

DÈS LES PREMIERS JOURS, il faut MOBILISER l'article ; la main passée sous la creux poplité fait exécuter au genou de petits mouvements.

DÈS LE 8e OU 10e JOUR date de l'ablation des points de suture, il faut faire marcher le malade, contracter le quadriceps.

Résultats. — L'incapacité totale, autrefois de 6 mois au minimum, a été ramenée aujourd'hui à 3 mois maximum, quelques semaines dans la règle !

Les résultats varient suivant les cas.

Même si la chirurgie a tout donné restent des facteurs incertains.

Les malades qui veulent guérir, guérissent vite et bien. Chez les revendicateurs de pension qui ne veulent pas guérir les résultats sont beaucoup plus lents et restent parfois incomplets

L'évaluation de l'incapacité définitive dépend de l'étendue des mouvements de flexion, de la puissance de l'extension.

On l'apprécie en ordonnant au malade de s'asseoir ou de s'accroupir puis de se relever.

FAITS CLINIQUES

Arthropathies bilatérales des genoux et des hanches chez un ancien paralytique infantile nageur émérite. Signe de Babinski bilatéral.

Par MM.

H. ROGER et P. ANTONIN

(de Marseille.)

L'observation que nous publions concerne un jeune homme, atteint dans son enfance de paralysie infantile des membres inférieurs, compliquée tardivement d'arthropathie des genoux et des hanches, qui n'en restait pas moins un nageur émérite jusqu'à une période récente d'accentuation de ses troubles parétiques, (1)

Mag... L. 16 ans. horloger.

HISTOIRE DE LA MALADIE. Le début des troubles actuels remonte à l'âge de 2 ans. Un matin, sans prodromes appré-

(1) Ce malade a été présenté au Comité Médical des Bouches-du-Rhône le 4 avril 1924.

ciables, la mère s'est aperçue que son enfant était paralysé. Les paralysie portait au début sur les quatre membres ; rapidement, en quelques jours elle a disparu au niveau des membres supérieurs.

La rétrocession des phénomènes paralytiques des membres inférieurs a été lente. Au bout d'un an, le petit malade a commencé à se traîner sur les genoux et a marché ainsi pendant 3 ou 4 ans.

Au bout de 5 ans de traitement électrique et de rééducation fonctionnelle et grâce à un appareil orthopédique dû au docteur Roux de Brignolles, le jeune enfant a pu se tenir debout et marcher. Il avait alors 9 ans.

Pendant toute cette période, un œdème trophique s'est installé dans ses membres inférieurs.

Le malade avait récupéré la plus grande partie de ses mouvements et pouvait faire de longues courses, mais depuis un an la faiblesse des jambes s'est accentuée et le malade ne peut plus faire une marche de plus d'un kilomètre sans fatigue ; et à certaines périodes, il a même été obligé de s'aliter.

Dans SES ANTÉCÉDENTS PERSONNELS, nous ne notons rien de particulier. Un mois avant l'installation de sa paralysie, il a eu la varicelle ; depuis il a contracté la rougeole. Il y a 4 ou 5 ans, il a eu un traumatisme à un genou.

Dans SES ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES, nous notons que la mère a eu un enfant mort-né ; elle a perdu une fille d'ictère ; elle a une autre fille de 28 ans en bonne santé ; le père, bien portant est navigateur.

A L'INSPECTION, il s'agit d'un sujet de corpulence assez forte. (70 kilogr.). La *marche* est tout a fait spéciale ; d'une part enroulement du pied droit qui est appuyé par son bord externe et projection en avant de la jambe gauche plus forte que celle de la jambe droite ; d'autre part inclinaison latérale du bassin à type de dandinement, rappelant un peu la claudication de la luxation congénitale de la hanche.

Dans le *décubitus*, les membres inférieurs sont atrophiés, mais l'*atrophie* est en partie masquée par de l'œdème trophique et de l'infiltration graisseuse sous-cutanée prédominant au niveau du quadriceps et de la fesse. Les mollets mesurent 30 cm. à droite et 29 cm. à gauche. A 10 cm. au-dessus de la rotule, les cuisses mesurent 45 cm. à droite et 42 cm. à gauche. Les pieds, surtout le droit, sont en varus légèrement équin ; ils sont creux. Le membre inférieur gauche paraît plus raccourci que le membre inférieur droit.

Tous les mouvements sont conservés, mais s'effectuent avec peu de force. Dans l'épreuve gynécologique, le malade maintient également ses jambes, mais les laisse retomber très rapidement. Dans l'épreuve de la flexion combinée de la cuisse et du tronc, il soulève le membre inférieur droit, par contre dans l'épreuve de Barré, on observe une légère chute du membre inférieur gauche avec oscillations plus marquées de ce côté.

Au niveau des articulations tibio-tarsiennes, les mouvements passifs sont possibles surtout du côté gauche. A droite l'articulation paraît fixée. En ce qui concerne les mouvements actifs, il semble que l'abduction du pied soit impossible du côté droit ; à ce pied-là, l'extenseur du gros orteil est plus facilement contracté que les autres extenseurs. Par ailleurs les mouvements de flexion, d'extension et d'écartement des orteils sont conservés.

La flexion active de la jambe sur la cuisse est moins forte à gauche qu'à droite, il en est de même pour la flexion de la cuisse sur le bassin.

Les mouvements d'abduction de la cuisse sont limités ; il en est de même des mouvements de flexion de la jambe sur la cuisse ; d'ailleurs ce mouvement est douloureux.

Les *réflexes* rotuliens et achilléens sont abolis. Mais la recherche du réflexe rotulien droit détermine un mouvement controlatéral d'adduction à gauche. Le réflexe médio pubien, peu net, paraît diminué.

Le *réflexe cutané plantaire détermine une extension nette du gros orteil des deux côtés*, sans contraction du tenseur du fascia lata, du moins à gauche. La manœuvre d'Oppenheim donne des résultats variables, tantôt flexion, tantôt extension du gros orteil. Il en est de même des signes de Schäffer et de Gordon.

La réflexes pédieux sont conservés, les réflexes interosseux paraissent abolis.

Les réflexes cutanés fessiers sont vifs, le réflexe à la percussion est plus vif à gauche qu'à droite.

L'étude de la *sensibilite* objective au tact et à la douleur ne montre pas d'altération sensible ; la pression des masses musculaires est douloureuse. La sensibilité thermique est conservée.

Les réflexes pilo moteurs, tant ascendants que descendants, paraissent être aussi nets des deux côtés et ne sont nullement interrompus.

A signaler un *gonflement bilatéral et à peu près symétrique des deux genoux*, sans coloration particulière de la peau, prédominant au niveau des culs-de-sac sous-rotuliens. On perçoit une tension des culs-de sac et un choc rotulien donnant l'impression d'une hydarthrose.

Cette arthropathie est un peu douloureuse aussi bien spontanément qu'à l'exploration des culs-de-sac et de l'interligne articulaire. Elle gêne peu le malade qui ne peut pas préciser la date à laquelle elle s'est installée ; il semble cependant qu'elle ne date pas uniquement de la période d'aggravation récente. Elle ne gêne pas les mouvements, sauf la flexion forcée de la jambe sur la cuisse qui ne peuvent être appliquées l'une contre l'autre.

La *radiographie* des genoux (face et profil), montre un contour très net et très précis sans opacité de l'interligne articulaire sans atteinte de l'os. L'épiphyse et la rotule ont une architecture normale, on aperçoit une ligne indiquant la soudure incomplète des cartilages épiphysaires. Les os sont dans l'ensemble un peu grêles, avec diaphyse un peu transparente.

Par contre la *radio des hanches* montre des deux côtés une certaine gracilité de la diaphyse fémorale. L'angle du col fémoral avec le corps est plus ouvert que d'habitude ; donnant une une image ressemblant à la tête fémorale érecta, à une coxa valga. La tête fémorale a en outre un aspect un peu flou à son contact avec la cavité cotyloïde, surtout à gauche.

L'*indice oscillométrique* a été étudié successivement au bras gauche et à chacun des membres inférieurs. Nous avons obtenu les résultats suivants :

Bras: 14 — 1 ; 13 = 2,5 ; 12 = 3 ; 11 = 4 ; 10 = 4 ; 9 = 3,5 ; 8 = 1,5.

Jambe droite : 16 = 2 ; 15 = 3,5 ; 14 = 3,5 ; 13 = 4 ; 12 = 4 ; 11 = 5 ; 10 = 5 ; 9 = 5 ; 8 = 4 ; 7 = 1,5.

Jambe gauche : 15 = 2 ; 14 = 2,5 ; 13 = 3,5 12 = 4,5 ; 11,5 ; 10 = 5 ; 9 = 4,5 ; 8 = 3,5 ; 7 = 2.

A l'abdomen, les réflexes abdominaux sont conservés ; au rachis il n'y a pas de points douloureux ; la colonne vertébrale est souple ; il n'y a pas de Kernig.

Aux *membres supérieurs* il n'y a pas rien à signaler ni du côté de la motricité, ni du côté de la sensibilité. Au dynamomètre on obtient 43 à droite, 39 à gauche.

Rien également à signaler du côté de la face et des pupilles ; les dents sont bien implantées, la voûte palatine est un peu ogivale.

L'*examen du liquide céphalo-rachidien* a montré une tension de 35 au Claude, un chiffre de 0,2 leucocytes par mmc. 0 gr. 20 d'albumine.

Le *Bordet Wassermann* est négatif dans le sang et le liquide céphalo rachidien.

Grâce à l'obligeance du docteur Liautard, nous avons pu avoir un ÉLECTRO DIAGNOSTIC DÉTAILLÉ DES MEMBRES INFÉRIEURS

Du côté droit, pour le nerf crural et les muscles de son domaine, on a une hypoexcitabilité assez accusée aux deux formes de courant faradique et galvanique, sans réaction de dégénérescence.

Pour les muscles moyen fessier, grand fessier et tenseur du fascia lata, on a une légère hypoexcitabilité sans R. D.

Pour le nerf grand sciatique et les muscles de son domaine, on a une réaction de dégénérescence partielle aux deux formes de courant faradique et galvanique.

Pour le nerf sciatique poplité externe, on ne constate aux deux formes de courant faradique et galvanique que l'extension des 4e, 3e, et 1er orteils, extension paraissant plus vive pour le gros orteil et le 2e orteil, mais sans modification qualitative, sans inversion.

Les muscles jambier antérieur, court et long péroniers latéraux ne paraissent pas se contracter ; Il paraît exister un syndrome dissocié à l'excitation du point moteur du S. P. E.

Pour l'extenseur commun des orteils, le muscle réagit avec une forte intensité au courant galvanique seulement, sans inversion de la formule.

Pour le muscle pédieux, hypoexcitabilité très marquée sans lenteur de la secousse.

Pour l'extenseur propre du gros orteil, hypoexcitabilité moyenne avec secousse vive.

Pour les muscles péroniers latéraux, aucune contraction aux courants faradique et galvanique.

Pour les muscles interosseux dorsaux hypoexcitabilité marquée avec secousse qui ne paraît pas très brusque.

Pour le nerf S. P. I., l'excitation de son point moteur n'amène la contraction que des muscles soléaires, fléchisseurs commun des orteils, long fléchisseur propre du gros orteil, les muscles jumeaux ne paraissent pas se contracter .

Du côté gauche. Pour le nerf crural et les muscles de son domaine, hypoexcitabilité sans réaction de dégénérescence plus marquée qu'à droite.

Pour le nerf grand sciatique et les muscles de son domaine, réaction de dégénérescence partielle.

Pour le nerf S. P. E son point d'excitation ne donne aux deux formes du courant que l'extension du gros orteil du 2e orteil : les 3e, 4e et 5e orteils ne paraissent subir aucune extension.

Les muscles jambier antérieur, court et long péroniers latéraux, ne se contractent pas à l'excitation de leur point moteur aux deux formes de courant. L'extenseur commun des orteils donne à peine une ébauche d'extension du 1er et 2e avec de fortes intensités.

Pour le muscle pédieux, lenteur de la secousse musculaire.

Pour l'extenseur propre du gros orteil hypoexcitabilité très marquée et plus prononcée qu'à droite.

Pour le nerf S. P. I. il paraît exister une réaction de dégénérescence partielle,

En résumé : Pour les muscles des extrémités il paraît exister à droite une extension et une flexion nulle du 5e orteil, et les muscles extenseurs sont d'après cet examen moins atteints que les fléchisseurs.

Pour les nerfs S. P. E. et S. P. I., il existe un syndrome dissocié, tous les muscles de leur domaine ne réagissant pas quand on excite leur point moteur.

Du côté gauche, les muscles extenseurs des extrémités sont beaucoup plus atteints que les muscles fléchisseurs surtout pour les trois derniers orteils ; les extenseurs et les fléchisseurs du côté droit sont moins lésés qu'à gauche, et comme à droite, il existe un syndrome dissocié pour les deux nerfs S. P. E. et S. P. I.

Tout d'abord constatons une *curieuse dissociation physiologique.* Ce jeune homme, qui accomplit difficilement et avec lenteur une marche de plus d'un kilomètre, est par ailleurs excellent nageur. Non seulement il a gagné quelques petites courses de natation (série amateurs), mais il a pu participer l'an dernier à une épreuve importante d'endurance, « la traversée des ports à la nage », compétition qui réunit chaque année à Marseille les meilleurs nageurs de la région. Il est arrivé 19e sur 90 partants, après une heure sept minutes de natation en plein effort.

Sans doute à l'heure actuelle, il ne pourrait réaliser un pareil exploit, depuis l'accentuation de sa paralysie. Mais il est curieux qu'avec un pareil reliquat parétique et atrophique et de pareilles arthropathies, il ait pu, il y a un an, participer avec un succès relatif à cette épreuve.

Nous n'avons l'intention, ni la compétence, de développer ici une théorie physio-mécanique de la nage ; mais il semble que ce sport, tel qu'il est habituellement pratiqué, — notre paralytique n'utilise que les méthodes anciennes —, nécessite une agilité et une énergie des membres inférieurs, dont notre patient nous paraissait à premier abord peu capable.

L'aggravation récente des troubles parétiques, survenue à l'adolescence, n'est qu'un de ces exemples, aujourd'hui bien connus, de la *reviviscence des poliomyélites* (1). Celle-ci est sans doute due à la persistance *in situ* du médullo-virus, qui, sous des influences diverses, voit se réchauffer son pouvoir pathogène jusque-là éteint.

La constatation d'un *signe de Babinski* dans un reliquat de poliomyélite a été signalée déjà par Déjerine dès 1909, puis par Sauderne (*Proc. of. Roy. med. of London* 14 déc. 1911, Ref. R. N. 1912, t. II, p. 187). Rare d'après Mme Tinel-Giry, 1.5 %, cette extension de l'orteil a été par contre retrouvée 5 fois sur 10 par André Léri (*La Médecine,* février 1923). Nous-même avons eu l'occasion de la rencontrer dans quelques cas.

Mais l'interprétation de ce signe diffère suivant les auteurs. Pour Léri, Guillain (*Soc. Neurol.* 6 mars 1924), Babonneix (*Soc. Neur.* 3 avril 1924), il est dû à une diffusion du virus au faisceau pyramidal. Souques et Ducroquet (*Soc. Neur.*, 6 mars 1924), à propos d'un signe de Babinski coïncidant avec une griffe pied-creux, pensent qu'en pareil cas ce faux signe de Babinski est dû à l'intégrité de l'extenseur propre du gros orteil, qui répond à la place du fléchisseur de la première phalange du gros orteil atteint électivement par la poliomyélite. Sicard se rallie à cette hypothèse d'une inversion du réflexe plantaire d'origine périphérique. Ces auteurs demandent que, dans la paralysie infantile, avant de conclure à l'origine pyramidale du signe de Babinski, on étudie minutieusement la musculature du pied, la réponse des fléchisseurs et extenseur du gros orteil à l'excitation électrique et à la simple contraction volontaire.

Chez notre poliomyélitique à Babinski bilatéral, les pieds sont creux comme chez les malades de Souques et Ducroquet. Mais les mouvements volontaires de flexion du gros orteil sont conservés ; au point de vue électrique, à l'inverse des constatations de Souques, les muscles extenseurs paraissent plus atteints que les fléchisseurs, du moins du côté gauche. L'irritation du faisceau pyramidal est donc bien en cause.

Il en est de même dans un cas récemment étudié par Tournay (*Soc. Neur.*, 6 mars 1924), où les contractions volontaires ou électriques du fléchisseur du gros orteil étaient sensiblement normales. Chez ce malade, l'excitation du bord externe de la plante provoquait l'extension du gros orteil avec abduction du petit orteil, celle du bord interne la flexion du gros orteil, celle de la partie médiane l'extension sans éventail. Chez notre poliomyélitique les manœuvres de Gordon, Schäfer, Oppenheim, provoquaient suivant l'excitation, tantôt la flexion, tantôt l'extension du gros orteil, montrant bien la conservation des deux voies du réflexe plantaire.

Le point le plus intéressant de notre observation est la coexistence chez ce paralytique des membres inférieurs d'ARTHROPATHIES DES GENOUX ET DES HANCHES.

Les genoux sont le plus atteints. Ils sont le siège d'une hydarthrose assez abondante, déterminant un gonflement

(1) RAUZIER et ROGER. — Reviviscence des poliomyélites, *Montpellier méd.*, 26 février 1911. — RAUZIER, *Journ. med. Interne.* 30 avril, 1911. — GELMA, Rôle du traumatisme et de la fatigue musculaire, *Province méd.*, 13 avril 1912. — FRANCIS et MOUGREIEFF. Reprise de poliomyélite après 15 ans, *Journ. Nerv. and mental Diseases*, avril 1919, p. 293. — CHIAPORT, *Revue de la Soc. Med. Argentina. Soc. de Neur.* mai-juin 1922. p. 257. — FLEXNER et AMOS. Reprise d'activité du virus de la poliomyélite. *Journ. of experimental Medicine*, févr. 1924.

de l'articulation et une surélévation du cul-de-sac sus-rotulien. Il n'y a pas de lésions osseuses visibles à la radiographie. Quoique la pression un peu forte de l'interligne soit sensible, cette arthrite est relativement peu douloureuse et gêne peu les mouvements : seule la flexion forcée de la jambe sur la cuisse est incomplète.

Aux hanches, outre la marche dandinante à allure de luxation congénitale, en partie explicable par la parésie de la racine de la cuisse, nous constatons une limitation de l'abduction de la cuisse, et l'indolence des mouvements articulaires. La radiographie montre un contour flou de la tête et un col à angle tout à fait ouvert à type de coxa erecta.

Ces arthropathies, qui se sont installées assez insidieusement, ne doivent pas être attribuées à une complication intercurrente. Elles n'ont eu l'évolution ni d'un rhumatisme articulaire aigu ou subaigu ni d'arthrites infectieuses, gonococciques ou tuberculeuses par exemple. Elles paraissent devoir être rattachées directement à la moelle et à son rôle trophique. Nous trouvons en effet chez ce malade, outre l'amyotrophie, d'autres troubles trophiques des membres inférieurs, en particulier un trophoedème qui masque en partie la fonte musculaire.

Les classiques signalent les troubles trophiques osseux qui aboutissent parfois à des fractures spontanées. Nous avons observé un ancien paralytique qui avait ainsi perdu, soit spontanément, soit à la suite d'opération régulatrice pour un mal perforant infecté, son 5e et une partie de son 4e métatarsien. A la radiographie les os des poliomyélitiques présentent une raréfaction de la partie centrale de la diaphyse avec contours périostés nets comme repassés au crayon, aspect en verre de lampe de certains auteurs.

Par contre les *arthropathies de la poliomyélite* sont le plus souvent passées sous silence, si l'on excepte les multiples déformations (pied ballant ou varus équin, genu valgum ou recurvatum, etc.) qui ne sont pas dues à une atteinte primitive de l'articulation mais à l'atrophie musculaire et aux rétractions tendineuses. Cette rareté est un fait assez curieux pour qui connaît la fréquence d'autres arthropathies médullaires, tabétiques ou syringomyéliques. Peut-être s'explique-t-elle justement par l'importance de ces déformations articulaires secondaires qui, occupant le premier plan dans les séquelles de la maladie, ont en quelque sorte englobé par une extension abusive toutes les manifestations articulaires de la poliomyélite. Qu'une arthrite médiotarsienne vienne à s'installer sur un pied varus équin par exemple, le médecin se hâtera de conclure à une complication fortuite, sous l'influence de la fatigue par exemple, de la subluxation conditionnée par les rétractions tendineuses, alors qu'il s'agit peut-être d'arthropathie d'origine médullaire. Dans notre cas, où l'hydarthrose a envahi des jointures qui n'étaient pas déjà disloquées par la paralysie, cette origine myélitique paraît au contraire la plus défendable.

Quant au processus pathogénique susceptible d'expliquer pareilles arthropathies poliomyélitiques, nous ne pouvons que rester dans le champ des hypothèses. Barré a longuement battu en brèche dans sa thèse la fonction arthrotrophique de la moelle, du moins en ce qui concerne les ostéoarthrites du tabès qu'il attribue à des lésions vasculaires locales d'origine spécifique. Foix et Alajouanine les rattachent à l'atteinte du sympathique médullaire (*Bulletin Méd.*, 30 juin 1923) et cette pathogénie a été admise par Froment non seulement pour le tabès, mais encore par la syringomyélie (*Soc. Méd. Hôp. Lyon*, 19 février 1924). On connaît le rôle des troubles circulatoires dans la poliomyélite, comment l'ischémie du membre, décelable par l'oscillomètre, contribue à l'atrophie musculaire et quelle thérapeutique (massage, réchauffement, diathermie) on emploie pour la combattre : peut-être pareille pathogénie vaso-sympathique doit-elle être incriminée également pour les arthrites poliomyélitiques. Dans notre cas cependant, l'indice oscillométrique des artères des membres inférieurs ne diffère pas beaucoup de celui des artères des membres supérieurs.

ANALYSES

L'insuffisance ventriculaire droite. (LAUBRY, ROUTIER, LARGEAU. *Presse médicale* 16 août 1924.)

Les auteurs étudient particulièrement l'I. V. droite, et dégagent ses symptômes du tableau clinique classique de l'asystolie.

Les symptômes locaux en sont importants, et en permettent le diagnostic : on note une *tachycardie* modérée à 90, ou plus rapide à 120 ; elle est précoce, précède les autres symptômes, et peut en faire prévoir l'apparition. Elle est régulière, exempte d'extra systoles. Elle persiste au repos, s'exagère à l'effort, elle est tenace, et faiblement influencé par les toni-cardiaques.

La *dilatation du ventricule droit* se décèle par l'existence de battements cardiaques à la région xiphoïdienne, et l'allongement du diamètre transversal de la matité cardiaque. La palpation peut faire soupçonner l'existence d'un *bruit de galop droit*, qui aurait son lieu d'auscultation maximum dans l'angle costo-xiphoïdien. Enfin l'auscultation peut aussi déceler un *souffle d'insuffisance pulmonaire*, beaucoup plus rarement un souffle d'insuffisance tricuspidienne.

A l'examen radioscopique : en position frontale, l'aspect du cœur en sabot, en position transverse la disparition de l'espace clair antérieur cardio-sternal témoignent encore de l'augmentation du ventricule droit.

Quant aux signes fonctionnels et périphériques, ils consistent en une *dyspnée* prolongée, récidivante, pouvant devenir continue, avec phase paroxystique à tendance cyanotique. La *cyanose* serait importante surtout au cours des affections congénitales du cœur droit. Elle pourrait s'accompagner de polyglobulie. On note en outre des œdèmes, de l'oligurie, mais surtout une congestion hépatique, précoce, constante, intense.

L'évolution de cette insuffisance ventriculaire droite est rapide, et fatale dès qu'on a constaté l'existence d'un bruit de galop droit.

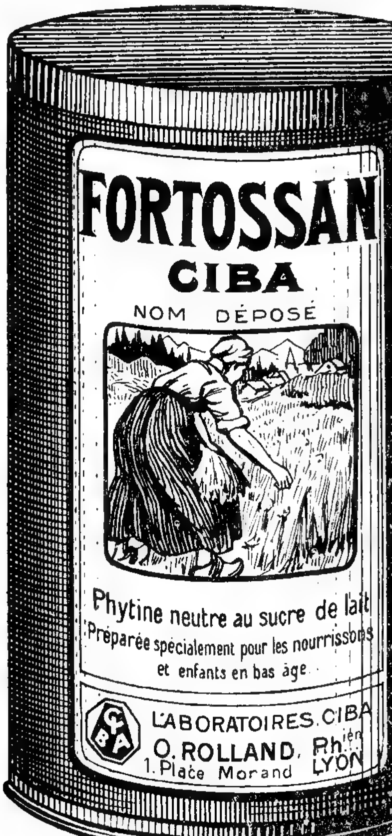
Elle reconnait habituellement pour cause : les affections congénitales du cœur droit (rétrécissement pulmonaire, associé ou non à la communication inter-ventriculaire) les artérites de l'artère pulmonaire, sa compression par une tumeur médiastinale, une symphyse pleuropéricardique, les anévrysmes des gros vaisseaux de la base, les anévrysmes artérioveineux.

On peut la voir aussi s'établir à l'occasion des lésions du ventricule gauche, ou au cours de la grossesse. Dans tous ces cas, l'insuffisance ventriculaire droite confirmée comporte un pronostic grave, et évolue malgré les plus énergiques toni-cardiaques.

Le rhumatisme cardiaque évolutif. (Paul RIBIERRE et Edouard PICHON. *Paris médical*, 5 juillet 1924.)

Sous le nom de rhumatisme cardiaque évolutif, les auteurs décrivent les inflammations cardiaques rhumatismales à évolution prolongée subaiguë, ou chronique. Elles peuvent se manifester dès la première atteinte cardiaque par le rhumatisme articulaire aigu, ou apparaître à l'occasion de légères douleurs rhumatismales chez un malade anciennement porteur d'une cardiopathie cicatricielle.

D'une symptomatologie assez complexe on dégage malaisément : des signes témoignant d'une « *dyspragie myocardique* », et se révélant le plus souvent par des incidents extracardiaques:



Suraliment phosphoré intégral

pour Enfants en bas âge

SOUS SON INFLUENCE :

Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.

1/2 à 2 cuillères à café par jour.

◆ ◆ ◆

Littérature et échantillons :

LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

172



Un traitement efficace

DANS LES AFFECTIONS PULMONAIRES

LE

PNEUMOBIOL

en injections trachéales

DONNE D'INCOMPARABLES RÉSULTATS

Antispasmodique

il diminue la dyspnée et l'essoufflement.

Il " stérilise " les poumons et empêche la prolifération microbienne.

Non toxique, sans contre-indication

Composition

Ess. camphora mono-br. 3 °/o.
Paraisopropylmétacrés. 1,50 °/ooo
Mélaleucine 3 °/o
Huile végétale neutre orth. éthylée à 4 °/o.
Oleum thymus serp. 2,50 °/ooo.
(Ampoules de 7 cc.)



Littérature et échantillons franco sur demande

PRODUITS PNEUMO

LABORATOIRES RAPIN, 48, Rue de Paris, VICHY (Allier)

L.M.

RECALCIFICATION

TUBERCULOSE
RACHITISME
CROISSANCE
DENTITION
DIABÈTE

BIOCALCOSE

GRANULÉ organo-calcique

DOSES
par jour

Enfants :
2 cuillerées à café

Adultes :
3 cuillerées à café

Labor^res Chevretin-Lematte, 5, r. Ballu, Paris
L. Lematte, Docteur en pharmacie, Succ^r
Registre du Commerce, Seine, N° 3576.

ANALYSES

Interruption artificielle de la grossesse à cause d'otosclérose. (H. Burger, *Acta oto-laryngologica.*) Vol. VII, fasc. 2, 1925.)

Après quelques remarques d'introduction, l'auteur rend compte d'un cas pour lequel il avait été appelé en consultat on par un autre otologue en octobre 1923. Chez une femme mariée, auparavant sans affection des oreilles, et qui alors était à la sixième semaine de sa première grossesse, il s'était developpé dans le cours de trois semaines un fort abaissement de l'ouïe, de nature otoscléreuse indubitable, accompagné de bourdonnements des oreilles fort incommodants. Il s'agit d'une personne très musicienne dont la musique était la récréation principale. Elle et son mari étaient disposés d'accepter toute intervention qui pût empêcher une aggravation de sa surdité, L'auteur met en discussion la possibilité d'atteindre ce but en interrompant la grossesse.

Dans le cas en question, la décision fut laissée aux intéressés eux-mêmes et à la direction du médecin de la famille, après l'avis suivant que donnèrent l'auteur et l'otologue qui l'avait appelé : Selon toute probabilité la grossesse fut la cause immédiate des débuts de la sclérose pour laquelle des dispositions héréditaires existaient déjà ; l'interruption de la grossesse pourra modifier favorablement le processus morbide et cette interruption est justifiée au point de vue médical quand bien même les conséquences en soient imprévisibles ; en outre, si l'on procède à cette intervention, il faudra prendre en même temps les mesures nécessaires pour prévenir les futures grossesses.

Le nystagmus et autres mouvements oculaires pendant la narcose. (G. V. Th. Borries. *Acta oto-laryngologica.* Vol. VII. fasc. 2, 1925.)

Au commencement de la narcose, aussi bien qu'à sa fin, on voit souvent, comme on sait, un nystagmus à ligne droite dans la direction du regard, ce qui dépend de ce que la faculté de maintenir l'œil fixé dans la position externe est affaiblie. A l'examen d'un grand nombre de malades, aux oreilles saines, qui avaient été soumis à l'anesthésie générale, l'auteur pouvait constater qu'un tel nystagmus de degré absolument pathologique pouvait souvent durer une journée ou plus après la fin de la narcose, et il attire l'attention sur l'importance de ce fait dans les cas où on veut rechercher si une labyrinthite post-opératoire s'est produite chez les malades qui ont été trépanés sous anesthésie générale.

Puis l'auteur parle des mouvements oculaires lents, quelquefois dissociés, ayant lieu sous la narcose profonde, et il souligne que ces mouvements peuvent quelquefois se voir dans une narcose si profonde qu'elle supprime les reflexes cornéens, ce qui peut être utile à savoir pour connaître le degré de la narcose.

L'Hémiplégie ascendante dans la thrombophlébite du sinus longitudinal supérieur, (M. Lannois, *Acta oto-laryngologica*, Vol. VII, fasc. 2, 1925.)

L. appelle l'attention sur l'hémiplégie ascendante, à marche progressive et rapide, débutant par le membre inférieur, envahissant en quelques heures le membre supérieur, puis la face, qui peut survenir au cours de la thrombo-phlébite du sinus longitudinal supérieur d'origine nasale ou sinuso-nasale.

Dans son extension progressive, celle-ci amène la thrombose des veines afférentes et notamment de la grande veine anastomotique de Trolard : il en résulte un ramollissement hémorrhagipare du lobule paracentral et des circonvolutions rolandiques et l'hémiplégie ascendante caractéristique.

L'apparition de cette hémiplégie est un symptôme très important car elle doit inciter à une intervention immédiate, c'est-à-dire à l'ouverture et au curettage du sinus longitudinal supérieur, comme nous le faisons pour le sinus latéral thrombosé.

hépatomégalie douloureuse, oligurie, œdèmes, dyspnée d'effort, parfois œdème aigu pulmonaire, des « *douleurs péricarditiques* » exagérés par les inspirations profondes, par la toux, par la palpation, et la percussion précordiales, surtout suivant une zone en forme de L majuscule avec bande douloureuse parasternale, et bande douloureuse horizontale suivant les insertions du diaphragme, des « *douleurs myocarditiques* » ayant un caractère angoissant, les rapprochant des douleurs angineuses, et soulagées par la percussion et le massage. L'examen objectif montre une *augmentation de volume du cœur*, se modifiant rapidement sous l'influence du repos, de la médication toni-cardiaque, du salicylate de soude, et réalisant le cœur accordéon. *L'assourdissement des bruits du cœur* constaté à l'auscultation est rarement en rapport avec un épanchement péricardique, le plus souvent il relève d'un œdème valvulaire, ou de l'hypotonicité du myocarde.

Les souffles constatés peuvent témoigner d'endocardites anciennes, ou être liés à des insuffisances fonctionnelles orificielles liées à la dyspragie myocardique. On peut constater des *arythmies*, extrasystoles, bradycardie par dissociation, arythmie complète. Les accidents emboliques ou hémorragiques sont rares.

A ces symptômes cardiaques se joignent les signes généraux et locaux de l'infection rhumatismale. La fluxion est souvent discrète, l'angine n'a pas toujours une grosse importance ; mais les manifestations douloureuses articulaires et périarticulaires ont toujours une importance considérable quant au diagnostic, elles peuvent revêtir tous les types, depuis l'arthralgie classique, jusqu'à une manifestation douloureuse peu caractéristique, mais dont la nature est identifiée par l'influence décisive du salicylate de soude.

Au point de vue clinique ce R. cardiaque évolutif peut se manifester sous forme de *poussées successives* apparaissant après une première atteinte typique de rhumatisme articulaire aigu avec localisation cardiaque. Elles se traduisent et par des signes cardiaques, et par des manifestations périphériques douloureuses. Elles peuvent guérir, mais en laissant chez des malades exposés à de nouvelles poussées une cardiopathie cicatricielle. Elles peuvent aboutir à la mort au cours d'une poussée subintrante rhumatismale, ou par insuffisance cardiaque irréductible. La *cardite récurrente rhumatismale* serait constituée par une nouvelle poussée rhumatismale sur une cardiopathie orificielle cicatricielle. Cette atteinte pourra se refroidir, ou évoluer vers le *rhumatisme cardiaque secondairement évolutif* qui constitue la forme la plus sévère. Elle se présente comme une cardite recurrente, mais avec des troubles fonctionnels particulièrement intenses : dyspnée, douleur angoissante, cardiomégalie, hépatomégalie, tachyarythmie complète, température élevée. Cette forme serait surtout fréquente au cours de la seconde enfance. Elle réalise l'asystolie inflammatoire de Bard, aboutissant, parfois après des rémissions trompeuses, transitoires, à une véritable cachexie cardiaque avec infection, qui peut se terminer par la mort subite. A l'autopsie, on trouve une hypertrophie du cœur, avec dilatation du ventricule gauche, lésions scléreuses valvulaires et parfois, petites végétations fibrineuses endocarditiques. Les lésions péricardiques sont le plus souvent limitées, mais on rencontre assez souvent des nodules submiliaires dans les espaces interfasciculaires du myocarde ventriculaire.

Le diagnostic du rhumatisme cardiaque évolutif consistera surtout à reconnaître le rôle de l'infection rhumatismale, et à ne pas se rallier trop tôt au diagnostic de symphyse du péricarde, ou d'endocardite secondaire non rhumatismale, ou d'endocardite maligne.

Au point de vue thérapeutique, en dehors des interventions destinées à soulager le travail du cœur, ou à stimuler son énergie, on se trouvera bien d'ordonner du salicylate de soude, de façon prolongée, par cures mensuelles répétées même en dehors des poussées évidentes d'infection : au besoin on pourra recourir à la voie rectale ou intra-veineuse. Ce médicament qui, expérimentalement n'a aucune influence fâcheuse sur le rythme cardiaque, ou sur la pression artérielle, a souvent amené une réduction de la cardiomégalie, et de l'insuffisance cardiaque.

La valeur de l'huile camphrée comme excitateur cardiaque (The value of camphor in oil as a cardiac stimulant). (H.-M. MARWIN et J.-D. SOIFER, *The Journal of the American medical Association*, t. 83, f. 2, 12 juillet 1924, p. 94-96.

Les auteurs arrivent à la conclusion que le camphre n'a pas d'action sur les maladies de cœur à type congestif et qu'en conséquence, il n'a pas de place rationnelle dans la thérapeutique de ces sortes d'état.

L'étude a été faite sur 14 malades atteints de maladies de cœur avancées à type congestif et sur 2 personnes normales. Le traitement a consisté en injections intra-musculaires d'huile camphrée soit à petites doses répétées, soit à doses uniques mais massives. On a fait ainsi des doses variant de 6 centigrammes à 3 grammes. De fréquentes observations ont été renouvelées pour déterminer quel était l'effet sur le système cardio-vasculaire. Les auteurs n'ont pas pu établir de la sorte l'action évidente du camphre à pareille dose sur le rythme cardiaque aussi bien que sur la respiration, la pression sanguine, l'électro-cardiogramme et l'état général.

Par contre, si, après ce traitement, on donne de la digitaline, on obtient une amélioration rapide et persistante : ceci a pu être confirmé chez 10 malades.

P. DUHAIL.

Hérédité et hypertension (Heredity and hypertension). (O'HARE, WALKER et VICKERS. *The Journal of the American medical Association*, vol. 83, n° 1, 5 juillet 1924, p. 27.)

L'hérédité, sans aucun doute, joue un rôle de premier plan dans la production des maladies hypertensives. Il n'est pas rare de voir survenir vers l'âge de vingt ans un incident souvent minime qui sera le point de départ de la grande hypertension observée vers la cinquantaine. Aussi il est de toute nécessité chez ces familles de sanguins de surveiller les jeunes individus et de tâcher de leur éviter ces légers accrocs qui peuvent avoir une si grosse influence pour l'avenir.

L'auteur a recherché les antécédents familiaux de 300 malades présentant de l'hypertension permanente ; parmi ceux-ci, 204 fois on retrouve une histoire très nette d'apoplexie, de maladie de cœur, de néphrite, d'artériosclérose ou de diabète chez un ou plusieurs membres de la famille du malade. Dans la plupart de ces observations, il est fréquent de trouver notés des signes de troubles vaso-moteurs ou nerveux survenus vers l'âge de 20 ans.

P. DUHAIL.

Les effets des rayons X sur le foie ou la rate pour arrêter l'hémorragie (the effects of X rays on liver or spleen to stop hemorrhage). (T. SHICHIDA, *The Japan medical World*, Tokio, vol. IV, n° 5, 15 mai 1924, p. 115-118.)

Les applications de rayons X sur le foie ont une très grande influence pour arrêter une hémorragie, et c'est une des meilleures méthodes hémostatique. Cette action est due à l'excitation des cellules hépatiques qui exagèrent la fonction physiologique de l'organe. Ainsi les éléments nécessaires à la coagulation du sang sont augmentés et la coagulabilité s'en trouve exagérée. L'auteur n'admet pas l'opinion de Stephan lorsqu'il dit que la meilleure méthode d'arrêter une hémorragie c'est de faire la radiothérapie de la rate, pas plus qu'il ne reconnaît à la rate le rôle d'être l'organe même de la coagulation sanguine. Le foie, bien au contraire, pour S. est intimement lié à la coagulation du sang, mais il y a d'autres organes et d'autres tissus qui concourent à cette fonction. Ceci prouve donc qu'il n'y a pas d'organe électif de la coagulation.

Lorsque l'on fait une application de rayons X pour arrêter une hémorragie, la chose de la plus haute importance c'est la question des doses : à dose trop forte, la coagulation est détruite. Lorsque l'on veut pratiquer une opération sur un individu à tendance hémorragique, on fait, cinq à dix heures avant

l'intervention, une application de rayons X sur le foie pour éviter l'écoulement de sang pendant ou après l'opération.

P. DUHAIL.

Œdème pulmonaire aigu dans le rétrécissement mitral pur en dehors de la gravidité. (Paul RIBIERRE. *Revue Médicale Française* septembre-octobre 1924.)

L'A rapporte l'observation d'un jeune homme de 18 ans, porteur d'un rétrécissement mitral pur secondaire à une endocardite rhumatismale, et qui avait dû être hospitalisé au cours d'une crise d'œdème aigu du poumon, ayant eu comme symptômes prémonitoires une sensation de pesanteur épigastrique, et quelques coliques.

L'éventualité d'œdème aigu du poumon chez des malades atteints de rétrécissement mitral pur n'est pas fréquemment notée par les classiques. Gallawardin en a cependant signalé quelques cas. Ces accidents montrent que l'insuffisance auriculaire gauche, aiguë, vient prendre sa place à côté de l'insuffisance ventriculaire gauche dans la pathogénie de l'œdème aigu du poumon. Dans ces conditions le raptus séreux-pulmonaire semble devoir être favorisé par l'existence d'une sténose mitrale particulièrement serrée, et d'un ventricule droit énergique maintenant, et élevant à chaque systole la tension dans le domaine de l'artère pulmonaire, alors l'oreillette est impuissante à assurer l'écoulement sanguin, à travers l'orifice mitral sténosé vers le ventricule gauche. Pourtant, le plus souvent la défaillance auriculaire s'établira lentement, se signalera par de l'arythmie, des signes de congestion œdémateuse des bases pulmonaires, et l'insuffisance progressive du cœur droit, s'établissant, mettra définitivement à l'abri de crises d'œdème aigu pulmonaire. Les grands accidents sont en somme précédés de petits incidents avertisseurs, surtout par de la dyspnée, avec légère expectoration rosée. Une bonne diététique peut alors prévenir l'apparition de la crise aiguë d'œdème pulmonaire, qui lorsqu'elle se déroule est avant tout justiciable d'une saignée abondante, et peut accessoirement bénéficier d'un traitement belladoné.

Les hémoptysiques bronchectasiques. (Fernand BEZANÇON et Robert AZOULAY. *Paris Médical*, 17 janvier 1925.)

Les accidents hémostoïques ont été particulièrement signalés dans la dilatation anévrysmatique des bronches. Ces hémoptysies sont souvent très semblables aux hémoptysies tuberculeuses, et rendent les deux affections souvent malaisées à différencier.

Du point de vue clinique, les auteurs distinguent les petites et moyennes hémoptysies, d'hémoptysies abondantes et mortelles.

Les petites hémoptysies peuvent être soit des crachats hémoptoïques, suivant ou précédant une poussée aiguë, ne s'accompagnant d'aucun signe général ou local ; soit une expectoration sanglante, liquide abondant, constituant des crachats lavure de chair.

Les hémoptysies moyennes peuvent être composées de sang pur. Si elles comportent des parcelles purulentes, le sang se dépose fréquemment à la partie inférieure du crachoir. Ces faits s'observent surtout dans ces cas où la gangrène pulmonaire s'est associée à l'ectasie bronchique.

Les hémoptysies abondantes, parfois mortelles sont presque toujours composées de sang pur. Elles peuvent être précédées des prodromes classiques des grandes hémoptysies. Elles peuvent réaliser de véritables poussées hémoptoïques de la bronchectasie, s'accompagnant de signes fonctionnels discrets, mais souvent avec des signes généraux graves.

De tels épisodes hémoptoïques peuvent marquer ainsi chacune des trois périodes évolutives de la dilatation des bronches. La première période, de latence, ne se signale par aucune expectoration, elle peut pendant longtemps être inaperçue, mais l'hémoptysie peut précéder de très longtemps l'apparition des signes de bronchectasie. Ces hémoptysies peuvent être assez abondantes, mais le plus souvent elles ne s'accompagnent d'aucune modification de l'état général. Des signes cavitaires peuvent parfois se manifester. Ils disparaissent parfois avec l'hémoptysie. La deuxième période, à expectoration intermittente, s'établit souvent à l'occasion d'une affection intercurrente, mais son apparition peut aussi être favorisée par une hémoptysie. Il s'agit d'une hémoptysie de sang pur à laquelle se mélange peu à peu une expectoration nummulaire, purulente. Dans les bronchectasies à expectoration continue, l'hémoptysie est constamment mélangée à l'expectoration abondante. Enfin au cours des dilatations bronchiques, on peut voir aussi des hémoptysies liées à des facteurs secondaires : hémoptysie cataméniale, par stase veineuse pulmonaire, par hypertension artérielle. La gangrène pulmonaire concomitante peut être aussi une cause d'hémoptysie, de même l'existence de tuberculose pulmonaire associée.

Le diagnostic n'est pas toujours facile, il pourra se poser avec l'hémoptysie de la pleurésie purulente enkystée évacuée par vomique, et c'est là un cas où le radio-diagnostic lipiodolé pourra rendre grand service. De même la gangrène pulmonaire traînante et hémoptoïque pourra prêter à confusion. Dans les formes sèches quand l'hémoptysie est le seul symptôme, le diagnostic est difficile avec certaines formes hémoptoïques de tuberculose sans tendance évolutive. Ce n'est que rarement que le diagnostic pourra présenter quelque difficulté avec le cancer broncho-pulmonaire, ou avec un kyste hydatique du poumon. La première de ces affections est une maladie rapidement cachectisante, très différente de l'ectasie bronchique, la seconde a pour elle ses réactions biologiques caractéristiques.

Au point de vue thérapeutique, les agents habituels antihémoptoïques seront de mise dans ces hémoptysies bronchectasiques. Les incidents paraissant favoriser les poussées hémoptoïques pourront commander une discipline particulière dirigée contre l'insuffisance ovarienne, la défaillance cardiaque, l'hypertension artérielle, la gangrène pulmonaire associée.

L'immobilisation relative du poumon malade par le pneumothorax artificiel, ou par la phrénicotomie ont donné souvent de bons résultats.

Enfin il ne faudra pas oublier que la syphilis a au moins un rôle favorisant dans l'étiologie de l'ectasie bronchique, et à ce titre un traitement anti-syphilique paraît être indiqué.

La tuberculose lobaire. (Emile SERGENT et P. ARIS. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 janvier 1925.)

Les auteurs ajoutent aux études antérieures de la lobite tuberculeuse, des notions importantes résultant de la comparaison de pièces anatomiques aux images radiologiques. Ils mettent en évidence l'importance de la scissure interlobaire, soit qu'elle oppose une barrière à une tuberculose d'origine bronchique, soit qu'elle soit un point d'appel en cas de tuberculose secondaire à une corticopleurite interlobaire.

La lobite supérieure droite paraît relativement fréquente ; au point de vue radiologique, elle paraît limitée nettement par les rayons traversant la petite scissure, presque horizontale du côté droit. Le lobe supérieur gauche, de par l'obliquité considérable de la scissure interlobaire de ce côté, se projette sur ce lobe inférieur, et est beaucoup moins aisément délimitable. La condensation lobaire peut à l'écran donner une ombre triangulaire pneumonique dont la base répond à la scissure interlobaire.

La broncho-alvéolite qui la constitue est susceptible de régression partielle, mais par places elle subira la caséification ou la sclérose. L'excavation qui en résulte siège assez fréquemment dans la région, sus scissurale externe. Au niveau de linterlobe, les deux feuillets pleuraux sont souvent symphysés, et cette soudure n'est parfois mise en évidence qu'au cours de l'établissement d'un pneumothorax artificiel. Dans le cas d'évolution de la lobite supérieure vers la sclérose cicatricielle rétractile, l'interlobe se déforme et subit une ascension vers le sommet du poumon. Au point de vue stéthacoustique ces lobites supérieures peuvent réaliser parfois un syndrome de condensation pulmonaire, d'autres fois un syndrome cavitaire.

Leur mode de début est variable, soit lent, après une phase d'altération de l'état général, soit brusque comme une pneumonie franche, ou une pneumonie caseeuse, plus rarement elles peuvent être chroniques d'emblée.

Au cours de leur évolution anatomique, elles passent par la série des stades successifs de la tuberculose pulmonaire : l'hépatisation régresse en partie, d'autres points évoluent vers l'excavation et la sclérose.

Dans les cas défavorables les lésions peuvent s'étendre aux autres lobes par voie broncho-lymphatique.

Le problème du diagnostic varie suivant le mode évolutif : les formes aiguës peuvent simuler une pneumonie franche à pneumocoques ; les formes subaiguës seraient à différencier d'une péri-scissurite simple ; dans les formes chroniques le diagnostic pourra se poser avec la syphilis, mais avant d'éliminer la tuberculose, il faudra étudier les antécédents du malade et examiner longuement et à plusieurs reprises son expectoration.

Du point de vue radiologique, on devra différencier d'une condensation lobaire l'image d'une sclérose pleuro-médiastinale, avec déviation trachéale, pouvant donner une ombre sous-claviculaire.

Ces lésions de lobite tuberculeuse, unilatérales, au moins au début, sont justiciables du pneumothorax artificiel. Le lobe malade, du fait de l'hépatisation est d'abord moins collabé que les lobes sains. Il devient plus malléable ensuite par résorption des exsudats alvéolaires, et parfois être comprimé électivement, avec des pressions intra-pleurales minimes. Jean OLLIVIER.

Bandage abdominal pour remplacer l'extrait pituitaire dans la seconde partie du travail. (Abdominal brûder as a substitute for pituitary extract in second stage of labor). (A. BECK. *The Journal of the American medical Association*, t. 83, f. 10, 6 sept 1924, p. 753-7 6.)

Les injections d'extrait pituitaire dans la seconde partie du travail ne sont pas toujours sans danger surtout chez les primipares. Ce médicament peut être cause de rupture utérine ou de tétanisation de l'utérus ; les contractions peuvent devenir tellement violentes qu'il se produit des déchirures étendues chez la mère ou des hémorragies méningées chez l'enfant. Aussi l'auteur remet en honneur l'emploi d'un bandage abdominal : celui-ci est formé de deux parties toutes deux en toiles. L'une placée sous les reins, l'autre sur l'abdomen. A cette dernière partie est fixée de chaque côté cinq lacs qui peuvent être attachés à cinq boucles correspondantes fixées à la partie postérieure du bandage.

Voici les résultats obtenus :

1) La seconde partie du travail a duré 68 minutes en moyenne chez 250 primipares avec bandage ; il a duré 101 minutes chez 250 primipares sans bandage.

2) Il y a eu 19 applications de forceps chez 250 primipares avec bandage : il y en a eu 35 chez 250 primipares sans bandage.

3) On a eu à déplorer 8 morts d'enfants chez 250 primipares sans bandage. P. DUHAIL.

Un cas de myxœdème postopératoire. (BOUILLA et BLANCO SOLER, Madrid, *Endocrinology, the Bulletin of the Association for the study of internal secretions*, t. VIII, f. 2. mars 1924, p. 237-243.)

Il s'agit d'un homme de 30 ans présentant les symptômes classiques d'une maladie de Basedow : goitre avec exophtalmie signes de Mœbius, de Graefe et de Stelliwg, tachycardie à 150, tremblement, insomnie, diarrhée, émotivité exagérée. On enlève le lobe droit, l'isthme et tout le lobe gauche moins son bord postérieur, on lie la thyroïdienne inférieure gauche. Le malade est revu quelque temps après l'opération : le syndrome d'hyperthyroïdisme persiste après la thyroïdectomie subtotale il existe de la diarrhée, de la tachycardie à 100, du tremblement, de l'exophtalmie, un peu de mélanodernie, de l'asthénie et de la frigidité sexuelle.

On fait alors l'extirpation de la chaîne cervicale sympathique gauche mais quelques mois plus tard apparaît un syndrome classique de myxœdème : facies caractéristique, pouls à 80, constipation, augmentation de poids. Les symptômes psychiques s'aggravent, l'exophtalmie et le tremblement persistent. L'injection d'un milligramme d'adrénaline produit une intense réaction locale. L'injection d'atropine diminue la fréquence du pouls qui est de 85 pulsations à la minute tombe à 62, et il faut 2 ou 3 jours pour qu'il revienne à 80. Le métabolisme basal était inférieur à 10 pour cent.

On commence alors un traitement thyroïdien intensif (3 cachets par jour de 3 centigrammes pendant un mois). Durant le traitement le malade se trouve soulagé quoique les symptômes d'émotivité persistent. Le métabolisme basal dépasse 27 pour cent, le poids est de 71 kilogs. On diminue alors le traitement, le malade ne prenant plus qu'un cachet par jour la première semaine, deux la 2e, trois la 3e, quatre la 4e. Puis on diminue peu à peu les doses à mesure que le poids baisse. Enfin lorsque le malade ne pèse plus que 58 kilogs et que le métabolisme basal dépasse 25 pour cent il ne prend qu'un cachet par jour. Actuellement il peut être considéré comme complètement guéri les troubles psychiques ayant complètement disparu.

P. DUHAIL.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 *avril* 1925.

Conclusions de la Commission de la vivisection. — M. *Balthazard.* — « En réponse à la question de M. Desvaux, la Commission répète ce qu'elle a déjà dit par l'organe de son rapporteur, M. Balthazard, à savoir que le meilleur surveillant des expériences de vivisection est le chef du laboratoire dans lequel ont lieu les expériences, parce qu'il est compétent, parce qu'il est toujours présent et qu'il a l'autorité nécessaire pour veiller à ce que les animaux soient traités sans cruauté. Quant aux officines clandestines dont parle M. Desvaux, la Commission ne les connaît pas, et elle estime que c'est à M. le Préfet de Police de les rechercher. »

Ces conclusions sont adoptées.

L'épidémiologie et la prophylaxie des helminthiases. — M. *Ch. Joyeux.* — L'étude zoologique et biologique des helminthes a fourni à la pathologie humaine un grand nombre de données intéressantes, notamment en ce qui concerne l'épidémiologie et la prophylaxie des maladies vermineuses. Dans cette note, l'auteur attire l'attention sur quelques points importants récemment mis en lumière : la spécificité des hôtes et ses conséquences médicales ; les facteurs inconnus intervenant dans l'évolution des helminthes.

Petit foyer épidémique de nature indéterminée, récemment observé dans une région dévastée du Pas-de-Calais. — MM. *J. Leclercq* (de Lille), *M. Leroy* (d'Arras) et *L. Vaillant* ont eu l'occasion d'observer, dans le courant du mois de janvier, dans un délai de huit jours, vingt cas nettement caractérisés d'une affection nouvelle.

Le début est soudain. Le sujet est surpris soit au cours du travail, soit au moment du repas, soit encore pendant une période de repos, à l'usine, à son domicile ou en plein air. C'est à peine si, depuis quelques heures il ressentait un peu de lourdeur de tête et une fatigue, auxquelles d'ailleurs il n'attribuait généralement aucune importance. Il est brusquement pris d'un étourdissement. Il est angoissé. Sa respiration devient rapide et superficielle. Il ressent une violente céphalée. Il perd connaissance. Il a généralement le temps ou de s'asseoir ou de s'étendre.

Pendant qu'il est dans cet état, dont la durée varie de cinq minutes à trois ou quatre heures, il a le facies vultueux et parfois violacé. Il est pris de tremblement et d'agitation nerveuse. Sur la face, sur le cou, aux mains, aux jambes, sur le thorax et surtout sur les anciennes cicatrices de brûlures que porte tout verrier apparaît une éruption formée de placards rouges, étendus, à bords plus ou moins circinés, légèrement surélevés, séparés par des espaces de peau saine. Selon l'expression imagée employée par les témoins : « le malade a une carte de géographie sur la figure ». Ces plaques sont érythémateuses, mais non prurigineuses. Elles sont fugaces. Elles disparaissent en

quelques heures, mais elles laissent après elles un piqueté formé de petits éléments clairsemés du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, aboutissant à l'éclosion de petites vésicules à liquide clair, qui se dessèchent pour former de petites pellicules épidermiques. Cette éruption disparaît définitivement en trois ou quatre jours, sans laisser de trace.

Pendant toute la durée de l'affection, la température oscille entre 37°6 et 37°8. Le pouls demeure régulier et bien frappé.

Après la crise, le malade reprend ses sens. Il ignore tout ce qui s'est passé pendant la phase précédente, ou il n'en conserve qu'un souvenir confus. Il a de la céphalée. Il éprouve une impression profonde de fatigue. Il est courbaturé. Mais il peut se déplacer. Il peut même se promener ou reprendre ses occupations.

Dans la suite, il présente encore le plus souvent une ou deux crises à peu près identiques, mais généralement moins intenses et moins prolongées, se succédant de quelques heures à 24 heures d'intervalle. Un seul malade en a eu six en deux jours. Et entre la deuxième et la troisième, il a pu se rendre à pied à 3 kilomètres de son domicile pour voir un ami, chez qui il eut d'ailleurs sa troisième crise.

Dans quelques cas, les symptômes ont été moins brusques et moins dramatiques. Ils ont été réduits à une sensation de malaise passager avec bouffée de chaleur, faible dyspnée, légère céphalée, fatigue générale et apparition d'une éruption fugace sur la face et sur les mains.

Les recherches de laboratoire ont éré négatives.

Il s'agit, semble-t-il, d'une maladie contagieuse, qui a évolué dans une population ouvrière, vivant en pleine campagne, isolée de toute agglomération par la situation même de l'usine où elle travaille.

Il n'a pas été possible d'en préciser la nature. S'agit-il d'une forme anormale de la grippe ? Se rapprocherait-elle, d'autre part, du hoquet ou de l'encéphalite léthargique ?

Valeur du B. 205 dans le traitement de la maladie du sommeil au Cameroun. — Au cours d'une mission au Cameroun, MM. *L. Tanon* et *E. Jamot* ont essayé le B. 205 dans le secteur du Haut-Nyong qui compte parmi l'un des plus infectés de l'A. E. F. Ils ont fait des observations comparatives avec d'autres médicaments et ont injecté le 205 à 9 malades.

Tout en reconnaissant à ce corps une valeur trypanosomicide au moins égale à celle des autres produits actuellement employés contre la maladie du sommeil, Tanon et Jamot considèrent qu'il n'est pas si inoffensif qu'on l'a dit, car il est toxique pour les cellules de l'épithélium rénal. L'albuminurie qu'il détermine et qui disparaît le plus souvent spontanément, peut entraîner de l'urémie et provoquer la mort. C'est ce qu'ils ont constaté dans 3 cas où les signes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques étaient absolument superposables. Ils ont vu, de plus, un cas d'érythrodermie exfoliatrice aiguë semblable à celle que déterminent les arsenicaux organiques.

Et même quand cette albuminurie, que les Allemands considèrent comme bénigne et transitoire, disparaît, il ne faut pas conclure que le rein n'ait pas été lésé, et il faut, au contraire, réserver le pronostic car il n'est pas prouvé que ces lésions légères ne puissent préparer lentement une néphrite chronique ultérieure.

Le 205 doit donc être employé avec prudence. Son grand avantage est que la dose toxique est très éloignée de la dose thérapeutique. Les injections ont été faites à raison d'une injection intra-veineuse de 0 gr. 50 1 gr., 1 gr. 50 à 3 jours d'intervalle, ou de 2 injections à 8 jours d'intervalle soit au total 3 gr. pour un adulte. Chez les enfants de 10 à 13 ans, ils donnaient 2 gr. en tout. Le médicament a été parfaitement toléré, et il n'y a jamais eu d'accident. La solution était préparée extemporanément en faisant dissoudre 1 gr. de sel dans 10 gr. d'eau bouillie.

Sous son influence, les trypanosomes disparaissent très rapidement, et dès la première injection, entre la 3e et la 24e heure. Ils n'ont plus reparu ensuite chez la plupart des malades, que les auteurs ont pu suivre pendant 9 mois. Mais chez 7, il y eu des récidives au bout de 1 mois, 1 mois 1/2 ou 3 mois. Ces réapparitions persistaient 15 jours, puis les parasites disparaissaient de nouveau pour ne plus reparaître. Cependant chez une femme, ils sont revenus en aussi grand nombre qu'avant et n'ont plus disparu. Le 205 ne guérit donc pas définitivement la maladie du sommeil.

Il n'a pas d'action sur les parasites du liquide céphalo-rachidien quand les centres nerveux sont envahis, à moins qu'on ne fasse une injection intra-rachidienne. Mais celle-ci n'est pas à recommander car elle entraîne une mort rapide en sept heures avec de l'excitation nerveuse et cardiaque, et mort en syncope aux doses de 0 gr. 50 ou 0 gr. 25, doses relativement faibles par rapport à celle que l'on peut injecter dans les veines.

A leur avis, le 205 est un bon trypanosomicide, mais il n'est pour le moment pas supérieur, au moins en ce qui concerne l'infection humaine à trypanosoma gambiense, aux autres médicaments qu'on emploie actuellement, comme l'atoxyl. Pour les auteurs d'ailleurs, la valeur d'un corps se jugera en cette matière sur ce critérium que, seul, un médicament qui fera disparaître la lésion méningée pourra être considéré comme un médicament curatif dans la maladie du sommeil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1925

Sur les pouvoirs antitoxiques et antiseptiques des eaux de Châtel-Guyon. —*M. J. Baumann* (de Châtel-Guyon). — Les eaux de Châtel-Guyon prises en boisson et par goutte à goutte rectal réalisent une véritable antisepsie intestinale. Elles ont notamment une grande efficacité sur certains troubles vasculaires toxiques d'origine cæcale et sur le syndrome entéro-rénal.

Intoxication par le gaz d'éclairage et le véronal guéri par une transfusion sanguine. — *M. M. Stora et Bécart.*— Il s'agit de l'observation d'un cas d'intoxication par le gaz d'éclairage et le veronal suivie de guérison complète en 8 jours à la suite de transfusion de sang. La malade présentait un état comateux, avec abolition complète de tous les réflexes. La réapparition des réflexes permit d'établir dès le début un bon pronostic.

Inhalation et humage. — *M. Baqué* compare les particularités respectives de l'inhalation et du humage, et précise les conditions que doivent réaliser les eaux thermales pour pouvoir donner par l'un ou l'autre de ces moyens leur maximum d'efficacité.

Troubles vago-sympathiques aigus et de longues durées après la pylorogastrectomie. —*M. Pron.* — Dans deux cas, l'auteur a observé quelques semaines après l'intervention, divers troubles attribuables à une perturbation, vago-sympathique à alternatives de pâleur et de rougeur de la face, sueurs abondantes, tachycardie, nausées etc..

Les essais de thérapeutique médicale furent peu efficaces, mais cet ensemble de symptômes disparut au bout de quelques mois.

R. GLÉNARD

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 avril 1925 (*Fin*).

Cachexie hémorroïdaire. — *M. Pierre Mornard.* — Certains hémorroïdaires présentent l'aspect de cancéreux et sont diagnostiqués : cancer d'intestin. On refuse de les opérer, alors qu'une intervention très simple les guérirait. M. Mornard cite trois cas qu'il vient d'observer, en un mois. Il s'agissait de malades considérés comme cancéreux inopérables, et qui ont subi un White-Head.

L'exérèse suivant la technique du White-Head est toujours indiquée dans ces cas, parce qu'il n'y a pas d'espace libre de muqueuse qui permet d'employer la méthode des ligatures. Cette opération se fait sous anesthésie locale.

Chez tous ces malades, la transfusion du sang pré-opératoire fut indispensable. Un de ces patients était tellement déprimé qu'il faisait une syncope pour être changé de lit, dans la position horizontale.

Le diagnostic de la lésion se fait par l'anoscopie. Le toucher rectal est négatif.

ACTUALITÉS

Le deuxième Congrès médical Franco-Polonais

Le deuxième Congrès médical franco-polonais s'est ouvert le mardi 21 avril à 10 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Paris avec toute la solennité, tout l'enthousiasme et toute la cordialité à la fois que comportait la réception par les médecins français des alliés d'aujourd'hui et des amis de toujours. L'amitié de la France et de la Pologne est traditionnelle, elle est innée au cœur français. Elle a survécu à toute les querelles internationales, à tous les bouleversements de frontières, à tous les changements de régime. Elle a été acclamée par les royalistes et les républicains. Elle est faite d'affinités de race et de caractère, d'un amour commun de l'indépendance et de la liberté, de la même ardeur pour les causes nobles, de la même sentimentalité et des mêmes tendances intellectuelles et scientifiques. Elle est faite aussi de souffrances communes et elle a été scellée sur les champs de bataille !

La France, qui a assisté émue au long martyre de la Pologne, s'est réjouie de sa délivrance dont elle avait fait un de ses buts de guerre. Elle admire aujourd'hui son merveilleux essor de vitalité.

Les médecins français qui ont eu la joie d'être reçus par leurs confrères polonais en 1921, au lendemain de la grande bataille pour Varsovie, ont tous gardé le souvenir reconnaissant de l'accueil somptueux et si cordial qu'ils y avaient reçu. Ils ont voulu que l'arrivée de la délégation polonaise sur la terre de France fût saluée dignement, respectueusement et qu'elle fût, ce qui est plus, une manifestation d'amitié sincère et de véritable fraternité. Après la réception officielle au Collège de France par M. Croiset et par le P. Gley, la première réunion médicale eut lieu à la Faculté de Médecine. M. Justin Godart la présidait ayant à ses côtés M. le doyen de la Faculté de Médecine, son Excellence M. l'Ambassadeur de Pologne, les représentants du Gouvernement polonais, le président de l'association des médecins de Pologne et le bureau du Congrès, etc. Dans la salle de nombreux membres de la Faculté, les congressistes et un grand nombre de dames polonaises. L'Orchestre médical prêtait son concours à cette solennité.

Le professeur Roger, président du Congrès, dans son discours d'ouverture, remercia les médecins polonais de l'hommage touchant qu'ils avaient, dès leur arrivée, tenu à rendre au soldat inconnu et aussi de leur présence nombreuse parmi nous. Le docteur Okinczyc, secrétaire général, dans une allocution toute empreinte d'émotion affectueuse, associa dans un même éloge sa patrie d'origine et sa patrie d'adoption. M. le ministre du travail fit un discours applaudi. On acclama la Pologne, les médecins polonais, on se leva d'enthousiasme au nom du plus respectacle d'entre eux et l'on se mit au travail.

L'ordre du jour du congrès est chargé. Il comporte des communications des professeurs Mazurkiewitcz, Gluzinski. Eiger, Feigin, Parnas, Krynski, Loth, sur la démence précoce, l'hépatite syphilitique, les ganglions du cœur, le bactériophage, les tumeurs des glandes endocrines, les variations morphologiques de l'homme, l'hémoglobine. Les séances, par une heureuse innovation se répartissent, comme dans les Journées médicales belges d'illustre mémoire, entre la Faculté, les Sociétés savantes, l'Académie de médecine, les services les mieux organisés de la médecine et de la chirurgie parisiennes. Des excursions ont été prévues qui permettront aux Polonais d'admirer les beautés de notre patrimoine national et le palais où vécut une Polonaise reine de France. Des réceptions charmantes et des banquets permirent aux congressistes de se mieux connaître et de façon plus intime.

Le compte rendu de ce Congrès, dont l'organisation parfaite fait le plus grand honneur aux professeurs Roger, Hartmann et Achart, aux Docteurs Okinczyc, Lemierre et Hufnagel qui l'ont dirigée, sera publié dans ce journal : il montrera le bel effort scientifique et médical de nos confrères de Pologne. Ils emporteront jusqu'aux rives de la Vistule l'écho des acclamations qui les ont accueillis ici et dans leurs cœurs un peu du cœur de la France amie.

Maurice Loeper.

BIBLIOGRAPHIE

L'œuvre philosophique de Léon Daudet (*L'hérédo — Le monde des Images*. Prix : 12 fr. 50. Nouvelle Librairie nationale. Paris, 1925.

La Nouvelle Librairie Nationale publie, dans la belle collection des *Ecrivains de la Renaissance Française*, l'édition définitive, augmentée d'une préface commune et d'un index, de deux ouvrages qui excitèrent, lors de leur parution, la plus vive curiosité tant parmi les lettrés et les philosophes que parmi les savants et notamment les médecins.

Collection des Universités da France. Auteurs grecs. — Pindare. Tome I. Olympiques, texte établi et traduit par M. Puech, 10 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Discours. Tome III. Seconde action contre Verrès. De la préture de Sicile, 12 fr ; traduction seule, 6 fr. ; texte seul, 7 fr.

Cicéron. — L'Orateur. Texte établi et traduit par M. Bornecque, 11 fr. ; texte seul, 6 fr. 50 ; traduction seule, 5 fr. 50.

Cicéron. — De l'Orateur (Livre I), texte établi et traduit par M. Courbaud, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Cicéron. — Brutus. Texte établi et traduit par M. Martha, 12 ; traduction seule, 6 fr. ; texte seul, 7 fr.

Cornélius Népos. — Texte établi et traduit par Mlle Guillemin, 16 fr ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Le Poème de l'Etna. — Texte établi et traduit par M. Vessereau, 9 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 5 fr.

Tibulle. — Elégies. Texte établi et traduit par M. Ponchont, 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Ovide. — L'Art d'aimer. Texte établi par M. Bornecque, 9 fr. ; texte seul, 6 fr. ; traduction seule, 5 fr.

Phèdre. — Fables. — Texte établi et traduit par Mlle Brenot, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Sénèque. — De la Clémence. Texte établi et traduit (avec une introduction et un fac simile) par M. Préchac, 12 fr. ; texte seul, 7 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Sénèque. — Des Bienfaits. Tome I. Texte établi et traduit par M. Préchac, 14 fr. ; texte seul, 8 fr ; traduction seule, 6 fr.

Sénèque. — Dialogues. Tome I. De la Colère. — Texte établi et traduit par M. A. Bourgery, 14 fr. ; texte seul, 8 fr. ; traduction seule, 6 fr.

Sénèque. — Dialogues. Tome II. De la Vie Heureuse. De la Brièveté de la Vie. Texte établi et traduit par M. Bourgery, 9 fr. ; texte seul, 6 fr. ; traduction seule, 5 fr.

Sénèque. — Dialogues. — Tome III. Consolations. Texte établi et traduit par M. Waltz, 14 fr. ; texte seul, 8 fr. ; traduction seule, 7 fr.

Pétrone. — Satiricon, texte établi par M. Ernout, 16 fr. ; texte seul, 10 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Tacite. — Histoires. — Tome I (Livres I, II, III. Texte établi et traduit par M. Goelzer, 16 fr.

Tome II (Livres IV et V). Texte et traduction 10 fr. ; texte seul (Livres I-V), 14 fr. ; traduction seule (Livres I-V), 13 fr.

Tacite. — Dialogue des Orateurs, Vie d'Agricola, la Germanie, texte établi et traduit par MM. Gœlzer, Bornecque et Rabaud, 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule. 8 fr.

Tacite. — Annales. Tome I. Texte établi et traduit par M. Gœlzer, 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Perse. — Satires. — Texte établi et traduit par M. Cartault, texte seul, avec un index, 7 fr. ; traduction seule, 3 fr.

Juvénal. — Satires. — Texte établi et traduit par M. ee Labriolle, de M. Vileeneuve, 16 fr. ; texte seul, 9 fr. ; traduction seule, 8 fr.

Revue des cours et conférences. — Sommaire du n° du 15 avril 1925 : A. Lalande : Raison constituante et raison constituée. — F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (VI). — G. Connès : Le mystère shakespearien (IV). — A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (X). — R. Lebègue ; Les relations de Malherbe et de Racan. — F. Baldensperger : Alfred de Vigny et les littératures étrangères. — G. Spriestma : La vie intellectuelle dans une grande université américaine. — P. Francastel : Les jeunes filles à la fin du XVIII[e] siècle.

Le n° 3 fr. Abt 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5 rue Palatine, Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Précis de Pathologie interne. T. II. Maladies de la nutrition. Maladies diathésiques et intoxications. Maladies du sang, par F. Rathery et Ribierre, 2e éd., 1 vol., 448 p., 24 fig. : 24 fr. (Baillière).

Précis de Diagnostic neurologique, par J. Levi-Valensi, 1 vol. in-18, 600 p., 395 fig. : 48 fr. (Baillière).

Traité élémentaire de Physiologie, par E. Gley, 2 vol., in-8°, 1074 p., 320 fig. : 50 fr. (Baillière).

Médicaments et mé dications cardiaques, par H. Vaquez, 1 vol., in-8°, 302 p. : 30 fr.

Zona et herpès, par Ch. Achard, in-16, 107 p., fig. : 8 fr. (Baillière).

Indications, technique et résultats de la bronchoscopie, par Chevalier Jackson, de Philadelphie, in-8°, 140 p., 29 fig., 2 pl. couleur. : 12 fr. (Presses Universitaires).

A l'occasion de l'Exposition Française des Arts et Sciences appliqués, l'on nous signale de la Maison RAINAL Frères : le nouveau modèle de jambe à pied et quillon démontables ; la modification de l'attelle de Boeckel par le Docteur R. Soupault permettant l'inclinaison latérale de la jambe et évitant le renversement.

Leurs appareils plâtrés instantanés préparés à l'avance dans des boîtes hermétiques.

Leurs *bandages herniaires* ; leurs *ceintures abdominales* et parmi les *instruments de chirurgie*, leur boîte de chirurgie d'urgence, contenant sous un petit volume les principaux instruments nécessaires à une intervention d'urgence.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Visitez la Corse l'Ile de Beauté

A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Nice par les services maritimes de jours, la Corse est par excellence la région des belles excursions. Ici la mer s'allie à la montagne et le paysage exerce sur le voyageur un véritable attrait. Aucune description ne saurait montrer l'Ile dans toute sa beauté, il faut la visiter pour en goûter tout le charme captivant.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages permettent aux touristes de se décharger de tout souci en cours de route. Ils trouveront à Ajaccio, Bastia, et Corte des cars de la Compagnie P.-L.-M. qui leur permettront de visiter, du 15 mars au 15 octobre, dans des conditions de confort très appréciées, les sites les plus intéressants de l'île : les calanche de Piana qui dressent leurs blocs gigantesques au-dessus du golfe de Porto qu'elles dominent de plus de 400 mètres ; les défilés imposants de la Scala de Santa-Regina et de l'Inzecca ; les aiguilles de Bavella taillées en dents de scie ; la falaise de Bonifacio qui s'avance au-dessus des flots comme une proue de navire ; enfin le tour du Cap Corse où la montagne et la mer semblent s'être réunies pour procurer au touriste une extase qu'il ne saurait goûter ailleurs.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 18 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 2 MAI 1925.

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie .... 40 fr.
Union postale............ 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de stomatologiste des hôpitaux.* — Composition provisoire du Jury : MM. les Drs Sauvez, Nogué, Vaysse, Jarre, Bouvet, Harvier et Alglave.

Liste des candidats : MM. les Drs Raison, Puig, Richard, Dubois, Merville, Boissier, Leclercq et Gornouec.

Assistants d'électroradiologie des hôpitaux. — Une commission se réunira le 6 mai prochain pour procéder à l'examen des titres des candidats et à la nomination de 10 d'entre eux.

Composition de la Commission : MM. les Drs Pagniez, Lenormant, Macé, Calmels, Bouchacourt, Festel et Bourguignon.

16 candidats : MM. les Drs Juster Jouveau-Dubreuil, Olive, Joly, Busy, Hélie, Davoigneau, Talon, Gillet, Renaux, Seguin, Couput, Meyer, Touflet, Perès et Dacla.

Concours de médecin des hôpitaux. — Consultation écrite. Séance du 23 avril : MM. Léchelle 20. Bith 19.18, Hagueneau 17.09.

Séance du 25 avril : MM. Hutinel 18.45, Ravina 18,09, de Gennes 16, Alajouanine 18.63.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve clinique. — Séance du 22 avril, MM. Bloch (Jacques), 16, Fey 15, Quénu 15. Séance du 24 avril. — MM. Pascalis 15, Oberlin 15, Maurer 17.

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 27 *avril.* M. DAVIGO. La péritonite syphilitique. — M. QUERCY. Le diagnostic radiographique du mal de Pott chez l'enfant. — M. LENOURY (L.). Le caducée au cours des âges.

30 *avril.* — M. PÉRIVIER. De l'immunisation spontanée occulte contre la diphtérie. — Mlle TCHIRITCH. Etude des suites éloignées des urétéro-cystonéostomies. — M. TRISTANI. L'appareil R. A. P. (son emploi, etc.). — M. LACASSIE. Etude clinique de quelques troubles névropathiques. — M. MONESTIER (G.) Signes radiologiques du syndrome de Klippel et Feil à propos de deux cas de malformation.

(Thèses vétérinaires). — M. LISSOT. L'évolution de la race bovine normande. — M. OFFREAU. Etude des formes atypiques de la fièvre vitulaire.

Hôpitaux de Paris. — *Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris.* — L'Assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le samedi 16 mai 1925, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Questions à l'ordre du jour : Constitution du Conseil de famille de l'internat ; — Fondation de la Société des amis de l'internat ; — Assurance professionnelle des internes en exercice.

Hôpitaux de province. — TOULOUSE. — Le concours d'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Andrieu, Estienny, Mlles Dumas, Cola, MM. Morel, Pommepuy, Nigoul.

Internes provisoires : MM. Lapasset, Burgan, Planques.

Ecoles de médecine. — AMIENS. — M. d'Hardiviller, professeur d'histologie, est chargé, en outre, jusqu'au 26 février 1926, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— ANGERS. — M. David, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. David, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— RENNES. — M. le docteur Malassez est chargé, jusqu'au 31 octobre 1925, du cours de physique.

Asiles publics d'aliénés. — Le concours pour sept places de médecin des asiles publics d'aliénés s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Chanès, Robin, Porcher, Carrette, Nayrac, Fromenty, Godard.

Les questions écrites ont été : « Voies optiques (sans l'histologie de la rétine). — Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans un asile d'aliénés. — Les délires séniles. — Le budget des asiles d'aliénés.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Mouriquand, professeur de pathologie générale (chaire d'Etat) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé professeur de clinique médicale infantile (chaire d'université), à ladite faculté, en remplacement de M. Weill, décédé.

Liste des candidats admis à la 1re épreuve de l'examen de l'agrégation des facultés de médecine (session de janvier 1925). — 1re *division.* — *Morphologie.* — ANATOMIE : Académie d'Alger. M. Ribet, 35 points ; Académie de Lyon. M. Gabrielle, 38 points. — HISTOLOGIE : Académie de Paris. M. Millot. 35 points. — HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE ET PARASITOLOGIE : Académie de Paris, MM. Larousse, 38 points, Lavier 38 points.

2e *division.* — *Physiologie.* — PHYSIOLOGIE : Académie d'Aix. M. Periot, 32 points. — Académie de Bordeaux. MM. Fabre, 34 points ; Petiteau, 34 points. — Académie de Toulouse. MM. Bouisset, 33 points, Delas, 36 points. — CHIMIE. Académie de Montpellier. M. Cristol, 33 points. — PHYSIQUE. M. Malassez, 32 points.

5e *division.* — *Pharmacie.* — HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE. Académie de Bordeaux. M. Dourment, 33 points.

IIe Congrès annuel de stomatologie. — Le IIe congrès annuel de stomatologie se tiendra du 19 au 24 octobre 1925, à Paris, dans les locaux de la Faculté de Médecine et de l'Ecole française de stomatologie.

Le bureau est constitué de la manière suivante :

Président : M. Julien Tellier (Lyon) ;
Vice-président : M. P. Fargin-Fayolle ;
Secrétaire général : M. J. Bercher ;
Trésorier : M. G. Lacronique.

Deux rapports seront présentés : « Les réactions sinusales dans les affections orbito-oculaires d'origine dentaire » : MM. Worms et Bercher. — « Les moyens de contention des appareils complets du haut et du bas » : MM. Guilly et Lhirondel.

La question mise en discussion sera : « Les pyorrhées, leurs traitements » : MM. Rousseau-Decelle, Fichot, Monnier, Béliard, Baume.

Deux séances seront en outre réservées aux communications libres.

Les adhésions (40 fr.) sont reçues dès maintenant par le trésorier, M. le Dr Lacronique, 17, rue de Pétrograd, Paris (VIIIe).

A la mémoire du professseur Guido Banti. — L'Université de Florence ouvre une souscription pour élever un monument à la mémoire du professeur Guido Banti : l'illustre clinicien et anatomo-pathologiste.

Les souscriptions peuvent être adressées au recteur de l'Université de Florence, M. le professeur G. Chiarugi.

Les Journées médicales de Bruxelles. — La Ve session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra, sous le Haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 20 au 24 juin 1925. On sait le succès sans précédent qu'ont rencontré auprès du Corps médical ces réunions dues à l'initiative de *Bruxelles-Médical* et qui groupaient l'an dernier près de 1500 médecins. Cette année encore les plus hautes autorités gouvernementales, diplomatiques et scientifiques ont accordé leur patronage à la session qui s'ouvrira le samedi 20 juin, dans l'après-midi, au Palais des Académies, par une séance solennelle, honorée de la présence de la Reine. Comme chaque année, les matinées seront réservées à la pratique et les après midi, aux conférences et communications. Les Journées de 1925 et l'Exposition attenante se tiendront dans les locaux de l'Université de Bruxelles, dont les vastes salles de musée, et les nombreux auditoires se prêtent fort bien à ces importantes manifestations scientifiques.

Le programme réunira les noms de savants que les travaux ont placés au premier plan de la science mondiale. Parmi les adhérents de la première heure, il faut retenir MM. les professeurs H. Vincent (Paris), Sir Almroth Wright (Londres), Gley, Maurice de Fleury, Pierre Duval, Sollier, Gougerot, Noël Fiessinger, Chiray, Rouy-Berger, Gaultier, Joyeux, Bidou (Paris). Tournade (Alger), Abadie (Oran), Beco et Henrijean (Liège), Lemaire (Louvain). Vernieuwe (Gand), Tricot-Royer et Henrotay (Anvers), Demoor, Dustin et Bigwood (Bruxelles).

Les fêtes organisées pendant la durée des Journées et offertes à ses adhérents seront particulièrement brillantes. Signalons dès à présent une soirée, avec concert et raout, dans les salons illuminés des Musées royaux du Cinquantenaire, où sont réunies des collections uniques, et une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Le 24 juin, les congressistes se rendront à Bruges où un comité prépare une visite particulièrement intéressante de la Venise du Nord. Tous les monuments et musées seront visités et on fera la célèbre promenade des canaux si souvent chantés par les poètes. Un déjeuner, un dîner et un concert de carillon avec chœurs, dans l'antique beffroi, compléteront cette journée à Bruges où les congressistes se rendront en train spécial.

Tout un programme, spécialement conçu par le Comité des Dames sera réservé aux Dames adhérentes aux Journées (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

Une exposition internationale se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux journaux médicaux, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra à l'Université pendant la durée du Congrès.

La cotisation a été fixée à 40 francs, (25 francs pour les dames est les abonnés à *Bruxelles-Médical*.

Renseignements et inscription auprès du Dr René Beckers, secrétaire-général, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

Commission d'hygiène dentaire. — Sont nommés membres de la Commission : MM. les docteurs Boudon, Dreyfus, Frison, Frey, Friteau, Hamman, Pont, Roy, Sébileau et Solas.

Société Belge de stomatologie. — La Société belge de stomatologie fêtera son XXVe anniversaire en juillet 1925.

A cette occasion, il a été décidé d'organiser un Congrès avec la participation de l'étranger.

Une cotisation de 50 francs sera demandée aux confrères étrangers.

Les secrétaires sont : MM. R. Boisson et J. Polus, 35, rue Belliard et 18, rue du Commerce, à Bruxelles.

Hôtel-Dieu d'Orléans. — *Concours pour l'internat.* — Le lundi 29 juin 1925, à deux heures et demie (Salle de la Bibliothèque). Pour deux places d'internes titulaires.

Nécrologie. — Dr Charles Reynaud-Lacroze. — Dr Henri Bigo.

(Voir la suite page 654.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les risques d'intoxications professionnelles dans l'industrie de la plomberie [1]

Par MM. F. HEIM, E. AGASSE-LAFONT et A. FEIL.

L'industrie de la plomberie offre-t-elle pour les ouvriers qui y sont utilisés des dangers d'intoxications professionnelles ? Quelle est la nature de ces intoxications et leur degré ?

Tels sont les points que nous avons essayé d'éclaircir par une série d'enquêtes dans cette industrie, poursuivies suivant la même méthode que celle s antérieurement publiées par nous sur divers sujets (2).

Conditions générales de ces enquêtes. — Nous avons examiné 79 ouvriers, travaillant dans trois importantes maisons de plomberie.

Les ouvriers étaient tous des hommes, la plupart âgés de moins de 50 ans, 60 ayant de 15 à 30 ans, 25 de 30 à 50 ans, 14 de 50 à 70 ans.

Malgré la faible proportion d'ouvriers très âgés on est frappé de la longue durée, pour la plupart, d'exercice de leur profession : en effet, 9 seulement travaillaient dans la plomberie depuis moins de un an, 20 depuis 1 à 5, ans et 50 (donc près des 2/3) depuis plus de 5 ans, un assez grand nombre depuis 20, 30, 40 ans et l'un d'eux même depuis 51 ans.

Au point de vue de la nature du travail et du danger d'intoxication, on peut les diviser en plusieurs catégories.

a) Les *ouvriers plombiers*. — Ils utilisent le plomb métallique (tuyaux, plaques de plomb, etc.), et ne se servent pas de poudres plombifères, sauf sous forme de mastic, de minium ou de céruse, pour boucher les fuites et consolider les joints.

Ils sont parfois obligés de gratter les tuyaux ; ils détachent ainsi des poussières de plomb, qui peuvent voltiger dans l'atmosphère.

Ils manipulent quelquefois, mais assez rarement, le plomb à chaud pour le cintrage des tuyaux, c'est-à-dire pour couder, plier les tuyaux et leur donner la forme utile.

Les ouvriers plombiers manient également, en de rares occasions, le cuivre en tuyau, et, dans certaines maisons, le zinc.

b) Les *ouviers zingueurs*. — Dans quelques maisons, le travail du zinc leur est réservé, tandis que dans d'autres il n'y a pas d'ouvriers exclusivement zingueurs. Quoi qu'il en soit, même quand ce travail est individualisé, et séparé de celui de la plomberie, il y a quelques circonstances où les zingueurs doivent manier le plomb, sous forme de plaques, de tuyaux, etc.

Ces deux premières catégories d'ouvriers, plombiers et zingueurs, travaillent habituellement au grand air, soit sur les toits, soit dans les cours ; quand ils le font dans les appartements, ils restent relativement peu de temps dans la même pièce.

Il semble donc, *à priori*, que le danger d'intoxication est incomparablement moins grand pour les ouvriers plombiers qui ne séjournent pas dans un même local, que pour les ouvriers employés dans les usines, qui respirent perpétuellement une atmosphère plombique difficilement renouvelée par l'air extérieur.

Ajoutons que la plupart de ceux que nous avons examinés dans cette enquête paraissaient très accessibles aux notions d'hygiène et de prophylaxie, prenant des soins minutieux, se lavant régulièrement et consciencieusement les mains avant les repas, habitant, pour la plupart, aux environs de Paris, au grand air.

c) Il y a enfin une troisième catégorie d'ouvriers, dont les occupations sont très spéciales, les ouvriers *plombiers-périmètres*. Ils sont chargés de réparer ou de construire les canalisations de plomb qui conduisent le gaz d'éclairage dans les appartements, dans les sous-sols ou dans les rues.

Ils peuvent donc subir deux sortes d'intoxication. D'une part, l'intoxication saturnine, puisqu'ils sont ouvriers plombiers, et qu'ils manipulent les tuyaux de plomb comme les ouvriers plombiers ordinaires ; d'autre part, l'intoxication par le gaz d'éclairage, lorsqu'il y a des fuites ou lorsque les tuyaux qu'ils réparent contiennent encore du gaz.

Constatations pathologiques. — D'après ce qui précède, nous allons avoir à envisager les résultats de nos enquêtes en ce qui concerne deux intoxications, celle par le gaz d'éclairage, et celle par le plomb.

Intoxication par le gaz d'éclairage. — Le nombre trop restreint d'ouvriers plombiers-périmètres qui ont consenti à se laisser examiner par nous (5 seulement) n» nous a permis, ni de faire une enquête approfondie sur leur intoxication, ni d'établir à leur sujet de statistiques comparatives, et d'étudier en particulier le degré d'intoxication chronique et d'anémie, dont la proportion doit être sensiblement plus élevée que chez les ouvriers exclusivement exposés à l'intoxication par le plomb.

Par contre, elle nous a renseignés sur les accidents aigus que présentent ces ouvriers.

Quand ils respirent une trop grande quantité de gaz d'éclairage, ils tombent brusquement, sans connaissance, comme une masse. Suivant leur expression, ils tombent « le nez dans le trou ».

Ces accidents paraissent comparables, par leur soudaineté au *plomb des vidangeurs*, bien que le toxique en cause soit différent. L'ouvrier atteint est incapable de faire le moindre mouvement, et succomberait rapidement asphyxié, s'il était seul ; mais les plombiers-périmètres travaillent toujours plusieurs ensemble, et les camarades, très habitués à soigner ces accidents, relèvent immédiatement celui qui a été touché.

Généralement, il reprend vite connaissance, en cinq minutes à un quart d'heure. Il est rare que l'asphyxie se prolonge, et que l'on soit obligé de transporter l'ouvrier à l'hôpital.

Pour le faire revenir à lui, les ouvriers ont l'habitude de se servir d'un siphon d'eau de Seltz, dont ils aspergent la figure et la bouche du malade.

Certains ouvriers tombent un grand nombre de fois, d'autres résistent beaucoup mieux et tombent rarement. Il semble évident qu'il y a ici, comme dans beaucoup d'au-

(1) Travail de l'Institut d'hygiène industrielle (Institut d'hygiène de la Faculté de Médecine de Paris).

(2) F. Heim, E. Agasse-Lafont et A. Feil. — Enquête sur l'intoxication saturnine dans l'industrie de la fabrication des accumulateurs (*La Presse médicale*, n° 9, 1er février 1922) ; — Enquête sur les manifestations morbides présentées par les ouvriers peintres en voitures (*Le Progrès médical*, n° 14, 8 avril 1922) ; — Manifestations morbides chez les ouvriers maniant le celluloïd et ses solvants (*Paris médical*, n° 22, 23 juin 1922) ; — L'essence de térébenthine a-t-elle un rôle dans la pathologie professionnelle des peintres ? (*La Presse médicale*, n° 48, 16 juin 1923) ; — Le benzolisme chronique professionnel dans l'industrie du caoutchouc (*La Presse médicale*, n° 46, 7 juin 1924) ; — Enquête dans un atelier de fabrication de peintures plombifères (*La Presse médicale*, n° 72, 6 septembre 1924) ; — Les risques d'intoxication saturnine dans la fabrication des émaux céramiques (*Paris médical*, n° 48, 29 novembre 1924.)

tres intoxications, un rôle important joué par les prédispositions : les ouvriers résistent plus ou moins suivant leur tempérament et leur état de santé actuel.

D'ailleurs, ils n'attachent aucune importance à ces chutes, qu'ils considèrent comme extrêmement bénignes, et ne nuisant nullement ni à leur force, ni à leur santé.

A la suite de l'asphyxie, l'ouvrier, dès qu'il a repris connaissance, ressent de la céphalée, des étourdissements, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, une grande lassitude dans les membres inférieurs, surtout dans les cuisses. Ces signes sont quelquefois très légers ; ils sont plus ou moins accusés suivant les ouvriers ; ils dépendent surtout de l'importance de l'asphyxie. Ces symptômes dépassent rarement un à deux jours ; ils durent habituellement une demi-journée, et, dès le lendemain de la chute, l'ouvrier peut reprendre son travail comme d'habitude.

Ce sont les signes nerveux (céphalée, vertiges, etc.), qui dominent ; cependant nous avons noté chez plusieurs ouvriers des troubles digestifs (vomissements, anorexie) ; d'autres, au contraire, accusent une augmentation de l'appétit le jour même, après la chute. Cette augmentation d'appétit nous a paru plus fréquente que l'anorexie.

Intoxication saturnine (présaturnisme et saturnisme confirmé). — Comme nous l'avons laissé entrevoir par les renseignements donnés plus haut, ces ouvriers plombiers ne sont touchés que relativement peu par le saturnisme.

Notre statistique d'ensemble en effet nous donne, pour 79 ouvriers examinés, les résultats suivants.

En ce qui concerne les *stigmates de saturnisme* :

Un *liseré gingival* trois fois, dont deux peu marqués, donc une proportion maxima de 3,8 pour 100 ;

La présence de *globules rouges à granulations basophiles*, trois fois également, donc dans la même proportion de 3,8 pour 100.

Quant aux *manifestations pathologiques* proprement dites, elles ont été les suivantes :

Coliques de plomb dans le passé de cinq ouvriers ; mais pour deux cas le diagnostic paraît avoir été établi sans signes suffisamment probants, et pour deux autres l'accident remontait à la période d'apprentissage ; la proportion maxima est donc de 6,3 pour 100 ;

Albuminurie dans trois cas, soit 3,8 pour 100 ;

Hypertension (tension maxima atteignant ou dépassant 18 au Pachon ou 17 au Vaquez-Laubry) dans 19 cas, soit 23 pour 100.

Ajoutons enfin que, dans le but de vérifier la valeur réelle qu'il convient d'attribuer au « signe des extenseurs » (1), nous l'avons recherché chez tous les sujets, et trouvé positif chez 24, soit une proportion de 30 pour 100. Mais il convient de ne tirer de cette forte proportion de cas positifs aucune déduction hâtive, car nous avons constaté, et ce sera le sujet d'un travail ultérieur, que ce signe est fréquemment positif chez des sujets sains ou indemnes de saturnisme.

Conclusions. — Le travail de la plomberie expose les ouvriers à deux intoxications.

D'une part, l'intoxication par le gaz d'éclairage, avec ses manifestations chroniques ou aiguës atteignant, en particulier, les ouvriers plombiers-périmètres, c'est-à-dire ceux affectés aux canalisations et conduites de ce gaz.

(1) Le signe des extenseurs consiste dans la faiblesse des extenseurs de la main et des doigts. Pour rechercher ce signe, on demande au sujet de plier le coude, de mettre la main en pronation, de telle sorte que la face dorsale regarde en haut. Cela fait, et les doigts étant étendus, on recommande à l'ouvrier d'exécuter un mouvement, aussi complet que possible, d'hyperextension du poignet.

D'autre part, l'intoxication saturnine, manifestée par ses stigmates et ses symptômes pathologiques. Cette dernière paraît relativement rare et peu grave chez eux. Ce fait s'explique par la nature du travail, assez peu dangereux en ce qui concerne les risques de saturnisme, et sans doute aussi parce que cette catégorie de travailleurs se montre en général très apte à adopter les règles d'hygiène et de prophylaxie nécessaires.

Aussi constate-t-on que la plupart des ouvriers, — à la différence par exemple de ce qui existe dans la fabrication des peintures plombifères, — peuvent exercer sans inconvénient cette profession pendant une très longue durée.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Traitement des fibromes de l'utérus en dehors de la grossesse.

(*Leçon faite à la Clinique gynécologique de la Faculté de Lyon le* 25 *mars* 1925

Par M. le Professeur **VILLARD**.

En suivant chaque matin les opérations que vous voyez pratiquer dans le service sur les malades porteurs de fibromes de l'utérus vous pourriez vous laisser aller à croire que l'action chirurgicale résume toute la thérapeutique de ces tumeurs et penser dès lors que seuls la clinique et le diagnostic des fibromes intéressent le praticien, dont le rôle se bornera ensuite à diriger sa malade vers le chirurgien. Ce serait là une vue fausse : d'une part, l'action chirurgicale, si elle occupe la première place, ne résume pas toutes les ressources que fournit la thérapeutique actuelle dans le traitement des fibromes de l'utérus ; d'autre part, les variations de l'opinion médicale, allant de l'expectative jusqu'aux interventions radicales en passant par les traitements purement médicaux, l'application d'agents physiques tels que le radium et les rayons X, et les interventions conservatrices sont telles que je ne crois pas inutile de vous exposer ici quelles doivent être, à mon avis les directives, qui assureront votre conduite dans le traitement des fibromes de l'utérus.

Avant de vous faire un exposé critique des méthodes de traitement dont nous disposons, plusieurs points doivent nous retenir :

1° Le fibrome de l'utérus est une *tumeur bénigne* ne comportant par elle-même aucune thérapeutique ; vous savez avec quelle fréquence sont rencontrés aux autopsies ces noyaux fibreux utérins dont l'existence remonte souvent à de nombreuses années et qui ont passé inaperçus du vivant des malades ; de telles tumeurs diagnostiquées au cours d'un examen clinique ne commandent aucune thérapeutique. En réalité la thérapeutique des fibromes utérins se pose en présence de *fibromes compliqués*, qu'il s'agisse de fibromes entrainant des phénomènes de compression et se manifestant par des douleurs ou des troubles vésicaux par exemple — de fibromes à l'intérieur desquels une circulation insuffisante amène des phénomènes de nécrose suivie ou non de suppuration — de fibromes dont l'accroissement rapide fera craindre une évolution maligne, — ou enfin, et c'est le cas le plus fréquent, de fibromes accompagnés d'hémorrhagies graves par leur abondance et leur persistance.

2° Les fibromes de l'utérus peuvent-ils guérir spontanément ? De même que certains fibromes restent indéfiniment latents, d'autres, qui à un moment donné se

sont manifestés cliniquement, rentrent dans le silence et seront désormais tolérés indéfiniment. De cette catégorie relèvent ces noyaux calcifiés qu'il arrive de trouver sur les utérus de femmes âgées. Mais tout compte fait, cette évolution est rare, exceptionnelle même, et ici, une question se pose :

3° Quelle action est-on en droit d'attendre de la ménopause sur l'évolution des fibromes ?

Vous savez que la ménopause marque classiquement un terme favorable dans l'évolution des fibromes : tumeur contemporaine de la période génitale, le fibrome participe à l'involution utérine qui marque la ménopause et entre alors dans une période de tolérance indéfinie. Cette notion classique comporte deux correctifs importants que vous ne devez pas perdre de vue : c'est d'abod que, si la ménopause marque souvent un *terme éloigné* favorable de l'évolution d'un fibrome, c'est un terme éloigné et les malades devront fréquemment atteindre 50, 55 ans pour voir la disparition de leurs règles et des hémorrhagies qui les accompagnent ; d'autre part, le moment même de la ménopause est un point critique pour nombre de fibromes et vous devrez vous souvenir que tout fibrome qui, au lieu de s'involuer à la ménopause, y subit une brusque augmentation de volume, doit être tenu comme suspect de transformation maligne.

Les deux considérations qui précèdent vous montrent quelles restrictions il convient d'apporter à l'opinion classique et vous en tiendrez compte dans l'appréciation de la conduite à tenir chez vos malades.

Ceci étant,

Comment se répartissent les moyens thérapeutiques dont nous disposons ?

a) Y a-t il un *traitement médical* des fibromes utérins ? Ce traitement médical, à supposer qu'on lui attribue une efficacité réelle, ne saurait s'adresser qu'aux fibromes non compliqués. Vous l'emploierez sans arrière-pensée chez des malades jeunes, porteurs de fibromes de petit volume, qui ne compriment pas, dont le volume reste stationnaire, peu hémorrhagiques, et, en donnant à ces malades un régime et une hygiène convenables, une médication vaso-motrice, surtout en les mettant au repos, vous obtiendrez chez elles un mieux-être appréciable ; elles pourront également recueillir un bénéfice de cures thermales, telles que celles de Plombières, Brides, Salies-de-Béarn.

Mais les indications et les effets de ces moyens médicaux seront toujours limités, et contre tout fibrome posant la question d'une thérapeutique active, vous n'aurez en réalité le choix qu'entre deux méthodes :

b) *L'irradiation* de la tumeur, soit par le radium, soit par les rayons X.

c) Les *procédés chirurgicaux.*

Quelles sont leurs indications respectives ?

Les fibromes qui imposent l'action thérapeutique sont, je vous l'ai dit, les fibromes compliqués, ces complications relevant :

De troubles de compression ;
De troubles de nutrition à l'intérieur du fibrome ;
D'un accroissement rapide ;
D'hémorrhagies importantes.

Dans ces quatre ordres de faits, comment discuter les indications respectives du radium, des rayons X, de l'action chirurgicale ?

Tout d'abord, il faut poser en principe que, ne relèvent jamais des méthodes irradiantes :

Les tumeurs volumineuses, ou enclavées, ou incluses, se manifestant par des phénomènes de compression ;

Les fibromes en voie de nécrose ou de suppuration ;

Les tumeurs en voie d'accroissement rapide.

Tous les fibromes enclavés du petit bassin, tous les fibromes inclus du ligament large comprimants et douloureux ne sont nullement influencés par les agents physiques et relèvent uniquement de l'acte chirurgical. Les irradiations agissant sur des tumeurs en voie de sphacèle sont susceptibles d'entraîner des complications infectieuses de la dernière gravité, et enfin, appliquées à des fibromes en voie de dégénérescence, on les voit donner à l'évolution de ces tumeurs une malignité accrue.

Voilà donc le terrain déblayé, et nous voyons qu'en somme la discussion entre l'action chirurgicale et la thérapeutique irradiante ne se pose que pour une dernière catégorie de fibromes : ceux qui s'accompagnent d'hémorrhagies.

Pour ces fibromes hémorrhagiques, l'appréciation de la conduite à suivre devra tenir compte :

1° De la forme anatomique du fibrome : c'est ainsi qu'un polype fibreux restera toujours justiciable de l'extirpation, intervention simple et bénigne mais surtout :

2° De l'âge de la malade : *chez les femmes jeunes* et toutes les fois que l'avenir génital entrera en compte, on inclinera de préférence vers l'acte chirurgical, qui aura quelques chances d'être moins mutilant ; en effet, tandis que le radium et les rayons X exposent à la stérilisation par castration sèche, l'intervention, au moins dans certains cas, pourra être conservatrice par simple myomectomie.

Au-dessus de 40 ans, on peut admettre que la génitalité n'entre plus en compte, et dès lors les agents physiques seront de mise, sous réserve d'une *vérification préalable de la cavité utérine* permettant d'éliminer toute lésion maligne du fibrome ou associée, et pour les tumeurs qui ne dépassent pas un volume moyen.

3° De l'état organique des malades, des contre-indications opératoires pouvant être tirées là comme ailleurs de l'état pulmonaire, cardiaque, rénal, etc.

Vous apercevez maintenant le domaine réservé aux agents physiques dans le traitement des fibromes utérins. Une question se pose ici : dans ces cas où l'action des irradiations se justifie est-il indifférent d'avoir recours au radium ou aux rayons X ? C'est au radium que doivent aller nos préférences, et en effet, dans ces fibromes irradiés, c'est contre le symptôme hémorragie que nous voulons agir, or, ces hémorragies dépendent des transformations subies par la muqueuse utérine du fait du fibrome : le radium, placé dans la cavité utérine, au contact de cette muqueuse, aura sur elle une action plus directe que les irradiations de l'ampoule qui agiront de loin et peu sur la muqueuse protégée par le filtre que constituent la tumeur et le muscle utérin.

En revanche si les rayons X agissent peu sur la muqueuse utérine ils agiront au maximum sur l'ovaire. Tandis que celui-ci se trouve relativement protégé contre les irradiations du foyer intra-utérin les rayons X auront une action stérilisante maxima à tel point qu'on peut dire que c'est là leur véritable mécanisme d'arrêt des hémorragies. Enfin, malgré toutes les précautions prises et les perfectionnements de la technique, le risque d'accidents cutanés est toujours possible. Pour toutes ces considérations, c'est toujours au radium que nous avons recours.

La pose de deux tubes intra-utérins, montés « en tandem », de bromure de radium, de 50 milligrammes chacun, est une technique extrêmement simple ; 48 heu-

res de séjour sont suffisantes et malgré des accidents infectieux toujours à envisager lorsqu'on laisse à demeure un corps étranger dans la cavité utérine, ces accidents sont en somme exceptionnels, et, dans la limite de ses indications, cette curiethérapie des fibromes utérins est un procédé excellent.

Si nous voulons résumer maintenant les indications de cette curiethérapie, nous voyons qu'elle intéresse :

1° Les fibromes hémorragiques de la ménopause (non suspects de dégénérescence) ;

2° Les fibromes hémorragiques des femmes jeunes dans tous les cas non justiciables *a priori* de la myomectomie et où l'on veut tenter les chances de conservation de la fonction génitale ;

3° Tous les cas où la chirurgie se trouvera contre-indiquée par un état quelconque de déficience organique.

Le domaine de la chirurgie se trouvant défini par la discussion précédente, comment se répartiront les procédés ?

Il y a d'abord des interventions par voie vaginale.

Je passe rapidement sur le curettage comme traitement de l'hémorragie du fibrome. C'est une intervention non seulement palliative, mais dont l'action ne persiste pas au-delà de deux à trois mois, et il faut la rejeter dans tous les cas.

L'extirpation par torsion ou section du pédicule s'adresse aux fibromes pédiculés, extériorisés dans le col. C'est une intervention simple et satisfaisante mais ne s'appliquant qu'à des cas limités.

Enfin, lorsque l'exérèse du fibrome condamne à l'hystérectomie, l'hystérectomie par voie vaginale conserve-t-elle des indications ? Légitime au temps où les interventions intra-péritonéales ne présentaient pas la sécurité qu'elles ont aujourd'hui, je pense qu'actuellement elle n'en garde aucune. Comparée à l'hystérectomie abdominale. elle a entre autres inconvénients celui d'être une opération aveugle. La voie abdominale, au contraire en permettant un inventaire facile des lésions, en renseignant parfaitement sur la situation le nombre des noyaux fibreux, aura l'incomparable avantage de permettre dans certains cas une opération conservatrice par simple myomectomie. Cette myomectomie vous vous rendez compte que c'est une opération très séduisante puisqu'elle réalise à la fois la suppression du ou des fibromes en respectant l'intégrité anatomique et physiologique de l'appareil génital. Aussi, pourrait-on se laisser tenter d'en élargir les indications qui, à mon avis, restent limitées aux utérus porteurs de noyaux pédiculés ou interstitiels peu nombreux (4 à 5) sinon les chances de récidive sont trop grandes, et jamais au-delà de quarante ans.

Enfin, il faut savoir que, très satisfaisante dans son principe, c'est cependant une intervention de bénignité toute relative : l'énucléation d'un noyau fibreux laisse derrière elle une cavité mal défendue, qui, faute d'un capitonnage soigné, sera exposée à saigner dans les heures qui suivent.

Cet hématome, s'il est proche de la cavité utérine pourra se laisser infecter et vous comprenez que dans ces conditions les suites opératoires n'aient pas toujours la simplicité qu'on en pourrait attendre.

Retenez en somme la myomectomie comme une opération séduisante, mais assez délicate et à indications limitées. Il va sans dire que tous les inconvénients que je viens de vous signaler sont encore accrus si la myomectomie est faite non par voie abdominale, mais par voie endo-utérine après dilatation du col. C'est là une opération à rejeter dans tous les cas.

Lorsque la myomectomie doit être rejetée, l'hystérectomie s'impose : hystérectomie abdominale toujours, hystérectomie *subtotale* dans presque tous les cas.

En effet, malgré les reproches qu'on lui a adressés, je reste un partisan de l'hystérectomie subtotale pour les fibromes utérins. Le prétendu danger de cancérisation ultérieure du col laissé en place est en réalité trop exceptionnel pour entrer en compte. Les autres arguments invoqués ne sont pas décisifs non plus, et en revanche l'hystérectomie subtotale a les incomparables avantages d'être une intervention plus simple, évitant les risques de blessure de la vessie, de l'uretère, malgré tout possibles dans l'hystérectomie totale, sa durée est moins longue, ses suites opératoires sont plus simples En sorte que, à mon sens, l'hystérectomie totale ne se trouvera justifiée qu'en présence de cols manifestement malades, soit qu'ils présentent des lésions inflammatoires légitimant de fortes réserves sur l'avenir du moignon qu'une subtotale laisserait en place, soit qu'ils aient subi l'envahissement du fibrome.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Ce qu'il faut savoir du traitement de la luxation congénitale de la hanche

Leçon clinique du Professeur Massabuau (de Montpellier)
Rédigée par M. **MARCHAND**
Interne des Hôpitaux de Montpellier.

Depuis l'époque où Paci, puis Lorenz, révolutionnaient les idées classiques sur la luxation congénitale de la hanche et montraient qu'on peut la guérir en la réduisant comme on réduit une luxation traumatique, bien des progrès ont été accomplis. Les études radiologiques, notamment, ont permis d'acquérir des notions nouvelles, grâce auxquelles notre thérapeutique devient plus rationnelle et moins empirique, capable d'assurer des résultats définitifs meilleurs et plus stables.

Au point de vue thérapeutique, quatre points principaux méritent d'être envisagés : 1° Quand faut-il réduire une luxation congénitale de la hanche ; 2° Comment faut-il la réduire ; 3° Dans quelle position convient-il d'immobiliser la hanche réduite ; 4° Quel doit-être le traitement consécutif.

I. Quand faut-il réduire une luxation congénitale ?

Sur ce point, notre pratique s'est modifiée depuis quinze ou vingt ans. Quand on lit les ouvrages classiques déjà anciens, on y relève la crainte de la réduction trop précoce, et le conseil de ne pas intervenir jusqu'à l'âge de deux ans ou deux ans et demi.

On tend de plus en plus à opérer de bonne heure. Il y a un grand intérêt à réduire la luxation aussitôt que l'enfant commence à marcher : à 16, 18 mois, la réduction est aisée, le résultat est excellent : il n'y a que des inconvénients et aucun avantage à retarder l'intervention ; sous l'influence de la marche, *le déplacement s'ac-*

(1) Leçon recueillie par M. Bouvier, interne à la clinique.

centue, les lésions osseuses s'aggravent ; la règle générale qui veut qu'on s'attaque le plus tôt possible aux malformations congénitales est de tous points valable pour la luxation de la hanche.

Mais, pour effectuer cette réduction précoce, il faut savoir faire un diagnostic précoce. Or, à la naissance, dans les premiers mois de la vie, alors même que l'enfant fait ses premiers pas, la luxation n'existe pas : l'enfant naît avec une prédisposition congénitale, avec une « hanche luxable » ; elle se caractérise par un arrêt de développement de l'extrémité supérieure du fémur et du cotyle, par un défaut de parallélisme dans leur évolution ; dès que l'enfant marchera, progressivement la luxation s'établira et s'aggravera.

Trois signes principaux nous permettent de diagnostiquer une « hanche luxable » ; tous les trois sont des signes de relâchement et d'insuffisance capsulaire. Ce sont :

1° *Le signe de Hoffa.* — C'est une sorte de craquement, bruit de ressaut, que provoquent spontanément dans leur hanche quelques jeunes enfants en remuant la cuisse et en la portant vers l'adduction puis l'extension ; il serait dû au frottement de la tête fémorale contre le rebord cotyloïdien postérieur dans une capsule relâchée ; c'est un signe de probabilité.

2° *Le signe de Peter Bade.* — C'est le défaut de convergence du pli des adducteurs. Chez un enfant normal couché sur le dos, les plis des adducteurs situés à la face antérieure de la cuisse, entre la gaine des adducteurs et le biceps fémoral, dirigés de haut en bas et d'avant en arrière, se confondent, convergent à leur partie inférieure ; quand il y a désordre anatomique congénital d'une hanche, la partie inférieure du pli des adducteurs du côté malformé est remontée ; on note même que ce pli est plus creusé que du côté sain.

3° *La mobilité exagérée de la hanche*, que l'on peut déceler en recherchant *la rotation interne exagérée du fémur*. Gourdon conseille la manœuvre suivante : le sujet étant couché sur le côté gauche s'il s'agit d'examiner la hanche droite, on fléchit la cuisse droite jusqu'à l'horizontale et on lui imprime un mouvement d'adduction suffisant pour permettre au genou de reposer sur le plan de la table. La jambe est à son tour fléchie à angle droit sur la cuisse. On saisit la partie supérieure du tibia entre le pouce et l'index, de façon à assurer la position constante de flexion rectangulaire de la jambe sur la cuisse ; les autres doigts et la paume de la main enserrent la partie inférieure du fémur et déterminent sur cette partie inférieure du fémur un mouvement de rotation interne. Si l'articulation de la hanche est normale, la rotation du fémur sera limitée et la jambe ne pourra décrire qu'un angle de 60° environ à partir du plan de la table ; si l'articulation de la hanche est malformée, la rotation interne du fémur sera complète et on amènera la jambe dans la position verticale à 90° par rapport au plan de la table.

II. Comment faut-il réduire la luxation ?

La technique méthodisée en France par Brun et Ducroquet en 1900 conserve toute sa valeur. Elle consiste à réintégrer la tête dans le cotyle par son bord postéro-inférieur. Sous anesthésie générale, le bassin étant immobilisé par un aide, la cuisse est fléchie à fond pour abaisser la tête ; sur le membre fléchi et porté en abduction, on exerce des tractions en même temps que le trochanter est refoulé d'arrière en avant. On entend brusquement un bruit de ressaut caractéristique qui indique que la luxation est réduite.

Il est indispensable de s'assurer que la réduction est bien obtenue : pour cela il faut reproduire la luxation en portant le membre dans l'abduction ; plusieurs fois de suite on peut ainsi reluxer et réduire la tête fémorale ; ces manœuvres permettent d'apprécier mieux que par une radiographie la valeur du cotyle et les chances de solidité de la réduction.

Dans cette technique, un seul point a été modifié : c'est la conduite à tenir vis-à-vis des adducteurs rétractés. Lorenz, Brun et Ducroquet, Calot, etc., ont conseillé autrefois la rupture préalable par pétrissage ou par sciage avec la main de la corde des adducteurs ; cette pratique est abandonnée pour plusieurs raisons :

1° La rupture des adducteurs est inutile : en portant progressivement la cuisse fléchie en abduction on arrive aisément à faire céder la résistance de ces muscles sans avoir besoin de les rompre ;

2° Cette rupture peut avoir des conséquences fâcheuses en provoquant une rétraction cicatricielle qui compromettra plus tard le levier articulo-moteur de la hanche ;

3° L'intégrité des adducteurs est un facteur de la guérison : la résistance opposée au moment de la réduction par les adducteurs aide à cette réduction ; c'est un point d'appui antérieur qu'il ne faut pas supprimer ; plus tard, la vigueur de ces muscles est indispensable. Ils ont pour fonction d'appliquer le fémur au fond du cotyle par tractions suivant l'axe, à la manière des haubans de la drisse, selon l'expression de M. Broca.

III Après réduction, dans quelle attitude faut-il immobiliser le membre ?

C'est le point le plus controversé dans l'histoire de la thérapeutique de la luxation congénitale de la hanche. On peut dire qu'il y a autant d'attitudes d'immobilisation qu'il y a d'orthopédistes et que chacun immobilise à sa manière toutes les luxations qu'il traite.

Tous reconnaissent la nécessité de la *flexion* de la cuisse sur le bassin : tandis que la plupart recommandent la flexion légère de 16 à 20°, il en est, comme Lorenz et Werndorf, qui préconisent une flexion extrême, voire même en position genu-axillaire.

Pour l'abduction, mêmes divergences, les uns recommandent une abduction légère à 60° environ ; d'autres, une abduction forcée à 90°.

Quand il s'agit de la *rotation*, les contradictions sont encore plus grandes : selon les chirurgiens, on doit recommander la rotation externe à 90°, la rotation externe à 60°, l'absence de rotation, la rotation interne légère, la rotation interne marquée (Lange).

En réalité, ce n'est pas une formule unique qui doit régler l'attitude du membre dans l'appareil plâtré. A chaque luxation répond une attitude d'immobilisation qui lui est propre : c'est celle qui assure la reposition la plus exacte de la tête dans le cotyle ; cette reposition doit être telle que l'axe transversal de la tête se continue avec une ligne transversale passant par le centre du cotyle, au-dessous du cartilage en Y.

Pour mettre le membre dans l'attitude qui assure cette reposition optima, il est indispensable de tenir grand compte des altérations du fémur et du cotyle. Or, elles ne sont pas les mêmes dans toutes les hanches luxées. C'est l'étude radiologique dans chaque cas qui doit nous indiquer la nature et l'étendue de ces lésions et nous donner la formule de l'attitude d'immobilisation.

Or, on observe deux déformations principales du col fémoral des hanches luxées :

1° Des modifications de l'angle d'inclinaison du col sur la diaphyse ;
2° Des modifications concernant la torsion du col.

1° L'angle cervico-diaphysaire présente habituellement une tendance à s'ouvrir ; le col se place en *coxa valga* plus ou moins accentuée ; dans les cas extrêmes fréquents, l'extrémité supérieure du fémur, presque complètement redressée, présente, selon une comparaison très juste, l'aspect d'une asperge.

C'est le degré de l'angle d'inclinaison du col qui va dicter le degré nécessaire d'abduction dans l'appareil plâtré. Si on suppose un col en *coxa valga* très marquée (angle de 180°), l'abduction du fémur doit être considérable pour que le noyau de la tête vienne répondre au centre du cotyle ; une *coxa valga* moyenne (angle de 120°) doit commander une abduction modérée ; enfin, une *coxa vara*, fermeture de l'angle cervico-diaphysaire, éventualité rare, devrait comporter un certain degré d'adduction.

2° On observe également dans les hanches luxées une antétorsion exagérée du col du fémur. Une antétorsion légère de 15 à 20° est normale ; quand on pose un fémur sain sur une table, il repose sur la table par la face postérieure des condyles et par le trochanter, mais la face postérieure de la tête en reste distante de quelques millimètres.

L'exagération de cette antétorsion normale est la règle dans la luxation congénitale.

C'est le degré de l'antétorsion qui doit dicter la rotation nécessaire dans l'appareil. Une rétrotorsion (exceptionnelle) impliquerait une rotation externe marquée de la cuisse ; une antétorsion modérée implique une position indifférente ou en tout cas une rotation externe très modérée ; une antétorsion extrême implique formellement une rotation interne.

Le degré d'antétorsion peut être étudié par la radioscopie. Calot indique un moyen pratique de l'apprécier. Sous l'écran, on tourne le fémur en dedans, plus ou moins, jusqu'à ce que l'on voie le col prendre *sa longueur maxima* ; à ce moment on mesure de combien on a dû tourner le genou pour donner au col sa longueur maxima ; cette rotation du genou est égale à l'angle de torsion du fémur.

En résumé, si l'on veut avoir une reposition exacte de la tête dans le vrai cotyle, éviter les à peu près qui entraînent des conséquences déplorables (reluxations, douleurs, arthrites consécutives), il faut étudier avec soin les déformations du fémur et du cotyle ; la radiographie nous a appris à les connaître et à mesurer leur étendue : ce sont elles qui dicteront l'attitude à donner au membre après la réduction dans l'appareil plâtré.

Cet appareil plâtré qu'il faut faire descendre *au-dessous du genou*, doit demeurer en place trois mois en moyenne, et d'autant plus longtemps que l'enfant est plus jeune ; dans cette position et dans cet appareil, la partie postérieure de la capsule se rétracte, se renforce. La porte se ferme pour les reluxations postérieures.

IV. Quel doit être le traitement consécutif ?

Le but qu'il faut atteindre est le suivant : en partant de la position d'abduction avec flexion qui est celle de la hanche dans l'appareil plâtré, il faut aboutir progressivement à une position d'arrivée qui est *la rotation interne la plus marquée possible* avec ou sans adduction.

La position de *rotation interne* a une importance capitale : elle permet la reconstitution de la partie antérieure de la capsule comme la position d'abduction avait permis la reconstitution de la partie postérieure de cette capsule. En outre, la rétraction des ligaments capsulaires antérieurs exerce une action puissante de modelage sur le col fémoral et modifie la torsion du fémur, améliore son antéversion, diminue par conséquent les chances de reluxation.

Comment peut-on faire accomplir au fémur ce mouvement spiroïde qui va le porter progressivement vers la rotation interne ?

Le procédé classique bien décrit par Brun et Ducroquet est appelé *le procédé par étapes*. Il consiste, à la sortie du premier appareil, à rectifier modérément, sous anesthésie générale, la position du membre et à maintenir le résultat obtenu par l'immobilisation dans un plâtre pendant 2 mois. Au bout de ce délai, on enlève le plâtre, on accentue encore au maximum la rotation interne et on immobilise encore dans un appareil plâtré pendant deux mois. A ce moment, c'est-à-dire sept à huit mois après la réduction, on supprime tout appareil, on laisse l'enfant couché un ou deux mois encore, pendant lesquels on masse les muscles qui ont fondu et on mobilise l'articulation enraidie, puis on commence le réapprentissage de la marche.

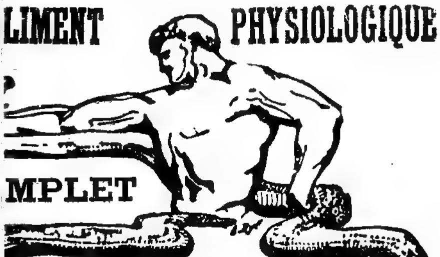
Le dogme des *deux* appareils consécutifs est loin d'être intangible ; bien des chirurgiens préfèrent des étapes multiples aux deux étapes classiques ; nous avons l'habitude de rectifier l'attitude du membre en une série de positions intermédiaires, chacune d'elles étant maintenue quinze à vingt jours dans un plâtre.

Dans ce même ordre d'idées, il est des orthopédistes qui emploient, pour faire exécuter au fémur ce mouvement spiroïde, des appareils en celluloïd articulés qui permettent de modifier tous les 4 ou 5 jours la position de la hanche.

Il en est même, comme M. Frœlich, qui suppriment tout appareil consécutif et se bornent à laisser l'enfant couché pendant un ou deux mois : le poids de la jambe fait obligatoirement de la rotation interne avec abduction persistante. Vers le sixième mois qui suit la réduction, après contrôle radiologique, commence le réapprentissage de la marche.

Les procédés que nous venons d'exposer nécessitent tous l'immobilisation prolongée pendant six à huit mois après la réduction. En face d'eux a pris place dans la thérapeutique de la luxation congénitale de la hanche une méthode basée sur un principe différent et qu'on peut appeler la *méthode ambulatoire*. Lorenz l'avait déjà entrevue en 1896. Il faisait marcher ses malades dans l'appareil plâtré aussitôt après la réduction ; il obtenait des résultats déplorables, car le bassin s'inclinait progressivement, de sorte que l'aile iliaque devenait presque horizontale et la transposition de la tête en avant était la règle.

Le Damany (de Rennes) a modifié de façon heureuse la « méthode ambulatoire ». A la sortie du plâtre, 3 ou 4 mois après la réduction, il applique un appareil mécanique que l'on fixe par une ceinture plâtrée ; cet appareil permet *la marche en position d'abduction et rotation interne* ; il maintient également la flexion légère de la cuisse ; il reste en place cinq à six mois. Cet appareil est recommandé par M. Broca et ses élèves. Ses avantages sont les suivants : la marche en abduction-flexion permet la meilleure adaptation des surfaces articulaires et favorise le creusement du cotyle, qui est un facteur important du maintien de la réduction. Le Damany fait ressortir également l'action heureuse de la marche dans son appareil sur la torsion du col. Il est indiscutable enfin que le jeu



qui est ainsi permis à la hanche de bonne heure évite l'amyotrophie, la raréfaction osseuse, l'enraidissement de l'articulation.

Vous voyez donc que le traitement de la luxation congénitale de la hanche n'est pas demeuré figé dans la technique proposée par les promoteurs de la méthode de la réduction non sanglante et qu'il a trouvé en France sa meilleure expression dans les travaux de Brun et Ducroquet.

Il s'est modifié et amélioré, grâce surtout aux recherches radiologiques, qui ont permis de mieux connaître les déformations du fémur et du cotyle et de formuler pour chaque cas les conditions d'une réduction. Enfin, la tendance actuelle à ne pas laisser ces hanches immobiles et emprisonnées dans des plâtres pendant huit à neuf mois marque également un progrès dans le traitement de la luxation congénitale.

En 1921, la Société Française d'Orthopédie, étudiant les résultats du traitement des luxations congénitales opérées depuis plus de dix ans, concluait que *la guérison fonctionnelle* est assurée dans environ 75 % des cas ; ce résultat s'améliorera d'autant plus que les enfants seront opérés plus jeunes et que les règles qui assurent le maintien parfait de la réduction, tout en mobilisant le plus précocement possible l'articulation, seront mieux observées.

HÉMATOLOGIE

Le sang du fœtus et du nouveau-né,

Par Henri VIGNES.

Rappel des notions embryologiques. — Les hématies nucléées qui proviennent de la transformation subie par les cellules les plus centrales des îlots sanguins primitifs, se chargent d'hémoglobine quelques heures après leur apparition et forment le premier sang de l'embryon. Vers la fin du deuxième mois, apparaissent des globules rouges sans noyau ; à trois mois, ceux-ci sont plus nombreux que les globules nucléés, lesquels deviennent de plus en plus rares au fur et à mesure qu'on approche du terme normal de la gestation.

Après la poussée primitive des îlots, d'autres poussées ont lieu dans les anfractuosités du réseau où le cours du sang est ralenti : foie (14e jour chez le lapin), pancréas, puis rate et moelle osseuse.

Les leucocytes apparaissent un peu après les globules rouges.

Histologie. — Le nombre des globules rouges du nouveau-né est nettement augmenté et est habituellement aux environs de 6.000.000 (1). Le taux de l'hémoglobine est très élevé (2) à terme et encore plus avant terme.

La résistance globulaire minima est abaissée et la maxima augmentée (3). La capacité de l'hémoglobine à fixer de l'oxygène est égale à celle de l'adulte (4) et ne varie pas au cours de la vie intra-utérine.

(1) Ferroni. — *Annali di Ost.*, 1899, tome XXI, p. 791. A sept et à huit mois, on a un chiffre encore supérieur : 8.000.000 dans un cas de Bidone.
(2) Un travail de Williamson (Influence de l'âge et du sexe sur l'hémoglobine, *Arch. of intern. méd.*, oct. 1916, p. 505) arrive pour le nouveau-né normal à 23 gr. 2 d'hémoglobine par 100 centicubes de sang. Cette hémoglobine serait pauvre en fer pour Gallo qui en trouve de 0.034 à 0.055 pour cent (*La Pediatria*, 15 mai 1924, p. 606).
(3) Zanier. — *Arch. ital. de Biol.*, 1896, p. 58 et plus récemment May Thèse de Paris 1914 et De Luca *C. R. de la Soc. de Biol.*
(4) Nicloux. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1901, tome LIII, p. 120.

Les hématoblastes sont en quantité inférieure à la moyenne des adultes.

Il existe une leucocytose très marquée au milieu de la gestation (Engel et Bethe), qui diminue progressivement mais qui est encore à 18.000 au terme normal.

Cette leucocytose est une polynéucléose neutrophile, du moins à terme, avec une majorité de formes à noyaux, très segmentés (1).

Propriétés physiques. — La *masse* du sang par rapport au *poids* du corps est plus grande que chez l'adulte.

La *densité*, faible d'abord, va en augmentant en sorte qu'au terme normal de la maturité fœtale, elle est supérieure à celle d'un adulte.

La *viscosité*, à terme, est plus élevée que chez l'adulte.

La *sédimentation* n'est nullement accélérée.

La *coagulabilité* est normale à la naissance, qu'il s'agisse de prématuré ou d'enfant à terme (2).

Compositions chimiques. — *Composition minérale* : quantité élevée de matières minérales, richesse en Cl, en Na, pauvreté en K.

Fibrinogène : quantité moindre que la mère.

Matières azotées non albumineuses : quantité proportionnelle à celle de la mère et un peu inférieure (3). Acides aminés en quantité légèrement supérieure à la mère (4). Acide urique et créatinine à égalité (5).

Sucre du sang : quantité comparable à celle de l'adulte (6).

Lipoïdes : quantité plus grande que chez l'adulte, mais qui, pour la cholestérine comme pour la lécithine, représente environ les deux tiers de celle de la mère (7).

Substances diverses. Présence d'hématine dans le sérum du fœtus et du nouveau-né (8). Bilirubinémie assez marquée (9). Présence de nucléone (10).

Ferments du sang. — Le pouvoir amylolytique est présent mais peu marqué. Le pouvoir lipolytique est normal dès le sixième mois.

Substances d'immunité. — *Pouvoir agglutinant de cause non spécifique* (11). Beaucoup d'auteurs depuis 1897 se sont occupés de cette question, dans l'espèce humaine ou

(1) Fabris. — La formule d'Arneth chez le nouveau-né, *Pediatria* 1923, p. 1.025. Voir aussi : Pollitzer : Hématopoïèse du nouveau-né, *Pediatria*, 1er oct., 1924, p. 1144
(2) Elle diminue pendant les jours suivants : voir Warwick, *Minnesota med.*, déc. 1922, p. 713 ; Sherman et Lohnes, *New-York State J. of med.*, avril 1923, p. 146.
(3) Mères 25.2 mm. pour 100 cc., fœtus 24.9 (Morris Slemons).
(4) De 6 à 8 mm. pour 100 cc. chez le fœtus (Slemons).
(5) Acide urique entre 2 et 3 mm., créatinine vers 1.7 (Slemons).
(6) Des jumeaux bi-ovulaires observés par Slemons avaient respectivement 0.99 et 0.96 par litre, leur mère avait 2.1
(7) Voir les chiffres de Slemons : 1 gr. 25 à 1.30 de cholestérine par litre de sang total, 1 gr. 75 à 2 gr. 60 de lécithine. Gyorgy, sur le sang du cordon, trouve au contraire des chiffres inférieurs à la normale, 0 gr. 53 à 0 gr. 83 par litre pour la cholestérine (*Klinische Woch.*, 18 mars 1924, p. 483). Grigaut, dans la veine ombilicale, trouve des chiffres variant de 0 gr. 55 à 0 gr. 85 de cholestérine par litre.
(8) Haselhorst et Papendieck. — L'hématine chez le fœtus, *Klinische Woch*, 27 mai 1924, p. 979.
(9) La bilirubinémie est proportionnelle à la teneur du placenta en fer. (Voir Sichiro Akiyama et Gisuke Nomiyama, Contenu du placenta en fer et ictère des nouveaux-nés, *Keio-Igaku*, juin 1923, in *Japan med. Woch*, 1923, p. 282 et A. C. Williamson. Même titre, *Surgery, Gyn. and Obst.*, juillet 1923, p. 57.)
D'après Mlle Stein, la teneur du sang en pigments biliaires est trois fois plus considérable que celle du sang de la mère, mais elle-même est plus faible que celle du nouveau-né. (Cholémie simple familiale et grossesse, thèse de Paris 1903, Jacques, éd.).
(10) Sfameni. — *Annali di Ost.*, 1900, tome XXII, p. 1.009.
(11) Toutes ou presque toutes les données qui vont suivre sur l'immunité naturelle du nouveau-né sont empruntées à l'article très documenté et très clair de Luther Musselman. Natural Immunity in the New Born, *Amer. Journ. of obst.*, juin 1924, p. 45 et août 1924, p. 141 ; Signalons ici deux travaux sur les agglutinines passés inaperçus à Musselman : Hicks et French, *Lancet*, 3 juin 1905 et Guérin-Valmale, *Gynéc. et Obst.*, 1920, tome I, p. 2117.

chez les mammifères ; le sang de mères n'ayant, à leur connaissance, jamais été infectée des maladies envisagées, agglutinait divers microbes pathogènes (Eberth, coli, staphylo, choléra, etc.) et les globules rouges de lapin beaucoup plus énergiquement et à des dilutions beaucoup plus étendues que ne faisait le sérum de leurs enfants. Très souvent même le sérum des enfants avait un pouvoir agglutinant nul.

Une seule exception : von Fellenberg et Döll trouvent parfois chez l'enfant un pouvoir agglutinant beaucoup plus fort que chez la mère.

Pouvoir agglutinant spécifique. Voyons maintenant ce qui se produit lorsqu'une mère a subi une infection déterminée pendant sa gestation.

Nos connaissances, sur ce point proviennent principalement de la fièvre typhoïde, mais accessoirement de diverses autres infections et de l'injection expérimentale de globules rouges.

Si l'infection a lieu avant le sixième mois, le sérum du nouveau-né ne contient pas d'agglutinine ; après le sixième mois, il peut en contenir, mais à un taux moindre que le sérum maternel. Quelques auteurs cependant ont trouvé un taux égal.

Des femelles, immunisées pendant la gestation ont donné naissance à des petits dont le sérum agglutinait à un moindre degré qu'elles-mêmes.

Si l'immunisation est antérieure à la gestation, il est possible que le nouveau-né naisse immunisé (Jurewitsch). Je fais remarquer, en passant, l'importance de ce fait pour la discrimination de l'hérédité et de la physio-pathologie anténatale.

Précipitines, bactériolysines, hémolysines : faits analogues aux précédents.

Opsonines : pouvoir un peu plus faible chez le nouveau-né à terme que chez la mère ; croissance de ce pouvoir au cours de la vie intra-utérine, décroissance néo-natale ; puis récupération du taux de l'adulte vers deux ans (1).

Antitoxines. L'immunité par antitoxine est transmise *in utero.* Elle disparaît rapidement après la naissance.

Complément. Nul ou peu abondant.

Nous n'avons que peu de connaissances sur l'origine des substances immunisantes dans le sang du nouveau-né. — 1° On a parlé d'*hérédité.* A cette hypothèse, on a pu opposer le résultat de certaines expériences et en particulier, le fait que la descendance d'un mâle immunisé ne présente pas d'immunité.

Le problème est plus complexe et il nous faut citer ici les expériences exécutées par Metalnikov sur les chenilles de *Galleria melonella* avec le bacille cholérique.

Ces insectes s'immunisent très facilement contre le vibrion cholérique. Après six ou huit semaines, apparaît une nouvelle génération qui peut être infectée par le vibrion virulent et il en est de même pour la deuxième génération. Mais la troisième génération donne 30 p. 100 de chenilles immunisées et si l'on continue l'immunisation de chaque génération successive, la quantité des chenilles immunisées augmente progressivement, en sorte que les huitième et neuvième générations donnent de 72 à 75 p. 100 de chenilles immunisées.

2° On a parlé de passage *transplantaire des substances immunisantes.* La plupart des faits que j'ai résumés ci-dessus d'après Musselman semblent bien montrer qu'elles ne peuvent franchir la barrière placentaire. Lorsqu'on injecte à une femme enceinte des vaccins antityphiques, les agglutinines apparaissent dans le sang maternel n'apparaissent pas dans le sang fœtal ou, du moins, elles n'y apparaissent qu'exceptionnellement et en très faible quantité et sans que nous sachions le pourquoi de ces exceptions.

Il est à remarquer que le lait, souvent riche en substances agglutinantes, ne confère pas davantage d'immunité au nourrisson.

3° Il est quelquefois possible d'invoquer le *passage d'un antigène,* microbe ou toxine, au fœtus qui fabrique alors des substances immunisantes.

Signalons à ce sujet, les recherches de H.-T. Hicks et H. French (*Lancet*, 3 juin 1905, p. 1.491), concernant la fièvre typhoïde. D'une part sur 21 cas, 10 fois le fœtus contenait des bacilles ; d'autre part, 7 cas donnaient une réaction agglutinante ; or, 6 de ces cas concernaient des fœtus bacillifères.

4° Il est possible que le fœtus fabrique des *substances immunisantes* sans l'intervention d'aucune cause spécifique, par l'effet de son métabolisme et de ses synthèses humorales et cytoplasmiques.

LA QUESTION DES GROUPES SANGUINS. — *On a dit que le sang, chez les nouveau-nés, n'avait pas acquis les propriétés qui caractérisent les divers groupes* : il en résulterait qu'en cas de transfusion, le risque d'incompatibilité doit être moindre que chez un adulte quelconque, ou nul. D'après Happ (1), les caractères du groupe se constituent seulement au cours de la première ou de la deuxième année.

Mais certains estiment que les caractères de groupe sanguin existent souvent ou même toujours chez le nouveau-né. ainsi pour Mac Quarrie (2) les caractères sont complètement établis dans 11 % des cas, incomplètement dans 50 % et pas du tout dans près de 40 % des cas.

La répartition des nouveau-nés entre chaque groupe donne des chiffres assez différents de ceux obtenus chez l'adulte.

	I	II	III	IV
MAC QUARRIE	1 %	28 %	23 %	48 %
DE BIASI (3)	12 %	24 %	17 %	47 %
TRAVLOS (4)	2,3 %	56 %	5,4 %	36,3 %

Il semble que la mère et le nouveau-né puissent assez fréquemment ne pas appartenir au même groupe, ce qui infirmerait l'opinion formulée par Cherry et Langrock, c'est à savoir que le sang des mères n'est jamais incompatible avec celui de leurs enfants. Chavasse trouve des groupes différents dans 33 % de ses cas, Travlos dans 38 %, De Biasi dans 40 %.

Mais, il semble que même s'il y a différence de groupe *in vitro*, il n'y a pas forcément d'accidents *in vivo.*

De Biasi note la très grande fréquence (plusieurs centaines de cas) de transfusions pratiquées avec succès alors que mère et nouveau-né appartiennent à des groupes différents, en sorte que l'on peut, dit-il, employer toujours et sans aucun danger le sang maternel.

(1) Le très important mémoire de MUSSELMAN ne cite pas une observation de MILHIT, *Gazette des hôpitaux,* 21 juin 1908.

(1) HAPP (M.-W.). — Appearance of isoagglutinins in infants and Children. *Journ. of experim. medicine*, t. XXXI, 1920, n° 3, p. 313.

(2) MAC QUARRIE (Irvine). — Isoagglutination in new-born infants and their mothers. A possible relationship between interagglutination and the toxemias of pregrnancy. *Bull. of the Johns Hopk. Hosp. Bull.*, Vol. XXXIV, n° 384, février 1923, p. 51.

(3) DE BIASI. — *Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 24 novembre 1923.

(4) TRAVLOS. — Etude sur l'incompatibilité sanguine entre la mère et le fœtus et ses rapports avec la toxémie gravidique. *Thèse de Paris* 1924 (Amédée Legrand, éditeur).

Cameroun français. — Le territoire du Cameroun français procède actuellement au recrutement d'un certain nombre de médecins contractuels pour le Service de l'Assistance Médicale Indigène dans la Colonie.

Conditions d'admission : 1° être Français ; 2° docteur en médecine ; 3° apte au service colonial ; 4° être âgé de 25 ans au moins et 40 au plus.

Les contrats sont établis pour 2 ans. Le solde d'Europe de début est fixée à 10.000 fr.

Elle est augmentée à la colonie d'un supplément égal aux 9/10es, plus :

1° Une indemnité forfaitaire de déplacement de 2.400 fr. par an ;

2° Une indemnité de zone journalière variant suivant la région de 8 à 12 francs ;

3° Une indemnité spéciale de 3.000 fr. allouée dans le cas d'affectation dans un secteur de prophylaxie de la maladie du sommeil.

En outre une indemnité de 3.000 fr. peut être accordée dans les centres dépourvus de clientèle payante.

Voyage en première classe sur les paquebots et les chemins de fer.

Logement et ameublement gratuits.

Congé de six mois à solde d'Europe après 2 ans de service ininterrompu dans la colonie. Les contrats peuvent être renouvelés par durée successive de deux ans avec augmentation de solde d'Europe de 2.000 fr. plus le supplément et les diverses indemnités.

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques*. — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques, du 12 septembre au 7 novembre 1925, sous la direction de M. le professeur L.-M. PAUTRIER, avec la collaboration de MM. : professeur A. BARRÉ professeur de clinique neurologique ; professeur L. BLUM, professeur de clinique médicale ; professeur G. CANUYT, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; professeur MERKLEN, professeur de clinique médicale ; Dr Paul BLUM, chargé de cours d'hydrologie ; Dr BOEZ, chargé de cours de bactériologie ; Dr GUNSETT, chargé de cours de radiologie ; Dr HUGEL, chargé de cours de dermato-vénéréologie ; Dr SIMON, professeur agrégé, clinique chirurgicale A. ; Dr VAUCHER, chargé de cours, clinique médicale B ; Dr WEILL, chargé de cours d'ophtalmologie ; Dr A. BOECKEL chargé de la polyclinique urologique à la clinique chirurgicale A. ; Dr DISS, chef de laboratoire ; Dr GASSER, assistant ; Dr G. LÉVY, chef de clinique ; Dr RŒDERER, chef de laboratoire à la clinique des maladies cutanées.

Le cours aura lieu du lundi 21 septembre au samedi 7 novembre tous les jours, sauf les dimanches et fêtes, matin et soir, aux heures indiquées sur le programme détaillé. Il sera donné à l'hôpital civil, à la clinique des maladies cutanées et pour chaque branche de la spécialité dans les cliniques intéressées.

Tous les cours essentiellement pratiques seront accompagnés de présentations de malades, de photographies, de projections, de démonstrations bactériologiques et histologiques.

Les élèves seront exercés individuellement aux différentes méthodes de traitement, cautérisations, scarifications, électrolyse, neige carbonique, radiothérapie, frotte, injections intraveineuses, lavages de l'urèthre, dilatations interventions uréthroscopiques, uréthroscopie etc.

En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans le service : visite complète du service le mardi et vendredi matin à 9 heures; polyclinique externe dermatologique, tous les jours à 10 heures. Traitement externe de la syphilis, tous les soirs à 18 heures.

La clinique des maladies cutanées possède une bibliothèque de près de 3.000 volumes qui contient la plupart des ouvrages intéressant la spécialité et la collection complète des atlas et des périodiques ; un musée photographique et un musée histologique. Les élèves du cours y auront accès tous les jours de 9 à 12 heures et de 14 à 19 heures.

Un certificat sera délivré aux élèves à la fin du cours.

Les élèves recevront après chaque cours un résumé de deux à trois pages, tapé à la machine à écrire, qui, avec les notes qu'ils auront prises, leur permettra de reconstituer la leçon.

Droit d'inscription, 200 francs. — S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier, 2 quai St-Nicolas.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, au prix moyen de 30 francs par jour.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses sera organisé s'il réunit cinq adhésions minimum.

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle.

Droit d'inscription : 150 francs. — S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier.

Journées Médicales de Toulouse (11, 12, 13, 14 juillet). — *Liste des conférences*. — BORDET, professeur à l'Université libre et directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles : *La lyse microbienne*.

RECASENS, doyen de la Faculté de Médecine de Madrid : *Biologie de la radiothérapie gynécologique*.

SANARELLI, professeur à la Faculté de Médecine de Rome : *La pathogénie* des soi-disant infections intestinales.

DARTIGUES, président de la Société de Médecine de Paris et de l'U. M. F. I. A. : *Directions actuelles et destinées de la chirurgie*.

J.-L. FAURE, professeur à la Faculté de Médecine de Paris : *Traitement du cancer du col de l'utérus*.

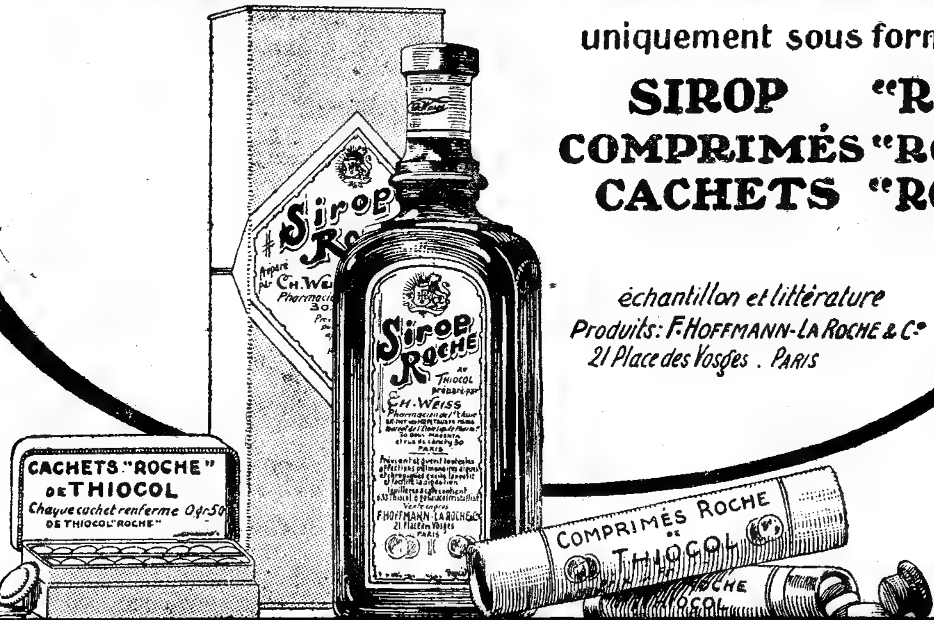
JACOB, médecin inspecteur général, chef supérieur du Service de Santé des armées du Rhin : *Le service de santé en Allemagne occupée*.

LEVADITI, chef de service à l'Institut Pasteur : *Considérations générales sur la bismuthothérapie de la syphilis. Nouvelles recherches sur le mode d'action et de résorption du bismuth*.

REGAUD, directeur de l'Institut du Radium de l'Université de Paris : *La part de la chirurgie, de la curiethérapie et de la Röntgeuthérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus*.

RÉNON, ancien membre du Conseil de l'Union des Syndicats Médicaux de France : *Du syndicalisme vis-à-vis des collectivités. Ce qu'il est, ce qu'il devrait être*.

ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris : *Les fonctions internes du poumon*. (*Voir la suite page* 674).


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL



HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Les vicissitudes d'un dictionnaire de médecine,

Par le Dr Maurice GENTY

Après avoir été, pendant trente ans, un instrument de travail incomparable, le *Dictionnaire de médecine* de Littré et Robin se vend aujourd'hui comme vieux papier. Pareille destinée ne surprend guère dans le domaine de la médecine où le livre survit peu à l'auteur ; et l'on ne saurait que l'enregistrer, si ce dictionnaire n'avait subi une série de vicissitudes qui constituent un chapitre intéressant de l'histoire de la vie médicale à la fin du siècle dernier.

C'est en 1806 que Brosson, qui était médecin en même temps que libraire, reprenant un projet déjà exploité par d'autres, eut l'idée d'offrir au public médical un dictionnaire des termes de médecine. Il en confia la rédaction à Joseph Capuron, ancien séminariste et accoucheur en vogue. Le travail fut si mal fait que Brosson, lors de l'édition suivante, en 1810, adjoignit à Capuron, Chaudé et Nysten, préparateurs à la Faculté. La troisième édition, publiée en 1814, parut avec le seul nom de Nysten ; après la mort de ce dernier, survenue en 1818, le dictionnaire fut revu par d'autres collaborateurs et changea d'éditeurs ; mais le nom de Nysten continua à figurer sur le titre et s'y trouvait encore en mars 1855, lorsque J.-B. Baillière confia la revision de la dixième édition à Littré et à Charles Robin.

Littré, membre de l'Académie des Inscriptions et Belles-Lettres, déjà mis en vedette par les premiers volumes de sa traduction d'Hippocrate, par ses articles de médecine du *National* et de la *Revue des Deux Mondes*, était le collaborateur idéal pour une pareille entreprise. Il s'adjoignit Charles Robin, qu'il avait connu par Rayer et qu'il avait introduit chez Auguste Comte. Adeptes fervents tous deux de la nouvelle philosophie, signataires de l'appel lancé en 1848 en faveur d'A. Comte, ces deux hommes ne pouvaient que s'entendre pour mener à bien la tâche qui leur était confiée. Robin d'ailleurs, à cette époque, n'était pas « inconnu du public », comme on l'a prétendu, et ce n'est pas par simple bonté que Littré fit « figurer son nom à côté du sien » pour « lui payer le fruit de ses travaux ». Docteur ès sciences, professeur agrégé à l'Ecole de médecine depuis 1847, auteur de plus de cent mémoires aux Sociétés savantes, Robin avait déjà, à cette date, publié un *Traité de chimie anatomique*, une *Histoire Naturelle des végétaux qui croissent sur l'homme*, des *Eléments de physiologie*, un traité *Du Microscope et des injections*.... et s'annonçait, par ses connaissances encyclopédiques, comme un collaborateur précieux.

Cette nouvelle édition, la dixième, parut en 1855 ; Littré s'était chargé plus spécialement de la partie philologique, ajoutant à l'ouvrage un Glossaire en six langues dont il avait revu la partie gréco-latine.

A Robin était échue la rédaction des articles relatifs à l'histoire naturelle, à l'anatomie générale et il y donnait déjà l'expression de ses idées ou un résumé de ses recherches.

Indépendamment de la refonte générale à laquelle ils avaient soumis l'œuvre de leurs devanciers, les deux auteurs, estimant que « le bon langage et l'orthographe correcte » sont d'« utiles auxiliaires de la pensée » s'étaient attachés à corriger les erreurs étymologiques et grammaticales. Et, ne voulant pas « renoncer misérablement à toute idée générale, à toute doctrine supérieure », ils avaient tenu à bien mettre en évidence les principes de la philosophie qui leur était chère. Leur dictionnaire ne présentait plus ainsi un simple résumé des notions nouvelles ; il exposait un système scientifique nouveau.

Le succès fut tel qu'une onzième édition suivit bientôt.

C'est alors que la veuve de Nysten, dont le nom avait été conservé sur le désir de Littré, pour « ne pas effacer toute trace des hommes nos devanciers », prétendant que les doctrines philosophiques énoncées n'étaient plus celles de son mari, écrivit aux auteurs pour les prier de faire disparaître le nom de Nysten. Les éditeurs, crurent bien faire alors en publiant l'édition de 1866 avec le titre suivant : *Dictionnaire de médecine... d'après le plan de Nysten ; édition entièrement refondue par MM. Littré et Robin.* L'ouvrage conservait ainsi le nom de l'auteur, auquel il avait dû son succès ; mais ces modifications ne parurent pas satisfaire Madame Nysten, et elle assigna les éditeurs devant le tribunal de la Seine, revendiquant la propriété du dictionnaire et subsidiairement demandant, en même temps que des dommages-intérêts, la suppression du nom de son mari. Le tribunal la débouta de ses conclusions, à l'exception de la dernière. Ce jugement ayant été frappé d'appel par toutes les parties, la Cour d'appel rendit, le 27 février 1866, un arrêt par lequel les éditeurs furent obligés de payer à la veuve Nysten une réparation pécuniaire « en raison du dommage à elle causé par l'offense faite à la mémoire de son mari », en publiant sous son nom « des doctrines philosophiques et morales qui n'ont plus rien de commun » avec celles de ce dernier.

Ce débat judiciaire à l'occasion de l'œuvre de Littré et de Robin devait être suivi d'un second, politique cette fois et de plus grande envergure.

En 1866, Robin était depuis quatre ans professeur à l'Ecole de médecine ; son élection à l'Académie des sciences, patronnée par la Princesse Mathilde, par Taine, par Sainte-Beuve, n'avait pas désarmé ceux qui l'avaient combattue. « Attaqué, dit Taine, parce qu'il portait dans sa science des vues philosophiques », Robin était la bête noire du parti catholique qui, se prétendant effrayé de la tournure libérale que prenaient les études dans les facultés de l'Etat et en particulier à l'Ecole de médecine de Paris, entreprit une campagne furibonde. Robin, accusé d'avoir énoncé, dans une de ses leçons, des idées matérialistes, fut appelé au cabinet de Duruy qui dut reconnaître l'inanité d'une pareille accusation.

Le parti clérical ne se tint pas pour battu et organisa un vaste pétitionnement au Sénat. Cette fois Charles Robin n'était plus seul en cause. Broca était accusé d'avoir fait l'apologie de Malthus ; Vulpian, Charcot, étaient dénoncés pour « avoir ri en voyant entrer dans leur service un malade porteur d'une médaille ». D'autres faits aussi grotesques et aussi faux étaient reprochés à Sée, Axenfeld, Naquet, etc. Mais ce n'était là qu'un prétexte, et en réalité « un brûlot » lancé contre Duruy.

Dans l'acte d'accusation dressé contre Robin, on n'oubliait pas la leçon déjà mise en cause ; mais le principal grief articulé contre lui était précisément sa participation à la refonte du *Dictionnaire de médecine* qui « corrompait la jeunesse ». Désireux de s'opposer à l'envahissement

du matérialisme, le parti des Evêques demandait en conséquence la liberté de l'enseignement supérieur.

Chaix d'Est-Ange fut chargé de rédiger le rapport sur cette pétition. Il le lut à la séance du Sénat du 27 mars 1868. Après avoir montré que les résultats de l'enquête permettaient une interprétation toute différente des faits signalés, après avoir assuré les pétitionnaires que le Ministre avait prévenu les professeurs que tout écart qui choquerait « par des digressions inutiles des croyances respectables, serait immédiatement réprimé », il concluait à l'ordre du jour. La discussion, que le cardinal Donnet voulait immédiate, fut renvoyée après Pâques.

A quelques jours de là, le 10 avril 1868, jour du Vendredi Saint, eut lieu, chez Sainte-Beuve, un dîner où avaient été conviés quelques intimes : Taine, About, Renan, Flaubert, le prince Napoléon, Ch. Robin. Le jour avait été choisi, au hasard, par un des convives qui devait quitter Paris ; et le dîner n'eut rien d'une « démonstration », d'un « banquet ». Il est probable, qu'au cours de la conversation, on dût malmener quelque peu les auteurs de la pétition, mais on ne mangea ni saucisses ni boudins (1) comme le prétendit une certaine presse. Les amis de « Monseigneur de Rouen » crièrent néanmoins au scandale et dénoncèrent une fois de plus l'athéisme de Robin.

La délibération sur les conclusions du rapport présenté par Chaix d'Est-Ange eut lieu au Sénat, le 19 mai 1868. Le Cardinal de Bonnechose, reprit l'acte d'accusation contre le *Dictionnaire de Médecine* :

Il y a, dit-il, dans l'école de médecine, un livre qui est considéré comme le manuel des élèves. Je lisais aujourd'hui même dans un journal que les élèves, entre eux, l'appellent leur bréviaire (Hilarité). C'est un dictionnaire abrégé de médecine, ouvrage très commode puisqu'on a qu'à l'ouvrir pour y trouver tout ce dont on a besoin. Ce dictionnaire, qui existe depuis de longues années, s'est transformé. Il était primitivement parfaitement spiritualiste et chrétien, car il avait pour auteur M. Capuron. Après M. Capuron est venu M. Nysten, qui en a donné une autre édition, à laquelle il conserva le caractère spiritualiste. Depuis M. Nysten, MM. Robin et Littré s'en sont emparés et en ont donné de nouvelles éditions, dans lesquelles ils ont empreint le cachet de leur doctrine, tout entière matérialiste M. Robin, vous le savez probablement, est un élève de Comte, le triste auteur du Positivisme. M. Littré partage la même doctrine. Positivisme et matérialisme, malgré certaines subtilités qui divisent ces Messieurs, c'est tout un ».

Suivait une série de citations tirées des articles incriminés : *Ame, Esprit, Pensée, Idée, Conscience, Métaphysique, Philosophie* théologique, métaphysique et positive, *Homme* (2), etc.

Et « Monseigneur de Rouen », après avoir dénoncé la culpabilité de Robin « professeur connu, dont la part de collaboration était la plus grande », et dont « les opinions scientifiques devaient peser dans ses jugements aux examens », concluait en demandant la liberté de l'enseignement supérieur et en proclamant « la nécessité de l'union de la science et de la religion. »

Le baron Dupin, plus loyal, reconnut que la leçon de Robin, son collègue et voisin à l'Institut, ne présentait rien « qui sortît des bornes d'une étude strictement analytique ».

Quentin-Bauchard, Charles Robert, commissaire du gouvernement, Wurtz, montrèrent l'inanité des accusations formulées dans la pétition.

Sainte-Beuve prononça le discours souvent cité, où il prenait la défense de Broca, de Charcot, de Vulpian, d'Axenfeld, de Robin, de Sée et où il réclamait « l'entière liberté philosophique pour les idées » :

« J'ai eu l'honneur, dit-il, d'être autrefois un élève de cette Faculté de médecine si attaquée en ce moment dans la personne de ses plus excellents Maîtres. C'est à elle que je dois l'esprit de philosophie, l'amour de l'exactitude et de la réalité physiologique, le peu de bonne méthode qui a pu passer dans mes écrits même littéraires ».

Après une courte intervention de Duruy qui, soucieux de son portefeuille, affirma que les faits reprochés n'étaient pas exacts, et assura que, si « l'enseignement de Robin s'inspirait d'une philosophie matérialiste, on le frapperait », le Sénat, par 83 voix contre 40, se prononça contre la liberté de l'enseignement supérieur.

La discussion n'avait pas duré moins de trois séances (1). Le résultat médiocre de cette campagne ne calma pas le parti clérical. La lutte furibonde qu'il menait contre Robin devait reprendre sous d'autres prétextes ; mais cela n'a plus trait à notre histoire.

Le *Dictionnaire de médecine*, après avoir eu les honneurs du Sénat, suivit sa destinée. Une nouvelle édition, la treizième, parut en 1873. Les éditeurs, derrière lesquels on devine la plume de Littré et de Robin, jugèrent bon de rappeler, dans la préface, l'histoire de leur dictionnaire et montrèrent, en reprenant les textes incriminés en 1866 et en 1868, que, si quelqu'un pouvait être accusé de matérialisme, c'était bien plutôt Nysten qu'eux-mêmes. Il serait possible, ajoutaient-ils fièrement, de leur

« faire un procès de positivisme qu'ils acceptent, non de matérialisme qu'ils repoussent ; car ils prétendent, dans leur philosophie, se séparer du matérialisme, doctrine absolue, pour se maintenir dans le positivisme, doctrine relative ».

Et pour bien montrer que leurs définitions n'avaient rien d'absolu, qu'elles étaient en conformité avec les don-

(1) « Voilà bien du bruit pour une omelette au lard » dit Sainte-Beuve. En réalité il n'y eut pas plus de lard que de saucisses. Voici ce menu à titre de curiosité :

Potage au tapioca.	Château-Margaux.
Truite saumonée.	Nuits.
Filet au vin de Madère.	Musigny.
Faisan truffé.	Château-Yquem.
Pointes d'asperges.	Champagne.
Buisson d'écrevisses.	
Salade.	
Parfait de café.	
Dessert.	

Un plat maigre avait en outre été prévu pour une dame pieuse qui l'avait réclamé et à qui sa santé ne permit pas de venir.

(2) Un exemple permettra de juger de la compétence de celui qui interpellait. Littré et Robin avaient défini l'homme : « Un animal mammifère de l'ordre des primates, famille des bimanes, caractérisé par. . . ». Le Cardinal de Bonnechose demandait qu'à cette définition on substituât celle de de Bonald : « Une intelligence servie par des organes ».

(1) Quelques jours après ces séances, Mérimée écrivait à M. Panizzi :

« Si vous avez lu nos journaux, vous aurez vu les faits et gestes de ces messieurs et leurs prétentions d'avoir des médecins orthodoxes et bons catholiques. Il y a au Sénat une certaine quantité de vieux généraux qui, après avoir usé et abusé de la vie, sont à présent tourmentés de la peur du *grim gentleman below*, et dont les cléricaux font ce qu'ils veulent. Si nos cardinaux n'étaient pas des hommes si médiocres, ils auraient gagné la bataille ; mais ils ont été si maladroits et si étourdis qu'ils ont fait un fiasco honteux.

Peut-on comprendre qu'un homme comme Dupanloup lui-même dise et écrive sérieusement que c'est une horrible impiété de croire qu'on ne peut rien créer ni rien détruire ? Ils veulent avoir des professeurs de chimie à eux pour propager sans doute la théorie contraire. M. de Bonnechose accuse un médecin de matérialisme pour avoir dit que l'homme est un mammifère bimane. Vous noterez que la définition qu'il citait est empruntée à Cuvier qui croyait en Dieu. Si vous aviez vu l'explosion de fureur de tous les sénateurs en s'entendant traiter de mammifères bimanes, vous auriez ri du rire des dieux homériques ».

C'est sans doute en songeant à ces séances de mai que Mérimée écrivait au même correspondant, le 18 juillet 1868 : « J'ai consulté l'autre jour pour vous mon médecin Robin qui est un affreux positiviste, excommunié, comme vous le savez, par Monseigneur de Bonnechose »,

nées de la science, ils en modifièrent quelques-unes. C'est ainsi qu'au texte donné en 1855 à propos du mot : *âme*, « L'âme en biologie est l'ensemble des facultés intellectuelles et morales... » ; ils ajoutèrent ceci :

Cet ensemble de facultés est le résultat des fonctions encéphaliques d'après le dogme scientifique actuel, qui n'admet ni propriété ou force sans matière, ni matière sans propriété ou force, tout en déclarant ignorer absolument ce que c'est en soi que force et matière.

Comme le dit Daremberg, « il est difficile de faire une définition scientifique plus sage et plus prudente »,

Jusqu'après la mort de Littré, le *Dictionnaire de médecine* n'a plus d'histoire. On sait toutes les passions que remuèrent les circonstances de cette mort. Robin avait été très affecté de la façon dont certains prétendaient l'exploiter (1). Aussi, lorsque Madame Littré « réclama des retouches dans les définitions de certains mots qui heurtaient ses idées spiritualistes », refusa-t-il obstinément. « Madame Littré, disait-il à ses élèves — M. Variot en a gardé le sonvenir — voudrait que nous renoncions à toutes nos opinions ! Jamais ». Et il tint parole.

Le Littré-Robin reparut avec le nom de Littré seul. Sur la demande de Robin, son nom fut maintenu « dans le cours des articles qui par leur sujet pouvaient scientifiquement en exiger la mention ». Quant aux phrases qui pouvaient prêter à quelque interprétation philosophique, elles avaient été édulcorées ou supprimées. Robin en conçut un grand chagrin et le Dr Goujon a répété souvent que ce fut une des tristesses de sa vie. En lutteur obstiné qu'il était, il se mit à l'œuvre et entreprit la publication du *Nouveau Dictionnaire abrégé de médecine* (chez Doin) où devait se retrouver « l'esprit scientifique et purement philosophique de l'ancien Nysten ». Cet énorme labeur qu'il accomplit seul, cette « œuvre de bénédictin » (Brown-Séquard) dura trois ans. La première partie (pages 1-480) parut le 10 février 1885. A la mort de Robin, la deuxième partie (pp. 481-1000) était à l'impression ; elle parut en effet le 22 décembre 1885 ; de Lanessan avait revu les dernières épreuves et M. Variot, à l'aide des notes du Maître, en avait rédigé la préface.

Avec la publication du *Nouveau Dictionnaire abrégé de médecine*, finit l'histoire (2) du Dictionnaire de Littré-Robin qui reste un des grands livres médicaux du XIXe siècle. Les deux « saints laïques » que furent Littré et Robin avaient mis dans cette œuvre leur savoir universel, toute leur foi en une philosophie supérieure. L'ironique destin devait par delà la tombe rompre l'unité de doctrine qu'ils y avaient maintenue toute leur vie, malgré les attaques les plus violentes et les plus injustes.

(1) C'est à ce propos qu'il écrivit, le 3 juin 1881, à son ami le Dr Reliquet, la lettre suivante : « Pas de dispositions testamentaires pour les obsèques ; d'où escamotage du cadavre par la famille qui a tenu à l'écart les amis scientifiques et philosophiques. Le testament demande qu'il n'y ait pas de discours. Littré n'a jamais rien dit, ni écrit, contredisant ce qu'il publiait il n'y a pas longtemps, savoir : Que la philosophie positive avait sans violence reconduit Dieu hors du domaine de la science, en le remerciant de services provisoires désormais devenus inutiles. Mille amitiés ». A côté de tous ceux qui ont été rapportés, il convient d'accorder quelque importance à ce témoignage de Robin qui vécut quarante ans dans l'intimité de Littré.

(2) L'ancien dictionnaire de Nysten, refondu par d'autres, a continué de paraître. Mais c'est de l'histoire contemporaine en dehors de mon sujet.

VARIÉTÉS

L'euthanasie (1)

Par le Professeur **FORGUE**

Ce qui constitue la noblesse de notre état, ce qui fait, à la fois, la dignité de la médecine et le poids de sa responsabilité, c'est la grandeur tragique de certaines situations qui nous sont soumises, c'est la hauteur morale des problèmes qui nous sont parfois proposés et dont la solution exige plus de conscience encore que de science. En voici un, auquel un drame récent vient de donner une émouvante actualité : à l'hospice de Villejuif, une jeune femme, meurtrière par compassion, tue son mari atteint d'un cancer incurable, et, le même bras qui, quelques jours avant, s'offrait généreusement à la transfusion pour tenter de sauver le malade, abat, d'un coup de revolver, l'homme, aimé cependant jusqu'au sacrifice, pour le délivrer de ses intolérables souffrances.

A-t-on le droit de tuer pour mettre fin à la douleur ? — Grave question, qui est à la fois un sujet de hautes spéculations philosophiques, un problème de droit humain et de médecine légale, un thème de loi morale et de doctrine religieuse, donc question aux faces multiples et rentrant justement dans le cadre des pensées générales qui peuvent vous être présentées dans la solennité de cette réunion universitaire. Car, ici, apparaît bien cette « liaison nécessaire des sciences » dont parlait Diderot, cette féconde collaboration des intelligences par laquelle nous nous affranchissons de l'étroitesse des vues trop spécialisées, nous nous gardons des jugements influencés par l'esprit professionnel, et pouvons nous ouvrir, de toute part, un large jour sur l'ensemble des connaissances humaines propres à guider notre raison.

Le sujet est austère et je m'excuse de sa sévérité : je m'efforcerai d'ailleurs d'atténuer ses duretés et ses tristesses. Mais, en vérité, notre époque a vu de si dramatiques événements, notre résistance nerveuse a été si solidement trempée par dix ans d'épreuves, que l'esprit public est maintenant capable d'envisager, sans émotivité et avec une calme résolution, un problème de si impressionnante gravité. Nous apprécions bien, à l'heure présente, la pensée de Montaigne remerciant Dieu « qui ne l'a pas fait naître dans un siècle de mollesse et de sécurité ». Ah ! certes, la vie moderne nous a aussi bronzés, et nous pouvons entendre, désormais, toutes les vérités ! Au surplus, il s'est développé, depuis la guerre, qui nous a donné l'habitude et le goût du risque, une inclination excessive vers les spectacles de forte émotion : le roman, le théâtre, le cinéma éprouvent, à dure tension, les nerfs de nos contemporains. Et c'est précisément pourquoi nous devons mettre au point cette question, lui conserver son aspect scientifique, impassible et précis, la purifier des paradoxes et des audacieuses fictions de certains écrivains d'avant-garde, de la fausse sentimentalité que la douleur égare, et aussi de l'inutile réalisme qui n'a point craint de porter à la scène cette formidable situation. C'est à la médecine qu'il appartient d'examiner avec sérénité ces grandes tristesses de la condition humaine : il n'y a, comme le dit François de Curel, dans la *Nouvelle Idole* : « Il n'y a que deux hommes, le prêtre et le médecin, qui passent leur existence à regarder la mort en face ».

Nos Universités, qui sont de grandes écoles de vérité, sont aussi des centres d'éducation de l'esprit public. Selon la forte parole d'Anatole France, « il faut parler des grandes choses de l'homme et de la vie avec une entière sincérité ; à cette condition, seulement, on a le droit d'en

(1) Discours prononcé à la séance solennelle de Rentrée des Facultés (Année scolaire 1925), et reproduit avec l'autorisation de M. le Professeur Forgue.

parler en public ». Donc, abordons cette étude, à la manière franche et directe ; elle vous paraîtra, j'en suis certain, féconde en pensées consolatrices et fera entrer dans votre esprit un grand apaisement. Bacon, dans son projet d'euthanasie, voulait que tous les arts se missent de la partie pour rendre la mort acceptable. « L'homme, disait-il, est incapable de jouir sainement de la vie, s'il n'a pas d'idées sereines sur la mort ». Quelle profonde règle de conduite morale est formulée en ces quelques mots : « *Nous devons vivre comme s'il nous fallait mourir demain et travailler comme si nous ne devions jamais mourir !* »

Montaigne, qui honorait les médecins, mais n'aimait point la médecine, nous a donné, sous sa forme de bonhomie résignée, un exemple d'attitude vis-à-vis de la mort, qui n'a rien d'héroïque, mais qui est d'un sage conseil : « Si c'estoit ennemy qui se peust éviter, dit-il, je conseillerois d'emprunter les armes de la couardise : puisqu'il ne se peut, puisqu'il vous attrape fuyant et poltron aussi bien qu'honneste homme, et que nulle trempe de cuirasse vous couvre, apprenons à le soutenir de pied ferme et à le combattre ; et, pour commencer à luy oster son plus grand advantage contre nous, prenons voye toute contraire à la commune : ostons luy l'estrangeté, pratiquons-le, accoutumons-le... » — C'est là le secret pour ne la point craindre : habituons notre esprit à la regarder telle qu'elle est en soi, selon le mot de Mæterlinck, c'est-à-dire dépouillée de son apparat funèbre et des terreurs de l'imagination : « Chassons d'abord tout ce qui la précède et n'est pas à elle ; nous lui imputons ainsi les tortures de la dernière maladie, et ce n'est pas juste ». Et, dans cette pensée pénétrante de Mæterlinck, se trouve probablement la donnée essentielle de ce problème : tant il entre de divination dans l'âme d'un poète !

Au fronton de cette étude, un autre principe directeur doit se placer : c'est le caractère sacré de la vie humaine, et l'indispensable limitation de nos droits sur elle. En vérité, sous l'influence de hardiesses littéraires visant à l'originalité par l'affranchissement de toutes règles, sous l'inspiration d'un humanitarisme dévoyé qui ne tolère plus la souffrance, grâce aussi à l'exaltation croissante de l'individualisme, à l'indulgence pour les crimes passionnels, au fléchissement de l'idée religieuse et de son pouvoir de résignation, et par suite de l'épouvantable destruction humaine de la guerre mondiale qui a supprimé dix millions d'hommes, le prix de la vie a perdu de sa valeur absolue. Sans doute, il faut reconnaître qu'il y a des misères physiques qui dépassent la capacité humaine de souffrir ; mais hormis ces circonstances atténuantes, il est nécessaire de rétablir, dans les lois et dans les mœurs, le respect de la vie, de réprimer ces périlleux orgueils qui font de l'homme l'arbitre d'une destinée, de mettre fin à cette complaisance envers ceux qui désertent le devoir de vivre et de réserver notre sympathie aux âmes fortes qui luttent contre les grandes infortunes et les grandes douleurs.

Il faut s'entendre, d'abord, sur la définition de l'euthanasie. Le mot n'est pas nouveau : il a été créé au XVIIe siècle par Bacon, philosophe illustre et Grand Chancelier d'Angleterre, dans son remarquable ouvrage intitulé « Le Novum Organum ». Selon Littré, ce terme signifie : bonne mort, mort douce et sans souffrances. Mais il faut distinguer *l'euthanasie naturelle*, celle où le besoin de la mort, selon le mot de Drastre, apparaît à la fin de la vie, comme le besoin du sommeil arrive à la fin du jour, et *l'euthanasie artificielle*, où cet apaisement des minutes suprêmes est demandé aux substances calmantes ou narcotiques. Il faut aussi considérer les conditions variables de cette euthanasie provoquée, selon que le malade lui-même la réalise, ou que le médecin en prenne l'initiative et l'exécution, ou qu'une tierce personne en soit la complice. Mais, au total, l'euthanasie, c'est pour celui qui souffre incurablement, *le droit à l'exeat*, l'issue adoucie et scientifiquement facilitée. Et, à l'autre pôle de la vie humaine, c'est le pendant de l'eugénésie, entendue dans le sens de la naissance anesthésique et indolore ; car, l'humanité veut maintenant soigner sa sortie comme son entrée, et libérer l'une et l'autre de la douleur : Bacon, comparant ces deux étapes extrêmes de la vie, disait, dans une phrase profonde : « *Il est aussi naturel de mourir que de naître, et l'homme naissant souffre peut être plus que l'homme mourant* ».

Si le mot n'est pas neuf, la chose est plus vieille encore ; et nous la retrouvons dès les premiers groupements humains : c'était la règle, chez les Germains, que de mettre à mort les malades chroniques ; en Birmanie, un incurable devait se pendre ; les Esquimaux, au dire d'Amundsen, pratiquent le suicide quand les douleurs deviennent intolérables ; dans l'Inde, le malade inguérissable était conduit en famille au bord du Gange, son nez et sa bouche étaient remplis du limon sacré, puis il était jeté dans le fleuve. Mais, en général, cette euthanasie des peuples primitifs répondait à une idée économique et alimentaire : elle résultait de la rareté des vivres et de la suppression nécessaire des bouches inutiles : c'était *une question d'estomac*. L'euthanasie moderne est d'ordre sentimental : c'est une *question de nerfs* : et son indication dominante, c'est la suppression de la douleur. Toutefois, entre le Germain barbare enterrant vif le vieillard incurable et le civilisé dernier cri, offrant à qui veut fuir la douloureuse agonie, comme dans le roman de Benson, l'appareil modern style, distributeur automatique de mort par la narcose, *il y a une égale culpabilité* qui consiste à devancer le destin et à clore volontairement une vie humaine.

J'examinerai cette question complexe de l'euthanasie sous son quadruple aspect : *devant la loi* ; *devant la société moderne*, c'est-à-dire dans les exemples contemporains de sa mise en pratique ; *devant l'opinion*, ou plutôt devant les organes qui la traduisent, *le journal, le roman, le théâtre* ; *enfin, devant l'observation médicale* et nos règles de morale professionnelle.

C'est près de nous, c'est à Marseille que nous trouvons la première ébauche d'euthanasie légale. Valère Maxime raconte que, dans la vieille ville phocéenne, on garde dans un dépôt public une potion de ciguë, réservée à quiconque justifie, devant le Sénat marseillais, des motifs qui lui font désirer la mort ; et le point curieux de cette histoire, qui n'est peut-être qu'une galéjade, c'est que non seulement cette autorisation officielle peut être accordée à ceux que trop de douleurs accablent, mais aux privilégiés que trop de bonheur favorise et qui mettent fin à leur vie dans la crainte que cette félicité ne les abandonne ! C'est là l'euthanasie à la façon de Gribouille ; cela rappelle le conseil donné par un sage Lacédémonien à Diagoras, le jour où ses trois fils furent couronnés aux jeux olympiques : comme il vit que tout le peuple applaudissait ce vieillard et lui jetait des fleurs, il l'aborda froidement et lui dit : *Mœurs, Diagoras, car tu es trop heureux* ; et, effectivement, Diagoras mourut de joie entre les bras de ses trois champions. Notre enthousiasme pour le sport n'irait pas jusque là !

Puis, ce sont les Anglais — et c'est peut-être le spleen et le brouillard qui en sont cause — qui ont eu l'idée de codifier cette mort volontaire des incurables.

Il y a quatre siècles, en 1516, Thomas Morus publie à Louvain la première édition de son livre *Utopia* ; comme il écrit sous des tyrans cruels et absolus, il doit recourir à la fiction pour risquer les périlleuses audaces de sa pensée. Il imagine donc une île inconnue, perdue dans l'espace, à laquelle on pouvait bien croire puisqu'on n'était qu'à vingt ans de la découverte de l'Amérique par Colomb, il la baptise pour cette absence de situation géographique précise, *Utopie* ; et ce nom restera le synonyme des fictions et des chimères.

Pour cette république imaginaire et idéale, il bâtit toute une législation fictive, mettant au nombre de ses institutions les plus libres la règle qui défend de faire tort à personne pour sa religion : conception de large tolé-

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Route du Littoral Méditerranéen

Des services automobiles quotidiens fonctionneront pour la première fois, du 5 janvier au 5 mai 1925, entre *Marseille* et *Menton*; ils permettront de visiter tout le Littoral Méditerranéen, en passant par Cassis, La Ciotat, Bandol, Toulon, Hyères, La Côte des Maures et de l'Esterel, Cannes, Nice, Monte-Carlo.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les Agences et Bureaux P.L.M. de renseignements.

LABORATOIRE CHAIX

Extraits Opothérapiques injectables et ingestables

MARQUE DÉPOSÉE

Extraits Opothérapiques secs

préparés dans le vide à basse température

LITTÉRATURE ET ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE ADRESSÉE
10, rue de l'Orne, PARIS XVe
Téléphone : Ségur 12-55

R. C. Seine 40.979

L'ATTENTION de MM. les Médecins est attirée sur l'extrême fréquence des substitutions dont le **Gomenol** est l'objet. Pour obtenir *avec certitude* les excellents résultats qui ont fait la réputation de la médication Gomenolée, il est indispensable de prescrire le

Gomenol et les Produits au Gomenol

sous leur complète dénomination et leur appellation d'origine, c'est-à-dire, par exemple :

OLEO-GOMENOL PREVET à 5 0/0 pour Pulvérisations et Instillations nasales.

OLEO-GOMENOL PREVET à 10 0/0 pour Injections trachéales et modificatrices.

OLEO-GOMENOL PREVET à 20 0/0 pour Pansements chirurgicaux et gynécologiques, Instillations vésicales, Injections intra-musculaires, Lavements, etc..

Ces Oleos-Gomenol sont en flacons de 50, 100 et 250 cc.

RHINO-GOMENOL en tube pour Antisepsie nasale.

GOMENOL CAPSULES en étui pour Affections broncho-pulmonaires.

GOMENOL SIROP en flacon pour Trachéo-bronchite, Coqueluche, etc...

GOMENOVULES pour Pansements gynécologiques.

Laboratoire des PRODUITS du GOMENOL, 17, rue Ambroise-Thomas — PARIS (IXe)

COMPRIMÉS DE SANALGINE

LE SPÉCIFIQUE CONTRE LES
MIGRAINES, MAUX DE TÊTE, NÉVRALGIES, FIÈVRES
NOMBREUSES ATTESTATIONS DE MÉDECINS ET DENTISTES
EFFET TRÈS PROMPT ET SANS AUCUN INCONVÉNIENT
LE TUBE DE 10 COMPRIMÉS 4 FR. 40 (IMPÔT COMPRIS), DANS TOUTES LES PHARMACIES
EMBALLAGE À PRIX TRÈS RÉDUIT POUR CLINIQUES, HÔPITAUX ET MÉDECINS DE CAMPAGNE —— ECHANTILLONS GRATUITS SUR DEMANDE ADRESSÉE AU

LABORATOIRE SANAL, St LOUIS (Ht-Rhin)

FERMENTS DE BACKER

ANTIBACILLAIRES
CONTRE la TUBERCULOSE
J. MURAIRE, Pharmacien de 1re Classe
41, rue des Francs-Bourgeois, Paris 4e
TÉL. : ARCHIVES 56-27 TOUTES PHARMACIES

Granules de CATILLON STROPHANTUS

à 0.001 **Extrait Titré** de

C'est avec ces granules qu'ont été faites les observations discutées à l'Académie en 1889, elles prouvent que 2 à 4 par jour donnent une **diurèse rapide**, relèvent vite le cœur **affaibli**, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES, Affections MITRALES, CARDIOPATHIES, des ENFANTS et VIEILLARDS, etc.

Effet immédiat, — innocuité, — ni intolérance ni vasoconstriction, — on peut en faire un usage continu.

Granules de CATILLON à 0.0001 STROPHANTINE CRIST.

TONIQUE du CŒUR par EXCELLENCE.

Nombre de Strophantus sont inertes, d'autres toxiques, les teintures sont infidèles. Exiger la Signature CATILLON

*Prix de l'Académie de Médecine pour « **Strophantus et Strophantine** », Médaille d'Or Expos. univ. 1900.*

PARIS, 3, Boulevard St-Martin. — R.C. Seine 48283

rance ! Et, de cette cité de songe, Morus veut bannir la douleur évitable ; voici comment il règle le cas des incurables : « Si la maladie est non seulement inguérissable mais pleine de douleurs continuelles et angoissantes, les prêtres et les magistrats exhortent cet homme à ne pas chérir cette maladie pestilentielle et douloureuse, aussi pénible pour lui que pour les autres : ils lui conseillent de se dépêcher hors de cette vie (nous traduisons littéralement), comme hors d'une prison, ou bien de permettre aux autres de l'en délivrer... et, comme dans cet acte, il suit les conseils des prêtres, c'est-à-dire des interprètes des dieux, ils lui montrent qu'il agit en homme bon et vertueux ; ils ne le poussent pas à mourir contre sa volonté ; mais, si quelqu'un se tue, sans la permission des prêtres et du conseil, il est indigne d'être enterré ou inciméré, et jeté dans un marais nauséabond ». Or, il advint que dix-sept ans après la publication de l'*Utopia*, Thomas Morus devait donner lui-même l'exemple d'une mort idéalement belle par sa haute tenue et sa dignité calme : condamné au supplice par le caprice injuste d'Henry VIII, il franchit les degrés de l'échafaud, et à un ami qui le soutenait, il dit en souriant : « Aidez-moi à monter, car il n'y a pas d'apparence que vous m'aidiez à descendre. »

Vers la fin de ce grand XVIe siècle, qui a vu la fondation de l'anatomie avec Vésale et Fallope, et la création de la chirurgie avec Ambroise Paré, le chancelier Bacon, ce puissant cerveau encyclopédique que les choses de la médecine ont fortement intéressé, accordait, dans le vaste tableau qu'il traçait de l'avancement du savoir humain, un chapitre à ce même sujet : « *Le traitement des maladies réputées incurables* : l'euthanasie ». J'estime, écrit-il, « que c'est l'office du médecin, à la fois de restaurer la santé et d'adoucir peines et douleurs, et non seulement lorsque cet apaisement peut ramener la santé, mais lorsqu'il peut conduire à une mort facile et belle. Car, ce n'est pas une mince félicité que cette euthanasie que César Auguste ne cessait de se souhaiter. Ainsi mourut Antonius Pius, qui parut ne pas mourir, mais entrer dans son sommeil doux et profond ; ainsi, Epicure qui, lorsque son état fut jugé désespéré, noya son estomac et ses sens dans une large ingurgitation de vin et sur qui cette épigramme fut faite : *Hinc stygias ebrius hausit aquas* Grâce au vin, il put supporter l'amertume des eaux du Styx. »

Il est à remarquer que *les pays anglo saxons sont à peu près les seuls où cette législation de la mort anticipée* après le certificat d'incurabilité, *ait eu l'honneur de l'examen par les législateurs*.

Ce ne sont pas nos parlementaires du Palais-Bourbon qui ont jamais été sollicités par cette législation funèbre ; et, ma foi ! il faut les en louer. Certes, il n'y a pas de pays où l'on se tienne plus crânement devant la mort que chez nous ; nous savons accueillir, avec noblesse, la sombre visiteuse. Mais, l'esprit latin d'une saine gaieté, épris de lumière et d'action, aime la vie et la dispute jusqu'à la dernière minute. Il a fallu, en Italie, que ce soit un homme du Nord, Nobel, qui dans une pensée de fausse philantrophie, ait essayé d'acclimater dans le pays au ciel bleu ces idées noires et de créer à Rome et à Milan des établissements d'euthanasie pour les désespérés de la vie ; mais Crispi, le premier ministre, a souri de ce projet et l'a promptement enterré.

En Allemagne où dominent l'esprit de dure consigne, la discipline collective, le goût de l'autorité, cette odieuse réglementation a trouvé des défenseurs. Il y a une vingtaine d'années, un projet de loi était présenté au Parlement du royaume de Saxe, ayant pour but d'accorder aux médecins l'autorisation de donner aux incurables qui la demandaient une mort prompte et douce ; mais ce projet a été repoussé. Puis, dix ans après, c'est le Reichstag qui est saisi d'une proposition accordant à tout incurable ce droit à l'euthanasie et soumettant cette décision à l'examen d'un tribunal du ressort, sur la demande du malade et après avis favorable de trois médecins légistes ; voilà bien, par ma foi ! une lugubre procédure ! Plus près de nous, c'est un juriste émérite, Binding, qui reprend laborieusement, compendieusement, impitoyablement, ce problème dans un traité publié par le psychiatre Hoche, de Fribourg, sur « la licence de détruire les vies qui ne valent pas la peine d'être vécues », *die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Leben* ; et, il y a deux ans, le conseiller Borkhardt a présenté, dans la gazette allemande du droit pénal, une proposition de loi conférant le droit de faire disparaître les idiots incurables. Combien ces tristes projets sont éloignés de notre sensibilité française, de notre pitié secourable aux plus déshérités, de notre profond sens d'humanité !

L'Amérique est, en législation, la terre des nouveautés, des solutions excessives, des audaces qui dépassent notre vieux code, sagement conservateur, et notre goût de la mesure. Il y a vingt ans, une grande association médicale, la New-York Medical Association, ne craignait point de mettre publiquement en question le droit de raccourcir l'existence d'un cancéreux dont la tumeur a récidivé, ou d'un paralytique incurable par fracture de la colonne vertébrale ; au banquet (qui, en Amérique comme ailleurs, accompagne tous les congrès), un clergyman avait même été convié, et au dessert (tout s'explique), il se fit l'apôtre de cette revendication.

En 1906, l'Etat de Iowa a été saisi d'un projet de loi, présenté par le docteur Grégory, proposant que toute personne atteinte d'une maladie ou d'une blessure désespérée pût être débarrassée de l'existence par l'administration d'un anesthésique : le docteur Grégory osait affirmer que cette pratique était déjà quotidiennement appliquée par les plus grands médecins et chirurgiens des hôpitaux des Etats-Unis ! Il faut lire le commentaire véhément du rédacteur du *British Medical Journal* qui enregistre ce projet ; le docteur Grégory en prend pour son grade ; « c'est, ou un gaillard d'un type particulièrement naïf, ou bien un arriviste assoiffé de réclame » (the man is, either a crank of a particularly noxious type or a mere notoriety hunter) ; s'il croit à la fable des médecins d'hôpitaux supprimant les incurables, c'est de plus un gobe-mouches (is more credulous than the simplest gobe-mouche). — La même année, un bill était soumis à la législature de l'Ohio et passait en première lecture : l'inspiratrice de cette loi était Miss Anna Hall, de Cincinnati, personne de grande douceur, qui sollicitait l'autorisation de mettre par le choroforme un terme aux souffrances de sa mère incurable. Et, au sujet de cette loi, le chroniqueur du *British Medical Journal* ne ménage pas ses termes ; il n'hésite pas à déclarer que « l'*Amérique est le pays d'une législation hystérique* » ; le jugement est sévère et de forme assez discourtoise : on n'est jamais bien servi que par ses amis et alliés !

Il ne faut rien exagérer, d'ailleurs, ni dramatiser ce sujet plus qu'il ne convient. Il est à considérer que, d'abord le suicide des incurables est déjà moins fréquent qu'on ne le pense ; combien de cancéreux nous voyons, pas à pas, achever leur long calvaire, sans avoir la tentation ou la force d'en supprimer les dernières étapes ! C'est que, peu à peu, l'adaptation au mal s'établit et, sous l'action déprimante des toxines, la volonté fléchit ! Quelle psychologie pénétrante est celle de Montaigne, quand il décrit cette accoutumance à ces misères : « Qui y tomberait tout à un coup, dit-il, je ne crois pas que nous fussions capables de porter un tel changement ; mais, conduits par la main de la mort, d'une douce pente et comme insensible de degré en degré, elle nous roule dans ce misérable estat et nous y apprivoise. »

Quant aux cas, où, passant de la conviction à l'acte, une personne que l'affection égare, témoin des douleurs intolérables de l'être aimé, se détermine à y mettre fin par une mort violente, ils restent très rares. Ces quelques faits divers suffisent à alimenter une exubérante chronique ; en 1912, il y a eu le cas de cette dame hémiplégique tuée par son mari, ancien procureur de la République, qui déclarait n'avoir fait que son devoir en arrachant sa femme à des tortures prolongées depuis un an ;

en juillet dernier, s'est produit le fait sensationnel de Mme Uminska, que son mari, crucifié par un cancer suppliait de lui rendre ce dernier service ! Sans doute, il ne faudrait pas que ces cas, qui sont l'exception, deviennent l'exemple ; mais, à la base de l'acte meurtrier, il y a, ici tant d'angoisses, de sensibilité exaltée par la vue prolongée des souffrances, tant de dévouement impuissant, allant parfois jusqu'au sacrifice, qu'il faut pardonner à ces esprits égarés, parce qu'ils ont beaucoup compati et que leur geste est encore une suprême preuve d'affection et de charité !

La presse, toujours à l'affût de l'actualité, s'empare de ces faits et y trouve matière à des chroniques à sensation, mais forcément superficielles ; le roman moderne, qui emprunte volontiers le document scientifique, les exagère du côté sentimental ou les développe en fictions pures ; le théâtre les prend au tragique et en bâtit quelques actes destinés à troubler, au Grand-Guignol, entre dix heures et minuit, la digestion des bons bourgeois.

C'est encore dans des romans anglais que nous trouvons, sous la forme la plus réaliste, l'euthanasie à l'œuvre ; mais ces fictions d'outre-Manche n'ont jamais la fantaisie brillante et justement prophétique, l'invention captivante de Jules Verne : elles heurtent notre esprit par l'outrance du détail, la dureté minutieuse de développement. Wells, dans ses anticipations, imagine une société idéale où l'euthanasie, érigée en loi, serait permise à l'incurable dans des institutions spécialisées et munies de tous les perfectionnements de la science. Mais, cette conception, scientifique et odieuse, du suicide, trouve, pour le lecteur français, sa plus pénible expression dans le fameux roman de Benson : « Le Maître de la Terre » ; dans cette humanité future, que nous ne verrons point, espérons-le, l'objectif dominant est l'abolition de la souffrance, ce qui est sûrement l'idéal ; mais, à quelle réglementation cruelle il aboutit ! Voici la catastrophe : un des grands aériens internationaux vient de tomber dans le square de la station de Brighton : les premiers secours arrivent : « bientôt des marches du grand hôpital, des hommes descendirent : chacun tenant à la main un objet qui avait la forme des appareils photographiques d'autrefois : c'étaient les exécuteurs de l'euthanasie : l'appareil qu'ils portaient allait mettre fin aux souffrances des agonisants, les faire passer doucement, délicieusement, dans le royaume de l'éternel repos ». Et quand l'héroïne du livre, Mabel, dans sa détresse morale, se décide à renoncer à la vie, quand, après avoir subi l'examen prescrit, devant un magistrat spécial, elle entre dans une de ces cliniques privées, consacrées à l'euthanasie, il y a là une quinzaine de pages douloureuses, d'un drame angoissant, d'une précision scientifique atroce, dont un médecin même supporte mal la lecture : ainsi les instructions suprêmes de la Sœur Jeanne concernant le maniement de l'inhalateur, et les phases progressives du sommeil mortel ! Chez nous, il n'y a que le Docteur Binet-Sanglé, esprit brillant mais excessif, qui ait osé écrire sur cet « art de mourir » et se soit flatté de faire passer le suicide de sa période empirique, par la pendaison, l'immersion, l'oxyde de carbone « cet euthanasique où, dans la chambre d'anesthésie, au son d'une musique de son choix, le candidat au nirvana final, endormi par les gaz, passera sans douleurs dans l'au delà ! — Qu'on se rassure d'ailleurs sur le danger de ces fictions : il est plus rapide d'enjamber le parapet de la Seine, ou d'allumer un réchaud, ou d'ouvrir un robinet de gaz, que d'accomplir, dans tous ces rites, ce cérémonial de l'euthanasie futuriste ; et le nombre des suicidés ne pourrait que baisser devant un tel programme.

Le théâtre contemporain abonde en pièces médicales ; et nous n'y jouons pas toujours un rôle sympathique. Deux pièces récentes : *Le droit de mort*, de Gravier et Lebret, et l'*Assassinat légal*, de Raymond Groc, malgré leurs titres, ne se rapportent pas à notre sujet ; mais l'an dernier, M. René Berton, qui est instruit des choses médicales et a eu la bonté de nous communiquer son manuscrit, a donné, au Grand-Guignol, un acte bien construit, exactement documenté, *sur l'euthanasie ou le droit de tuer*. L'action est dramatique, conduite avec maîtrise, décision et vraisemblance : le professeur agrégé Saint-Géry, un des grands médecins de Paris, est appelé, par son confrère, le docteur Sergeac, auprès d'un malheureux employé des postes, atteint d'un cancer du foie, arrivé à sa période ultime : la situation médicale désespérée se double d'une position matérielle misérable : l'employé est arrivé au terme de ses congés et va être rayé ; sa femme s'épuise en veilles douloureuses ; l'homme souffre horriblement et réclame la mort. Une scène intéressante, bien développée, est celle où s'opposent l'esprit indépendant, partisan des solutions radicales, confiant dans son diagnostic, du jeune agrégé parisien, et la résistance conservatrice du vieux médecin, que l'expérience a instruit de la faillibilité médicale et qui reste fidèle au devoir traditionnel de prolonger l'existence par tous les moyens. Puis, seul devant le malade qui implore la fin, devant ce tableau des pires souffrances, devant ce *crescendo* de douleurs qui abolit ses scrupules, après un violent combat de conscience, brusquement résolu, notre collègue, au lieu de morphine, charge sa seringue de cyanure : quand le médecin traitant rentre et voit ce cadavre, son premier mouvement est l'indignation, la menace d'une dénonciation : puis agissent la réflexion, l'apaisement du grand silence, le terme voulu des plaintes et des douleurs ; et, lorsque la femme du malheureux se présente, au lieu de crier la vérité, il lui fait le suprême mensonge ; « Votre mari est mort... tout d'un coup... d'une embolie au cœur... », Tout bas, il dit à Saint-Géry : « Vous avez peut-être commis une bonne action », et le professeur agrégé, simplement, répond : « J'ai fait mon devoir ». C'est du théâtre, du bon théâtre, et qui doit impressionner ; mais, ce n'est ni notre doctrine, ni notre pratique !

A ceux qui, comme Merterlinck, demandent « une pitié plus audacieuse » que le simple apaisement de l'agonie et qui espèrent qu'un jour viendra où « la science n'hésitera pas à raccourcir nos disgrâces », c'est-à-dire en langage clair, qui demandent au médecin, pour l'incurable, le coup de grâce, nous opposons ces deux fortes objections ; d'abord, *la faillibilité de notre pronostic*, et la possibilité de guérison dans des cas apparemment incurables ; en second lieu, *la cruauté de révéler au malade sa situation irrémédiable.*

Les cas sont fréquents de ces rescapés qui ont fait appel du jugement capital de la Faculté, et, comme disait un vieux dicton médical, nombreux sont les gens qui se portent bien et que Boerhaave (célèbre par la sûreté de son diagnostic), avait condamnés. Owen, à propos de l'euthanasie, cite le cas d'un marin atteint d'une énorme tumeur du bassin, qu'il renvoie chez lui, pour mourir de son cancer inopérable ; quelques années plus tard, un ancien étudiant, revoyant son maître, lui demanda s'il se souvenait de ce cas : « Fort bien ! » répondit Owen, et qu'est-ce que l'autopsie a révélé ? Oh ! dit le visiteur, l'homme est guéri ; ce gros cancer inopérable était un abcès autour d'un corps étranger. » Même aventure m'est advenue : les chirurgiens de Buenos-Ayres m'adressent un acrobate célèbre, spécialiste du trapèze volant, atteint d'un volumineux ostéosarcome du bassin, confirmé par une radiographie du professeur Imbert, qui ne comporte d'autre salut que l'amputation inter-ilio-abdominale, c'est-à-dire la plus mutilante opération de la chirurgie, qui, pratiquée une trentaine de fois, a presque constamment causé la mort sur table. Le malade est informé de cette gravité ; nous n'entreprendrons l'intervention que s'il en accepte le risque : la famille est consultée, on recule devant ce péril, le malade sort de l'hôpital. Quelques mois après, je le retrouve : la tumeur paraît être stationnaire. Or, quel n'est pas mon étonnement, un an après, de le voir, au début de la guerre, venir subir un examen d'aptitude pour un engagement : je l'accepte : il fait toute la campagne, la termine brillamment comme lieutenant d'infanterie, et continue à se bien porter ; en réalité, il

s'agissait d'un énorme chondrome de l'os iliaque qui s'est immobilisé, contre toute prévision possible.

Une femme est traitée par Owen pour un cancer de l'estomac : une laparotomie confirme le diagnostic : on se borne à une opération palliative et on la renvoie, avec un pronostic de mort à échéance de quelques semaines : l'année suivante, elle gagnait un tournois de tennis !

Il n'y a pas, d'ailleurs, *que les erreurs de diagnostic* : ne faut-il pas compter aussi *avec les continuels progrès de la médecine*, et surtout de la chirurgie, qui font de l'incurable d'aujourd'hui, le guérissable de demain. Montaigne a écrit : « Pline disait qu'il n'y a que trois sortes de maladies pour lesquelles éviter on aye le droist de se tuer : la plus aspre de toutes, c'est la pierre à la vessie ; la seconde, la grande douleur à l'estomac ; la troisième, les névralgies de teste ». Or, si Pline revenait en ce monde, il verrait la chirurgie maîtresse de ces trois maux, tailler ou lithotritier les calculeux, réséquer ou gastro-entérostomiser les ulcères de l'estomac et attaquer, en plein crâne, la névralgie trifaciale. On dit (et c'est une légende) que jadis, les enragés étaient étouffés entre deux matelas : une série de piqûres suffit maintenant à les préserver de leur horrible mort. Il y a quelques années, à peine, nous considérions le cancer ulcéré de la langue comme l'opprobre de la chirurgie : voici, que le radium apporte ici des espoirs inattendus. Avec quelques gouttes d'adrénaline injectées en plein cœur, nous réanimons des malades en syncope mortelle : et, par la transfusion du sang, nous pouvons ressusciter les blessés, saignés à blanc; et les sauver de cette fin par hémorrhagie, dont Virgile a tracé l'admirable tableau, l'extrême faiblesse de la reine de Carthage (*ter sese attolens, ter resoluta toro est*) trois fois essayant de se soulever, trois fois retombant sur son lit), et où l'on croit recueillir son extrême soupir !

Révéler *au malade l'incurabilité de son état*, ce serait, de la part du médecin, plus qu'une cruauté, un manquement à son devoir ; nous sommes les éternels berceurs de la souffrance humaine et jusqu'au bout, nous devons, chez l'inguérissable, entretenir l'espérance. Plus j'avance dans la vie, disait un des vieux maîtres montpelliérains, Lordat, plus je m'identifie avec Thomas d'Aquin qui déclare : « Je préfère un sentiment qui me console à une vérité qui m'éclaire ».

Le hasard des vieilles lectures m'a fait retrouver dans les souvenirs de Nadar un épisode, à peu près inconnu et touchant, de la vie de Dupuytren. Un soir, comme le chirurgien terminait sa consultation, il vit entrer un pauvre prêtre, atteint d'une tumeur jugée incurable. Après examen Dupuytren, le regardant fixement, lui dit : « Eh ! Monsieur l'Abbé, avec cela il faut mourir ! ». L'abbé sans s'émouvoir tirant de la poche une pièce de cinq francs la déposa sur la cheminée : « Je ne suis pas riche, Monsieur le Docteur, et mes pauvres sont bien pauvres ; pardonnez-moi si je ne puis pas payer plus cher une consultation du docteur Dupuytren : au moins, je serai tout à fait disposé à ce qui m'attend ; croyez bien, j'attendais depuis longtemps ce moment-là et j'étais prêt. Adieu Monsieur le Docteur, je vais mourir à mon presbytère ». Et il sortit. Dupuytren resta pensif : cette âme de fer venait de se briser à quelques simples paroles d'un pauvre prêtre ; dans ce corps débile, il rencontrait un cœur plus ferme que le sien ! il avait trouvé plus fort que lui. Il s'élança vers l'escalier : « Monsieur l'Abbé, cria-t il, voulez-vous remonter ? » L'abbé remonta. « Il y a peut-être moyen de vous sauver : si vous voulez que je vous opère !... » « Eh ! mon Dieu ! dit l'abbé, je ne suis venu à Paris que pour cela. » Quelques jours plus tard, devant un public de cinq cents élèves, Dupuytren opérait le prêtre et le sauvait.

L'histoire dit encore que, quand Dupuytren fut à son lit de mort, il fit mander le pauvre prêtre. Le petit curé arriva aussitôt et resta longtemps enfermé avec Dupuytren. Quand il sortit de la chambre du mourant, ses yeux étaient humides et sa physionomie rayonnait d'une douce exaltation. Le lendemain, Dupuytren mourait; après le service, les élèves portèrent à bras le cercueil du grand chirurgien jusqu'au cimetière. Le petit prêtre suivait le convoi en pleurant.

Il faut des âmes d'une trempe surhumaine pour résister à pareille révélation : Saint-François d'Asssise, à ses derniers jours, exigea de son médecin la vérité ; celui-ci répondit : «Je conjecture que tu pourras vivre encore jusqu'à la fin de septembre ». François resta un moment silencieux : puis il éleva les mains vers le ciel et s'écria : « Eh bien ! donc, sois la bienvenue, ma sœur la Mort ! »

« Dieu a fait deux dons à l'homme, dit Victor Hugo : l'espérance et l'ignorance ; l'ignorance est le meilleur des deux ». C'est, en effet, l'ignorance de son destin, c'est l'illusion charitablement entretenue, qui soutient le cancéreux sur son chemin de croix : quelle est au contraire, la détresse du médecin qui se sait, dès le début, frappé à mort, et qui suit pas à pas les étapes du mal, comme Trousseau voyant apparaître *la phlegmatia alba dolens*, dont il a précisé la valeur symptomatique et qui lui révèle le cancer gastrique dont il va mourir !

Notre devoir est de lutter, notre devoir est de conserver : c'est la noble réponse de Desgenettes à Bonaparte, lui demandant d'empoisonner les pestiférés inévacuables de Jaffa, ce qui était, si l'on peut dire, de l'euthanasie en série. La scène a été souvent citée et mérite d'être rappelée : « Peu avant la levée du siège, raconte Desgenettes, le général Bonaparte me fit appeler de grand matin dans sa tente où il était seul avec son chef d'état-major. Après un court préambule sur la situation sanitaire, il me dit : « A votre place, je terminerais à la fois les souffrances de nos pestiférés et je ferais cesser les dangers dont ils nous menacent en leur donnant de l'opium ». Je répondis simplement : Mon devoir, à moi, c'est de conserver. » Cette attitude est de tradition dans la chirurgie d'armée : un homme de la compagnie de M. de Rohan était atteint de sept coups d'épée à la tête ; son maître, devant partir le lendemain et estimant qu'il était inguérissable, voulait, sans plus tarder, et par mesure d'euthanasie expéditive, le faire jeter dans une fosse qu'il avait fait creuser. Ambroise Paré intervient de toute sa charité agissante. » Je luy fis office, écrit-il, de médecin, d'apothicaire, de chirurgien et de cuisinier ; je le pansai jusques à la fin de la cure et Dieu le guérit ! »

Maeterlinck a écrit, dans son livre sur la mort : « Les médecins consentent peu à peu, lorsqu'il ne reste plus d'espoir, sinon à endormir, du moins à assoupir les suprêmes angoisses ». Cela c'est, en effet, notre droit, et, parfois, notre devoir : *il ne s'agit plus alors d'une anticipation de la mort, mais d'une abréviation et d'une atténuation de l'agonie*. Il y a, vraiment, certaines fins de vie qui excèdent ce que la créature humaine peut endurer ou ce que les êtres chers qui l'assistent peuvent subir, à l'extrême tension de leur sensibilité. A propos de la mort d'Henry Heine, Théophile Gauthier écrivait : « Il n'y a que la mère ou l'épouse qui puissent ne pas abandonner une aussi persistante agonie ; les yeux humains ne sauraient sans se détourner, contempler trop longtemps le spectacle de la douleur ; les déesses même s'en lassent et les trois mille Océanides qui vinrent consoler Prométhée sur sa croix du Caucase, s'en retournèrent le soir même ».

On comprend le cri du cœur échappé au compositeur Berlioz, dont la sœur se mourait d'un cancer au sein : « il ne se trouvera donc pas un médecin pour mettre fin à ce martyre ». — Comme Sainte-Thérèse d'Avila, dans sa peine, la pauvre femme qui finit lentement d'un cancer de l'utérus a le droit d'implorer la mort bienveillante et adoucie : « Qu'elle vienne donc, la douce mort, disait la sainte : qu'il vienne, le trépas, parce que je meurs de ne point mourir ». Mirabeau, dans ses derniers moments, ayant perdu l'usage de la parole, fit signe qu'on lui donnât une plume et du papier et il écrivit : « Dormir ! » Cabanis et Petit se décidèrent à lui administrer de l'opium.

Opium et mentiri : morphine et illusion ; ce sont les su-

prêmes secours qui, jusqu'au bout du chemin, doivent faire cortège à une vie qui s'éteint. Si le devoir du médecin est de lutter tant qu'il reste un espoir (*dum spiro, spero*), il y a parfois des doses inutiles d huile camphrée de sérum et d'oxygène, il y a des prolongations d'agonie qui sont une cruauté, et qui, pour une part, justifient les paroles excessives de Mæterlinck, quand il accuse les médecins de retarder la fin d'un supplice et d'accroître l'horreur de la mort.

Tout est relatif, car il est des cas, par contre, où il n'est pas indifférent de gagner, sur la mort, un délai de quelques heures, en donnant au malade le temps de prendre ses dernières dispositions, de revoir des êtres aimés.

Au surplus, la douleur n'est pas la compagne nécessaire de la mort et il faut se rassurer sur les angoisses que paraissent éprouver certains agonisants qui n en ont pas la perception. Mæterlinck, lui-même, veut bien reconnaître que « souvent la sensibilité de celui qui est aux abois de la mort, selon l expression de Bossuet, déjà très émoussée, *ne perç it que la rumeur lointaine des souffrances qu'elle paraît endurer* » : c'est d'un français assez incorrect, mais c'est d'une exacte notation. Sir William Osler, qui a tenu comptabilité de 500 agonies, observe que, dans les trois quarts des cas, le moribond a paru s'éteindre sans souffrance. Combien de fois nous avons été frappé, surtout dans les péritonites hypertoxiques, de cette euphorie, de cette sensation de bien-être, qui marque cependant le lâchage définitif du cœur et l'entrée en agonie ! William Hunter, le grand anatomiste, murmurait sur son lit de mort : « Si j'avais la force de tenir une plume, j'écrirais combien il est aisé et agréable (easy and pleasant) de mourir ». Et Montaigne, qui a rédigé son auto-observation, à l'occasion de sa grave commotion cérébrale, par chute de cheval, parle de cet alanguissement, de « cet état non seulement exempt de déplaisir, mais mêlé à cette douceur que sentent ceux qui se laissent glisser au sommeil » : « Je croy, ajoute-t-il, que c'est ce même estat où se trouvent ceux qu'on voit défaillir en l'agonie, et tiens que nous les plaignons sans cause. » — Comme l'écrivait notre collègue, le professeur Sabatier, « quiconque a vu s'éteindre doucement un de ces vieillards, chargés d'ans, par une lente diminution du mouvement vital, a pu s'apercevoir de ce qu'il y avait d'indolore et calme dans cette extinction progressive de la vie corporelle ». C'est là la mort naturelle : et il est consolant d'entrevoir, à mesure que l'hygiène allonge la durée de la vie humaine, à mesure que notre espèce s'affranchit des maladies évitables, que, sauf la menace encore inéluctable du cancer, une perspective de vie longue et saine, aboutissant à une fin douce et indolore, s'ouvre de plus en plus, pour l'homme, dans l'avenir !

Plus que la morphine, la profonde paix de la conscience donne à la fin de la vie humaine sa sérénité et sa beauté tranquille. L'illusion consolatrice est un doux viatique vers l'au delà. « Le meilleur médecin, a dit Richardson, est celui qui sait le mieux entretenir l espérance ». Ce sont les forces morales, quelle qu'en soit la source, qui aident le mieux l'homme à franchir ce passage. Béatitude religieuse et espoir de vie future chez les uns : satisfaction du devoir pleinement rempli, chez les autres : sacrifice à une grande cause : le support psychique est variable : mais c'est l'appui suffisant pour sortir de la vie, en beauté, en douceur.

Pendant ses dernières heures, Saint François se fait chanter le cantique du soleil : vers le soir, il chante lui-même, avec force, le psaume de David : sa petite cellule s'emplit d'ombre : enfin, sa voix se tait : il était entré, en chantant, dans l'éternité. — Les yeux tournés vers l'horizon, dans un dernier regard, Mistral murmure : « Li Santo ! Li Santo ! Les Saintes de Provence ! » ; puis il meurt. — Le maréchal Ney est amené sur le terrain d'exécution : au moment de monter dans la voiture cellulaire, il s'adresse au curé de Saint Sulpice et lui dit avec calme : « Montez le premier, Monsieur le Curé, je serai plus tôt que vous là-haut. » Quand on lui propose de lui bander les yeux : « Ignorez-vous, répond-il, que depuis vingt-cinq ans je sais regarder en face les balles et les boulets ? » — Galliéni termine sa vie comme un saint laïque, à la clinique de Versailles en demandant, jusqu'à la dernière minute, quelles étaient les dépêches venant de Douaumont et de Verdun. — Gœthe, un matin, son œuvre étant consommée, se lève, pour ouvrir sa fenêtre au printemps qui arrive, mais il retombe dans son fauteuil : sa main s'efforce de tracer quelques lignes dans le vide : il rend l'âme en murmurant ces mots : « Dass mehr Licht herein komme ! Qu il entre plus de lumière ! «

Voilà des exemples d'euthanasie morale. Et c'est bien la grande accalmie finale que Sully-Prud'homme a traduite dans un poème de si humaine émotion, qui est, à mon sens, un des plus purs chefs-d'œuvre du lyrisme français :

> **Vous qui m'aiderez dans mon agonie,**
> **Ne me dites rien !**
> **Faites que j'entende un peu d'harmonie**
> **Et je mourrai bien ..**
>
> **La musique enchante, apaise et délie**
> **Des choses d'en bas ;**
> **Bercez ma douleur ; je vous en supplie**
> **Ne lui parlez pas...**
>
> **Je suis las des mots, je suis las d'entendre**
> **Ce qui peut mentir,**
> **J'aime mieux les sons qu'au lieu de comprendre**
> **Je n'ai qu'à sentir...**
>
> **Vous irez chercher ma pauvre nourrice,**
> **Qui mène un troupeau,**
> **Et vous lui direz que c'est un caprice**
> **Au bord du tombeau...**
>
> **D'entendre chanter, tout bas, de sa bouche,**
> **Un air d'autrefois,**
> **Simple et monotone, un doux air qui touche**
> **Avec peu de voix...**
>
> **Vous qui m'aiderez dans mon agonie,**
> **Ne me dites rien,**
> **Faites que j'entende un peu d'harmonie**
> **Et je mourrai bien...**

Ainsi mourut, doucement, l'âme plongée dans la mélodie, Mlle de Limeuil, fille d'honneur de Catherine de Médicis. Voici le savoureux récit qu'en fait Brantome : « Quand l'heure de la mort fut venue, elle fit venir son valet qui s'appelait Julien et qui savait très bien jouer du violon. « Julien, lui dit-elle, prenez votre violon et sonnez-moi toujours, jusqu'à ce que vous me voyiez morte, la défaite des Suisses, et le mieux que vous pourrez : et quand vous serez sur le mot *tout est perdu*, sonnez-le par quatre ou cinq fois, le plus piteusement que vous pourrez ». Ce que fit l'autre, et quand se vint *tout est perdu*, elle réitère, par deux fois, et, se tournant de l'autre côté du chevet, elle dit à ses compagnes : « Tout est perdu à ce coup, et à bon escient... » Et ainsi décéda.

Messieurs les Délégués
de l'Internat des Hôpitaux de France.

Vous connaissez bien ces heures suprêmes, pour les avoir souvent assistées : n'êtes-vous point nos collaborateurs directs dans cette œuvre du dernier secours de la pitié et de l'apaisement terminal ? A l'âge où vos camarades étudient gaiement, dans l'allégresse de leurs vingt ans, vous vivez au contact journalier de ces humaines détresses et votre âme en garde une forte empreinte qui donne à votre vie professionnelle sa gravité et sa précoce expérience.

Messieurs les Etudiants.

Vous pensez, avec moi, j'en suis sûr, que ceux qui ont eu le bonheur de réaliser l idéale euthanasie, ce sont vos camarades qui, dans le printemps de la vie, sont morts pour la Patrie. Il y a onze ans, dans une pareille cérémonie, ils étaient là, comme vous, prêts à reprendre leurs études et à préparer une carrière qu'ils pouvaient espérer

longue et prospère. Mais la tourmente est venue, l'heure du sacrifice a sonné et, simplement, héroïquement, ils ont marché au devoir. Il ne faut pas les plaindre, ces chers disparus en pleine jeunesse, parce que, comme l'écrivait à sa mère le fils du grand'homme d'Etat Gladstone, avant de tomber glorieusement dans la tranchée : « Pour qu'une vie soit belle, il n'est pas nécessaire qu'elle soit longue, il faut qu'elle soit bien remplie ».

Répétons, avec Charles Péguy, tombé lui-même au champ d'honneur :

Heureux ceux qui sont morts pour une juste guerre,
Heureux les épis mûrs et les blés moissonnés !

Mais vous avez le devoir de garder pieusement leur mémoire et de les honorer comme ils vous le demandent, d'au-delà du tombeau, en conservant le culte de l'idéal de défense nationale, de justice et de liberté, pour lequel ils se sont sacrifiés et, selon le mot touchant de ce jeune Philippe Barrès, en continuant à croire, comme vos aînés, qu'il « y a des choses qui valent plus que la vie ».

NOUVELLES *(Suite)*

Assistance médicale gratuite.

Art. 1er. — Il est institué une commission chargée de dresser et de tenir à jour, à titre d'indication pour les conseils généraux, la liste des spécialités pharmaceutiques qui semblent devoir figurer dans les nomenclatures de médicaments admis pour le service de l'assistance médicale gratuite.

Art. 2. — Cette commission est ainsi composée : MM.

Radais, doyen de la faculté de pharmacie de Paris ;
Le conseiller d'Etat directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques ;
Le secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.
Le docteur Jules Renault, membre de l'académie de médecine et délégué du conseil supérieur de l'hygiène publique de France ;
Les docteurs Bellencontre et Rinuy, membres du conseil supérieur de l'assistance publique ;
Le professeur Sartory, de la faculté de pharmacie de Strasbourg, 11, rue Cujas, à Paris ;
Les docteurs Billon et Paul Boudin, secrétaires rapporteurs du conseil supérieur de l'assistanee publique ;
Le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris ;
Le président du conseil général d'administration des hospices civils de Lyon ;
Le directeur de la mutualité au ministère du travail ;
Léon Robelin, délégué du conseil supérieur de sociétés de secours mutuels au conseil supérieur de l'assistance publique ;
Plytas, inspecteur général des services administratifs membre du conseil supérieur de l'assistance publique ;
Le docteur Henri Martin, membre du conseil supérieur de l'assistance publique, président du syndicat général des pharmaciens ;
Le docteur Bailly, président du syndicat des grandes pharmacies de France et des colonies ;
Jean Faure, président de la chambre syndicale des produits pharmaceutiques ;
Le docteur Lesage, médecin des hôpitaux de Paris, membre du conseil supérieur de l'assistance publique.
Constantin et le docteur Chevallereau, conseillers généraux, membres du conseil supérieur de l'assistance publique ;
Brebion, inspecteur de l'assistance publique, directeur des services départementaux d'assistance de Seine-et-Oise ;
Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, le directeur de la mutualité, le directeur de l'administration générale de l'assistance publique à Paris et le président du conseil général d'administration des hospices civils de Lyon auront la faculté de se faire représenter par des fonctionnaires placés sous leurs ordres

Art. 3. — M. Radais remplira les fonctions de président. Le secrétariat sera assuré par le secrétaire général du conseil supérieur de l'assistance publique.

BIBLIOGRAPHIE

Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire. (Jacquerod. 1924. Un volume in-8° de 124 p. avec 62 fig. Masson, 10 fr.)

En dehors des formes aiguës et généralisées à évolution rapide, la tuberculose pulmonaire a pour caractère spécial d'être au début une maladie essentiellement locale, ce qui donne au sujet atteint une chance sérieuse de guérison. En règle générale il existe un foyer unique et bien circonscrit ; les processus naturels de défense de l'organisme relèvent d'une immunité de fraîche date, mais cette résistance est toute relative et constitue simplement une couverture. La résolution des lésions tuberculeuses consiste dans l'élimination progressive par expectoration, des produits inflammatoires bacillifères qui encombrent alvéoles et bronchioles ; les petits foyers sont susceptibles de se résorber par bactériolyse plutôt que par phagocytose. Une lésion tuberculeuse récente peut guérir également par dégénérescence caséeuse et élimination consécutive, en laissant une cicatrice fibreuse définitive, décelable par la radiographie. Un autre mode de guérison consiste dans la rétraction pulmonaire et le déplacement du médiastin ; il demande un temps considérable mais aboutit parfois à des résultats aussi brillants qu'inattendus ; les rayons X révèlent d'importantes transformations dans la topographie des organes thoraciques ; le cœur et le médiastin sont refoulés du côté malade, tandis que le poumon sain présente une hypertrophie compensatrice ; ce mécanisme se produit plus facilement quand la lésion siège à gauche. Quant à la calcification, elle ne jouerait qu'un rôle insignifiant ; les sels de chaux n'auraient aucune valeur en inhalation ; pris à l'intérieur, ils représenteraient un complément naturel de l'alimentation. L'organisme ne lutte favorablement contre la tuberculose qu'à la condition d'avoir un rendement physiologique maximum. Aussi faut-il, suivant l'auteur, renforcer les fonctions d'assimilation par une ration alimentaire abondante et variée, stimuler les échanges respiratoires par la vie au grand air, éviter les dépenses inutiles d'énergie et donner les médicaments capables de stimuler le fonctionnement des différents organes.

J. Lafont.

Acute infectious diseases. A handbook for practitioners and students (Maladies infectieuses aigues. Manuel destiné aux médecins et aux étudiants), par J.-D. Rolleston (1925. Edition William Heinemann, Londres. Un vol. in-8°, de 376 p. Prix : 12 shillings 6.)

Cet ouvrage est basé sur une expérience personnelle de 25 années et sur l'étude des nombreux travaux concernant les maladies infectieuses aiguës observées dans les services d'isolement, ce qui élimine d'office celles qui sont soignées dans les services de médecine générale ou à domicile, comme la grippe, la fièvre puerpérale, la poliomyélite aiguë et l'encéphalite léthargique.

L'esprit est avant tout clinique, mais l'auteur n'oublie ni le laboratoire, ni la pathologie, ni l'historique, ni la bibliographie. Chaque chapitre est traité dans un style très large et l'ensemble consititue un travail personnel beaucoup plus qu'un manuel. Un ouvrage aussi original ne s'analyse pas ; pour en donner une idée, nous glanerons, au hasard de la lecture, quelques notes, qui nous paraissent avoir un intérêt soit au point de vue historique soit au point de vue pratique.

Au chapitre de la diphtérie, nous apprenons que la Société Royale de médecine de Paris en 1783 et Napoléon en 1807 avaient fondé des prix pour le meilleur travail sur le croup. Bretonneau fut le premier à accomplir avec succès une trachéotomie ; il s'agissait de la fille de son ami le Comte de Puységur, laquelle devint, vingt-quatre ans plus tard, la comtesse de Billy. Rolleston considère la description de la paralysie diphtérique de Trousseau comme la plus remarquable de toutes.

L'angine de Vincent aurait été fréquente pendant les guerres de la Révolution et de l'Empire. En 1818, Bretonneau observa à Tours, dans la Légion de Vendée, une épidémie qu'il confondit d'ailleurs avec la diphtérie. En 1855, pendant la guerre de Crimée, Bergeron publie sur ce sujet un travail devenu classique.

La première description de la coqueluche a été donnée en 1578 par Baillou sous le nom de *Tussis quintana*.

A un point de vue plus scientifique, deux chapitres sont particulièrement intéressants ; après les descriptions de la scarlatine, de la rougeole et de la rubéole, nous trouvons celles de la *Quatrième maladie* (ou maladie de Filatow-Dukes) et de la *Cinquième maladie* (ou érythème infectieux), à peu près incon-

nues en France et qui posent d'importants problèmes de pathologie générale.

En résumé œuvre de premier plan, bourrée de faits et d'idées, faisant une large place à la médecine française et dont la traduction aurait un vif succès dans notre pays. J. LAFONT.

Le Peintre Graveur illustré, par LOYS DELTEIL, 2, rue des Beaux-Arts, Paris-6e. En souscription : tomes XX à XXIX consacrés à HONORÉ DAUMIER.

Contenant la biographie et le portrait du Maître, le catalogue raisonné de son œuvre lithographié, avec le fac-simile de toutes les pièces décrites, la nomenclature et la description des états et des tirages, l'indication des collections publiques et privées possédant les pièces les plus belles et les plus rares de H. DAUMIER, ainsi que les prix atteints en vente publique depuis 1871 jusqu'à nos jours.

10 volumes in-4 renfermant un ensemble de quatre mille reproductions.

60 exemplaires numérotés, sur papier du Japon, souscrits.

1.000 exemplaires sur papier vélin, à 100 fr. le volume, soit pour les 10 tomes 1.000 fr.

Cet ouvrage est indispensable, non seulement aux amateurs d'estampes et aux bibliophiles, mais aussi aux collectionneurs et marchands de tableaux, car il permettra, par l'examen des illustrations, de rejeter quantité de dessins donnés comme authentiques et qui ne sont en réalité que des copies souvent médiocres de lithographies du maître.

Avis important : A l'apparition des deux premiers tomes — c'est-à-dire le 20 juin 1925, — les exemplaires restant à souscrire seront portés, à 1.200.

Les deux premiers tomes paraîtront le 20 juin 1925 et les suivants seront publiés à des dates très rapprochées. L'ouvrage sera terminé en décembre 1926.

Volumes précédemment parus : tome I : Millet Rousseau, Dupré, Jongkind. — Tome II : Ch. Meryon. — Tome III : Ingres, Delacroix. — Tome IV : A. Zorn. — Tome V : J. B. C. Corot. — Tome VI : Rude, Barye, Carpeaux, Rodin. — Tome VIII : E. Carrière. — Tome IX : E. Degas. — Tomes XXI : H. de Toulouse-Lautrec. — Tome XII : G. Leheutre (Tomes I à XII : *épuisés*). — Tome XIII : C.-F. Dauvigny (125 et 75 fr.). — Tomes XIV-XV : Fr. Goya, *épuisés*. — Tome XVI : J.-F. Raffaelli (100 fr.). — Tome XVII : C. Pissorro, Sisley, Renoir, *épuisés*. — Tome : XVIII : Th. Géricault (60 fr.).

Volumes en préparation : Tome XIX : Leys. H. de Braekeleer, Ensor. — Tomes XX à XXIX : H. Daumier. — Tome XXX : J. Frelaut. — Tomes XXXI-XXXII-XXXIII : J. M. N. Whistler. — XXXIV : Prudhon, Chassériau, Puvis de Chavannes, Gust-Moreau, etc.

L'Année pharmaceutique, par E. CANALS. In-8 : Prix 7 fr. 50. Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris-VIe.

Cet ouvrage, en raison des progrès constants intéressent tous ceux que touchent les branches médecine, laboratoires et pharmacie, s'imposait et il est heureux que ce fût un maître de Faculté de pharmacie qui le réalise, ce volume ne sera pas simplement apprécié des hommes de laboratoire, il portera jusqu'au modeste praticien des campagnes éloigné des foyers scientifiques et auquel les recherches bibliographiques sont à peu près impossibles ou tout au moins très difficultueuses, le complément nécessaire à son savoir, en lui montrant le palier du moment aux larges aperçus, atteint par la science qu'il applique journellement.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les Nerfs en schémas. Anatomie et physiopathologie, par A. PITRES et L. TESTUT, in-4e, 710 p., 41 pl. en coul., 164 fig. en noir : 150 fr. (Doin).

Thérapeutique des maladies vénériennes, par H. CARLE, in-8, 462 p., 35 fr. (Doin).

Arthrites tuberculeuses, par VIGNARD (Nouveau Traité de chirurgie), in-8, 458 p., 217 fig. ; 48 fr. (Baillière).

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1925, par le Dr WEITZ, in-16, 250 p. : 18 fr. (Baillière).

Formulaire des Spécialités pharmaceutiques, par le Dr LEGRAND, in-18, 900 p. : 25 fr. (Baillière).

Les Sécrétions internes, par E. GLEY. 3e éd., in-16, 100 p., 6 fr. (Baillière).

Thérapeutique radio active en médecine, par R. CRÉMIEU et CHEVALLIER, in-16, 100 p., fig. ; 8 fr. (Baillière).

Législation et jurisprudence médico-pharmaceutique, par G. PERREAU, in-8, 333 p., 20 fr. (Baillière).

Les Etats parkinsoniens et le syndrome bradykinétique, par H. VERGER, R. CRUCHET, ANGLADE et HESNARD, in-8, 205 p, 24 fig. ; 16 fr. (Baillère).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 19. Le Numéro : 50 Centimes 9 MAI 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 4 *mai*. — M. BARANGER. Tumeurs malignes de l'amygdale. — M. FRABOULET (A.). Présentation de la face dans le bassin rétréci. — Mlle MICHEL (M.). Les égagropiles du tube digestif chez l'homme. — M. CZETTEL (M.). L'orchidopexie transcrostale. — M. WILLOT. Les suppurations chez les diabétiques.

7 *mai*. — M. LOUET. La leuco sar. — M. BOEHLER. Etude de l'anesthésie générale par inhalation. — Mme JULY. Etude de la syphilis traumatique des os. — M. DIRIKS DYRE. Guérison spontanée de la luxation de la hanche. — M. GAUGH (H.). Etude des kystes hydatiques des côtes.

M. DESPAS (R.). Etude climatique du littoral breton. — M. GOURAUD (A.). Traitement de la syphilis. — M. MATTAS (J.). Purpura au cours du traitement de la syphilis. — Mlle SIMON (Y.). Essai sur l'histoire et l'évolution de la thalassothérapie. — M. LOUVEL. Considérations sur les varices des membres inférieurs et leur traitement.

(Thèses vétérinaires.) — M. BOURGÉS. Considérations pratiques sur l'étiogénie de la pneumonie.

9 *mai*. — (Thèses vétérinaires.). — M. MALLET. Contribution au diagnostic des affections cutanées du chien. — M. DROUIN. Prophylaxie de la morve.

Chaire d'épidémiologie au Collège de France. — Le Parlement vient de voter les crédits nécessaires à la création au Collège de France d'une chaire d'épidémiologie dont le titulaire sera le Professeur H. Vincent.

Hôpital Tenon. — *Conférences sur les maladies du système nerveux*. — Le Dr Clovis VINCENT fait, chaque mercredi, à 10 h, 15, à l'Hôpital Tenon (salle Gérando), une Conférence sur les maladies du système nerveux.

Ces conférences auront lieu pendant le second trimestre de l'année 1925.

Vacance d'un poste de directeur de bureau municipal d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Maisons-Alfort (Seine).

Le traitement alloué est fixé à 6.000 fr. par an.

Ecole de médecine de Limoges. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1925, devant la faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Petit V. E. M. des Etudiants aux Stations Hydrominérales pendant les vacances de la Pentecôte. — Un Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales aura lieu pendant les vacances de la Pentecôte, du vendredi 29 mai au lundi 1er juin inclusivement.

Le voyage est réservé aux Etudiants du Cours de Thérapeutique et aux internes des hôpitaux.

Les étudiants de la faculté de Paris, sous la direction des professeurs agrégés, F. Rathery et Harvier, visiteront les stations de Bourbon-l'Archambault, Néris, Chateauneuf et Vichy.

Ce voyage d'études sera fait de concert avec les étudiants de Lille, sous la direction du professeur Pierret et les étudiants de Montpellier sous celle du professeur Giraud.

L'Office national du Tourisme et l'Institut d'Hydrologie ayant accordé une subvention pour ce voyage, le prix à verser par chaque participant ne sera que de 100 frs.

Prière de s'inscrire immédiatement au laboratoire de thérapeutique de la Faculté en versant la cotisation de 100 fr.

Le nombre des participants est limité.

Un programme détaillé sera distribué aux participants, au laboratoire de thérapeutique à partir du 20 mai.

Hôpital Saint-Antoine. — Une semaine de gastrologie clinique à l'usage des médecins praticiens du 11 au 19 juin.

Le Dr Félix RAMOND, assisté des Drs Ch. JACQUELIN, DARQUIER, CORMAN, HIRCHBERG, DIZINE et BORCESCO, fera dans son service de l'hôpital St-Antoine du 11 au 19 juin une série de conférences sur l'ensemble des affections gastroduodénales et particulièrement sur les acquisitions nouvelles du traitement et du diagnostic.

Des travaux pratiques quotidiens préciseront les méthodes récentes d'exploration physique, chimique et radiologique.

Les conférences sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques verser un droit de 150 fr. en s'inscrivant auprès du Dr Jacquelin. Hôpital St-Antoine, salle Lorain.

Concours pour un emploi de suppléant à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 27 avril 1925, un concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie pathologique à l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira au siège de ladite école, le 5 novembre 1925.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Congrès Belge de Stomatologie. — A Bruxelles du 11 au 14 juillet 1925, organisé par la Société belge de stomatologie, à l'occasion du XXVe anniversaire de sa fondation.

Ce Congrès étant à participation internationale, comprendra des séances théoriques et des démonstrations.

Seront présentées les questions suivantes ; Focal infection, pathogénie et traitement des cancers de la bouche, rapport des vitamines avec l'appareil dentaire.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins belges et étrangers s'intéressant à la stomatologie, et admis par le Comité d'organisation ; 2° les praticiens de l'art dentaire, belges et étrangers, admis par le Comité d'organisation.

La cotisation est fixée à cinquante francs et donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès.

Le règlement ainsi que tous renseignements peuvent être obtenus, en écrivant à l'un des secrétaires :

Dr Boisson, 35, rue Belliard, Bruxelles.

Dr Polus, 18, rue du Commerce, Bruxelles.

Assemblée générale de l'Association française des Chirurgiens Dentistes. — L'Association française des Chirurgiens-dentistes s'est réunie en Assemblée générale le 19 avril 1925 à la Faculté de Médecine de Paris ; à l'issue de la séance, l'ordre du jour suivant a été adopté à l'unanimité :

L'Association française des Chirurgiens-Dentistes, réunie en assemblée générale le 19 avril 1925 à la Faculté de Médecine de Paris, après avoir pris connaissance d'un nouveau projet autonomiste en vue de la réforme des études dentaires, y oppose :

TRAVAUX ORIGINAUX

Rétention fœtale in utero

Par le Dr Henri VIGNES,
Accoucheur des hôpitaux de Paris.

Le 17 avril 1924, le Dr BEZOU, m'adressait Mme G..., âgée de 20 ans qu'il connaît depuis de longues années et qui, vraisemblablement, était en état de rétention d'un œuf mort.

Les *antécédents héréditaires* se réduisent à peu de choses, si nous exceptons le fait que les grands-pères maternels des époux G..., étaient frères et cet autre fait que l'un d'eux, le grand-père de Mme G..., est mort prématurément d'accidents étiquetés congestion cérébrale et qui étaient peut-être de nature syphilitique.

Les *antécédents personnels* de Mme G... se bornent à l'histoire de sa menstruation. Elle a été réglée pour la première

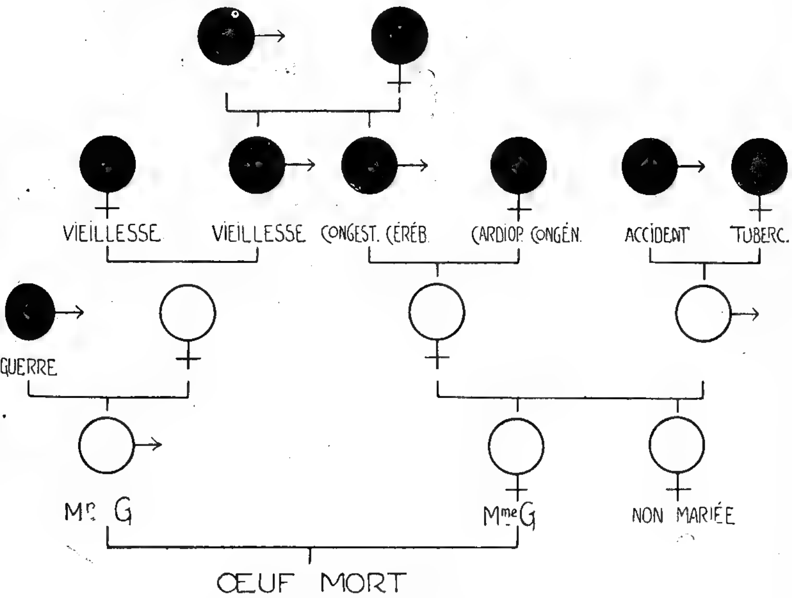


FIG. 1. — Antécédents héréditaires des époux G.

fois, un peu tardivement, à 15 ans (alors qu'elle habitait Paris et qu'elle allait à l'école). Ses règles duraient 5 jours et se reproduisaient avec un léger retard tous les 32 jours. Elles n'étaient pas douloureuses.

Mme G... s'est mariée le 11 octobre 1923 et elle a été réglée depuis à deux reprises suivant le même type, c'est-à-dire que le mariage n'avait pas eu sur elle cet effet de « choc conjugal » qui modifie le type menstruel et le rapproche du type « moyen ».

Signalons enfin que Mme G... a une excellente santé et en particulier que les circonstances climatiques n'ont aucune influence appréciable sur elle. Son aspect est normal ; cependant ses sourcils sont peu fournis.

Le *début de la gestation actuelle* remonte aux règles du 17 novembre et n'a été marqué d'abord par aucune anomalie. Mme G... qui, habituellement, n'est pas constipée a persisté dans cette régularité.

Un *premier incident* a eu lieu vers le 16 février (soit près de trois mois après les D. R.) : il s'est produit, pendant quelques jours, un écoulement hydro-hématorrhéique peu important.

Un mois plus tard, vers le 15 mars, *nouvel incident*, petite perte rose, puis rouge, accompagnée d'une poussée de congestion au niveau des conjonctives. Un médecin qui la voit à ce moment fait le diagnostic de gestation interrompue vers le troisième mois.

Le 17 avril 1924, c'est-à-dire cinq mois environ après les D. R., Mme G... va trouver le docteur BEZOU qui me l'adresse.

Je constate une hauteur utérine de 7 centimètres, chiffre inférieur à celui qu'on observe au troisième mois de la gestation et, par conséquent, bien inférieur à celui qu'on aurait dû trouver à quatre mois et demi ou cinq mois ; — un col mou ; — un corps utérin dur et irrégulier ; — rien dans le Douglas ; — aucune douleur à l'examen des voies génitales et de l'hypogastre.

Le *diagnostic* de rétention d'œuf mort est très vraisemblable : 1° l'utérus est plus petit que ne l'indique la date des D. R. ; 2° il a, semble-t-il, diminué de volume ; 3° il est de consistance ferme. D'autre part, l'œuf est bien dans l'utérus ; l'absence de douleurs dans les commémoratifs et au cours de l'examen, les renseignements fournis par l'examen permettent d'éliminer la gestation extra-utérine.

Il convient de rappeler que l'on doit toujours penser à une gestation extra-utérine en cas de rétention prolongée d'un œuf mort.

Ce principe est des plus impérieux au fur et à mesure qu'il s'agit d'une gestation plus avancée.

Nous déconseillons formellement à Mme G... toute intervention destinée à interrompre l'état de rétention.

Il faut avoir la sagesse de s'abstenir en cas de rétention d'un œuf mort, quelque sollicitation que l'on fasse de vider l'utérus de son contenu, — et ce pour les raisons suivantes :

1° l'état de rétention est presque toujours bien supporté du moins tant que l'œuf est fermé (car dès qu'il est ouvert, il peut se produire une infection des tissus ovulaires et fœtaux lesquels sont dévitalisés : or, de ce fait, on voit se développer une putréfaction massive et rapide) ;

2° l'interruption provoquée de la gestation expose, par une erreur de diagnostic toujours possible, à interrompre une gestation bien vivante avec simple retard de développement du fœtus ;

3° les manœuvres nécessaires pour vider l'utérus comportent un gros risque d'ouvrir l'œuf, de l'infecter et de provoquer ces accidents de physométrie dont nous parlions plus haut ; ceux-ci sont alors imputables à l'action médicale et cette complication grave, consécutive à une intervention inutile, engage gravement la responsabilité du médecin.

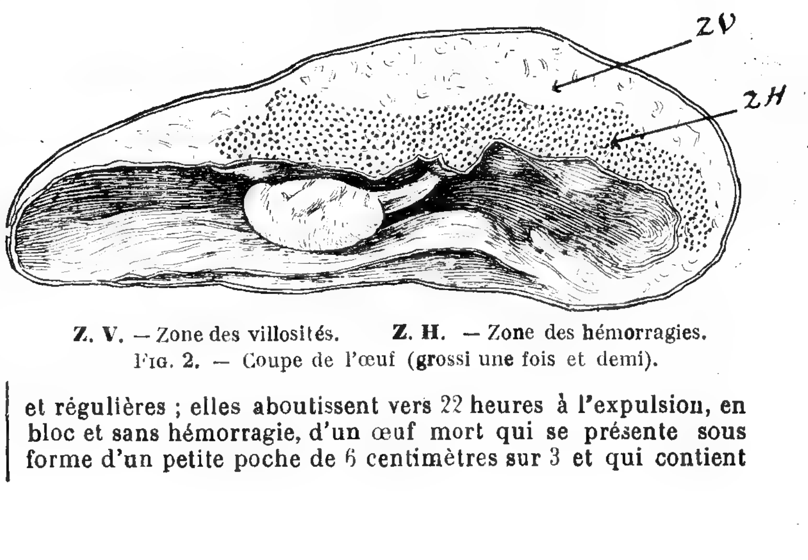
Il va de soi que si l'œuf est ouvert, il convient au contraire d'évacuer l'utérus le plus rapidement possible.

De plus, nous conseillons à Mme G... de s'abstenir des rapports sexuels et des injections vaginales.

Cette prescription est très utile : il faut laisser le muscle utérin au repos et éviter tout ce qui peut réaliser une contamination du col utérin par les germes extérieurs.

Nous conseillons également à Mme G... de renoncer à un voyage qu'elle comptait faire à Nice.

La *fausse couche* s'est produite le 17 mai (176 jours après le dernier jour des D. R.) vers midi. Les douleurs sont fréquentes



Z. V. — Zone des villosités. Z. H. — Zone des hémorragies.
FIG. 2. — Coupe de l'œuf (grossi une fois et demi).

et régulières ; elles aboutissent vers 22 heures à l'expulsion, en bloc et sans hémorragie, d'un œuf mort qui se présente sous forme d'un petite poche de 6 centimètres sur 3 et qui contient

environ 10 centicubes d'un liquide roussâtre, épais, filant, sans odeur.

Mme G... s'est rétablie parfaitement et elle est actuellement au cours d'une nouvelle gestation.

Il nous restait à démêler les causes de cette mort in utéro ; pour compléter notre documentation, nous nous sommes adressés aux réactions sérologiques et l'examen de l'œuf.

La réaction de Wassermann pratiquée en 1924 avec le sérum de Mme G... a été faiblement positive.

L'*examen macroscopique* de la pièce, montre que la paroi est formée d'une partie placentaire et d'une partie membraneuse

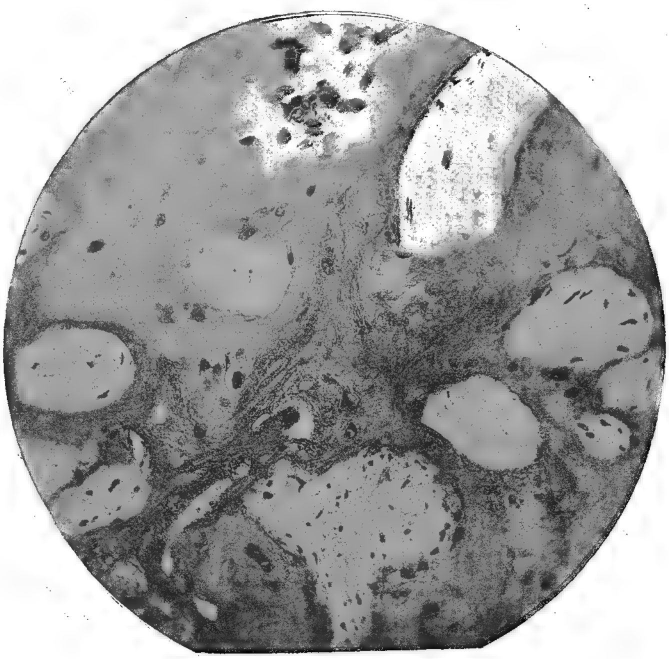


Fig. 3. — Villosités mortes dans une gangue de cellules déciduales.

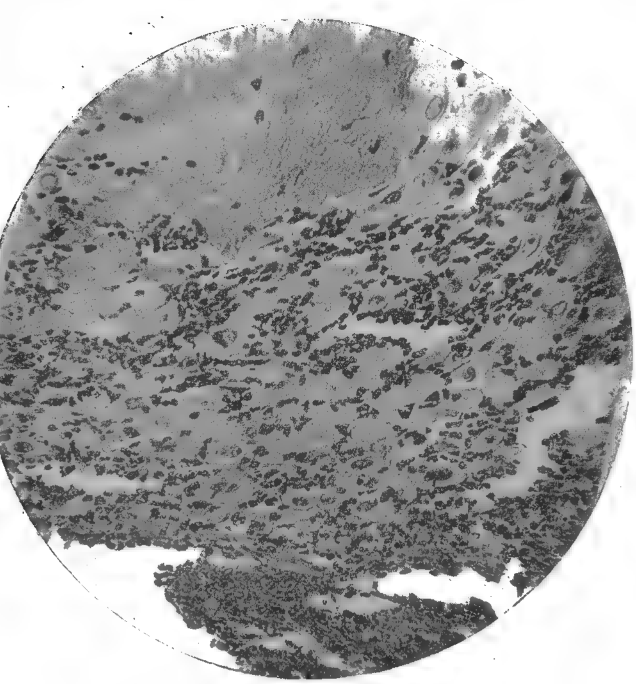


Fig. 4. — Infiltration hémorragique de la caduque.

— que la partie placentaire est le siège d'une forte hémorragie — qu'il existe un embryon de 11 millimètres relié à l'amnios par un cordon relativement épais et long de 6 millimètres, et enfin que la caduque, éliminée plusieurs heures après la fausse couche, est assez épaisse.

L'*examen microscopique* de la pièce que j'ai pratiqué à plusieurs reprises avec M. Durante et avec M. Roger Leroux, nous a permis de faire les constatations suivantes :

la presque totalité des villosités est avasculaire ;

un très grand nombre ont perdu leur revêtement cellulaire et les autres sont revêtues de cellules en voies de désintégration ;

le stroma des villosités est remplacé par des fibrilles concentriques de tissu conjonctif, avec quelques cellules fusiformes réalisant un état de sclérose ;

ces villosités sont entourées d'une gangue constituée par de la fibrine, mais surtout par un tissu décidual, tantôt assez net encore, tantôt presque dégénéré et où seuls quelques noyaux témoignent de la gangue ;

dans la partie de la caduque qui n'est pas comprise entre les villosités, il y a des hémorragies collectées ou intersticielles.

Les données sur lesquelles nous pouvons fonder notre diagnostic sont les suivantes :

consanguinité chez les ascendants (les deux mères sont cousines germaines) ;

diagnostic possible mais nullement prouvé de syphilis chez un grand-père mais sans autre marque de syphilis familiale ;

réaction de Wassermann faiblement positive chez Mme G... ;

puberté tardive, règles espacées et sourcils peu fournis qui peuvent faire penser à un léger degré d'insuffisance thyroïdienne ;

deux métrorragies au cours de la gestation ;

villosités mortes, scléreuses et avasculaires ;

hémorragies dans la caduque et dans la paroi de l'œuf.

Devons-nous faire jouer un rôle à la consanguinité ? Il est bien difficile de répondre à cette question.

Il semble bien démontré que la consanguinité en additionnant des potentialités héréditaires de même nature pathologique constitue une menace redoutable pour le produit de la conception. Dans le cas présent, nous ne voyons pas la nature de cette « malédiction » héréditaire.

Evidemment, on peut supposer un gène léthal resté récessif et qui se révèle par l'union de deux consanguins. Mais nous sommes là en pleine hypothèse ; une telle explication pourrait se vérifier dans certaines espèces animales par les méthodes génétiques actuelles ; mais dans l'espèce humaine, il faut avouer que nous n'avons aucune donnée pour faire la preuve.

Il est peu probable que la consanguinité, en soi, sans tare héréditaire, ait une action néfaste. Telle est du moins l'opinion de la plupart des généticiens. Pour être complet je dois vous citer un travail de Douglas Murphy (1) concernant une famille où sept mariages ont été contractés entre cousins germains ou issus de germains. Or, dans cette famille, on ne trouve aucune tare... excepté une mortalité infantile anormalement élevée et cette mortalité est plus élevée chez les cousins germains que chez les issus de germains. Je vous rappelle cette observation à titre documentaire et sans songer à l'appliquer au cas présent.

Il est possible et même probable que Mme G. soit syphilitique. L'origine de cette *syphilis* nous échappe : remonte-t-elle à son grand-père ? L'hypothèse est admissible, mais non prouvée.

Cette syphilis est-elle la cause directe de l'avortement ? Ce problème est complexe.

(1) *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, juillet 1924.

Voyons si nous pouvons trouver quelque fondement à une telle interprétation dans l'examen histologique.

Un placenta syphilitique, lorsqu'il est vivant, se caractérise par les traits suivants :

hypertrophie des villosités par œdème, par infiltration cellulaire et par augmentation du nombre et du calibre des vaisseaux ;

hypertrophie du revêtement des villosités ;

constance des lésions vasculaires, portant sur la tunique interne et la tunique moyenne, assez fréquemment néo-formation de vaisseaux par un mécanisme compensateur ;

ultérieurement, les vaisseaux lésés s'oblitèrent, le stroma devient fibreux, l'épithélium tombe et il se produit des coagulations autour des villosités ; nous sommes alors au stade de l'œuf mort ;

on a dit enfin que la caduque était infiltrée de leucocytes.

Dans l'œuf mort que je vous présente, peut-on dire que l'on trouve des vestiges de ce processus ? Peut-on dire, en particulier, que l'on trouve une trace de ces lésions vasculaires ? peut-on dire qu'il existe dans la caduque ces infiltrations leucocytaires si fréquentes dans la syphilis ? Non. Nous avons affaire à un œuf mort, mais rien ne permet d'affirmer la syphilis.

Je crois, pour ma part, pouvoir éliminer la syphilis, en tant que cause directe de la mort ; nous verrons cependant tout à l'heure qu'elle n'est peut-être pas absolument innocente.

Nous pouvons éliminer avec certitude l'albuminurie : Mme G... n'était pas atteinte de néphrite avant sa gestation et n'a présenté aucun signe d'albuminurie gravidique, affection qui ne s'observe guère d'ailleurs qu'à la fin de la gestation.

Il nous reste maintenant à examiner la grande cause des avortements, c'est à savoir l'endométrite.

Sous ce nom, on a réuni des états morbides très divers que peut présenter la muqueuse utérine au cours de la gestation et, pour tout dire, on a mis sous cette rubrique presque toute la pathologie de la caduque. En réalité, comme Seitz, comme moi-même avec mon ami Cornil, comme Riotte, avons tenté de le faire. les cas d'endométrite demandent à être regroupés suivant une classification plus conforme à la nature de chacun d'eux.

Les endométrites sont quelquefois de nature infectieuse, soit que l'infection provienne des voies génitales, soit qu'elle ait été amenée par voie sanguine. C'est à ces cas que le mot d'endométrite avec sa terminaison en *ite* devrait être réservé.

Dans d'autres cas, il s'agit de congestion utérine.

Dans d'autres cas encore, et ce sont les plus nombreux, il y a, pour toute lésion, une hyperplasie de la caduque, dont la signification biologique reste à préciser. La caduque, muqueuse en évolution, formée de cellules qui sont encore jeunes et de cellules dont le rôle physiologique se termine, est un tissu en voie de perpétuel remaniement. Elle peut être influencée dans ses métamorphoses par le régime circulatoire de l'utérus, elle peut être influencée par la composition du sang, elle peut être influencée enfin par une action des tissus ovulaires.

Parmi les produits métaboliques et parmi les hormones que lui amène le sang, il est vraisemblable que les produits dus à un fonctionnement imparfait des glandes endocrines sont spécialement susceptibles de la modifier profondément.

En particulier, il est probable qu'il existe des endométrites par hyperovarie et d'autres par hypothyroïdisme.

Toutes ces endométrites, lorsqu'elles sont très intenses et lorsqu'elles s'étendent à la caduque inter utéro-placentaire, peuvent gêner le développement des villosités et leur nutrition : elles réalisent ainsi une atrophie scléreuse de ces villosités que jadis Robin a décrite dans diverses éventualités physiologiques ou pathologiques.

Pour ma part, le cas présent me semble relever de ce groupe, tant par ses caractères histologiques (atrophie scléreuse, absence d'inflammation, richesse de la caduque, hémorragies), que par l'existence des métrorragies, observées à deux reprises avant l'avortement, à un mois d'intervalle.

La cause de cette endométrite doit être recherchée, pour moi, soit dans une sorte « d'ataxie » ovarienne, due au commencement de la vie sexuelle, soit à un léger degré d'insuffisance thyroïdienne ; ovaire fragile, thyroïde insuffisante, ces deux troubles sont d'ailleurs susceptibles de relever d'une même cause, c'est à savoir la syphilis que je récusai tout à l'heure comme cause directe de la fausse couche, mais qui rentre en scène par cette voie détournée.

J'ai soumis cette hypothèse d'un trouble endocrinien au docteur Bezou qui connaît depuis longtemps cette jeune femme. Il l'a adoptée complètement : pour lui, l'insuffisance thyroïdienne est certaine, car cette jeune femme, jusqu'à l'âge de 16 ou 17 ans, est restée étonnemment molle, lymphatique et d'intelligence paresseuse.

Il nous reste à envisager l'avenir obstétrical de cette jeune femme. Est-elle condamnée à de semblables accidents ? Peut-être oui, mais plus probablement peut-être non.

La gestation, qui a été ainsi interrompue, a dû stimuler les glandes endocrines et à défaut du « choc conjugal », elle a pû réaliser une maturation de tout l'organisme et une meilleure adaptation à la fonction reproductrice.

D'ailleurs Mme G. est actuellement enceinte : ses dernières règles remontent au 25 août 1924. Elle a présenté fin septembre des nausées et quelques vomissements, tous symptômes qui se sont accentués vers le 1er novembre pour diminuer ensuite. En octobre et en novembre, elle a présenté quelques épistaxis. Elle approche actuellement du terme de sa gestation et son enfant est vivant.

M. Bezou traite vigoureusement sa syphilis par l'arsenic et par le mercure, cependant qu'un traitement iodé est plus spécialement dirigé contre la maladie de la caduque et des glandes endocrines.

Le traitement antisyphilitique est de rigueur dans un tel cas, il n'est pas besoin d'insister sur ce point. Peut-être à lui seul suffirait-il. Il est pourtant indiqué, en plus de ce traitement causal, d'agir contre les éléments pathologiques intermédiaires, telle, dans ce cas, l'insuffisance thyroïdienne.

Catalogue général du musée de sculpture comparée du Trocadéro, par C. Enlart et J. Roussel. 1 vol. in-8, 32 pl. Prix : 7 fr. 50. (Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris.)

Dans ce premier volume, les auteurs indiquent et analysent d'une façon très détaillée tous les monuments appartenant à l'art gallo-romain, à l'antiquité chrétienne, à l'art carolingien et à l'art roman. C'est une véritable histoire de la sculpture de cette époque.

En outre, trente-deux planches avec légendes détaillées reproduisent les monuments les plus caractéristiques de cette époque : le portail d'Autun, les sculptures de la cathédrale de Chartres, de l'Eglise de Vezelay, de Moissac, etc.

Un tel ouvrage est indispensable à tous ceux qui s'intéressent à l'art français.

Valeur de l'électrothérapie dans le traitement du goitre exophtalmique

Par Yves HÉLIE.

L'électrothérapie, dans le traitement du goitre exophtalmique, qui eut autrefois son ère de prépondérance, est ensuite tombée injustement dans l'oubli quand elle fut détrônée en 1902 par la radiothérapie, ainsi que j'ai eu l'occasion de le signaler déjà (1).

Dans le chapitre de ma thèse consacré à la *pathogénie* j'ai exposé les théories classiques : sympathique et glandulaires (hyperthyroïdienne, dysthyroïdienne, polyglandulaire) et j'ai cru pouvoir conclure qu'il ne faut pas séparer aussi artificiellement ces diverses théories qui, par beaucoup de points, se rencontrent. C'est sur une pathogénie d'ordre *neuro-glandulaire* qu'il faut se fonder pour tirer des indications thérapeutiques par l'électricité.

L'étude des *épreuves fonctionnelles* donne des renseignements pour le choix et la conduite du traitement.

Deux surtout sont à retenir : l'épreuve à l'adrénaline de Gœtsch, et la recherche du métabolisme basal.

MM. BOURGUIGNON et TARNANCÉANU réservent le traitement radiothérapique aux cas de Gœtsch positifs.

M. DELHERM pratique systématiquement l'examen du métabolisme basal et se guide sur son retour vers la normale pour arrêter le traitement.

Si nous passons en revue les différents traitements appliqués au goitre exophtalmique, nous verrons que leur valeur relative n'est pas telle qu'on doive les considérer comme constamment efficaces ou constamment dépourvus de danger.

Le *traitement chirurgical* a une mortalité élevée ; il est de moins en moins pratiqué en France et semble en effet ne devoir être réservé qu'aux cas où des accidents aigus commandent une intervention rapide.

Le *traitement médical* manque souvent d'indications précises : aussi a-t-on essayé toutes les médications chimiques en s'attaquant surtout aux symptômes ; de là les échecs fréquents.

Il faut retenir cependant le salicylate de soude (CHIBRET) et les sels de quinine (LANCEREAUX).

A signaler enfin dans l'*organothérapie* : l'hémato-éthyroïdine, et, dans l'*opothérapie*, les extraits d'hypophyse et d'ovaire. L'opothérapie thyroïdienne est d'application délicate et souvent dangereuse.

Les ressources de la physiothérapie sont multiples.

La *curiethérapie* n'est pas entrée dans la pratique courante.

La *radiothérapie*, très répandue, donne d'excellents résultats, mais peut, dans certains cas, être vouée à des échecs.

L'*électrothérapie* est une méthode très ancienne. Elle fut longtemps classique à la suite des travaux de CHARCOT et de VIGOUROUX (1885).

Les *traitements généraux* consistent en application de bain statique, de bain sinusoïdal et de lit condensateur ; ce sont surtout des adjuvants qui ne s'adressent qu'à certains cas.

Les *traitements locaux* comportent des applications de :
courant faradique (méthode de VIGOUROUX) ;
courant galvanique (JOFFROY, 1894) ;
galvano-faradisation (DELHERM et LAQUERRIÈRE).

Enfin certains auteurs associent avec avantage l'électrothérapie et la radiothérapie (DELHERM, BELOT, ZIMMERN, DUHEM, MÉNARD, FOUBERT).

Dans le service de M. MAINGOT, au laboratoire central d'électro-radiologie de Laënnec, j'ai traité par la galvanisaion pure 30 cas de goitre exophtalmique.

La *technique* est très simple. Il suffit d'une source de courant continu de 90 volts et deux électrodes spongieuses trempées dans l'eau chaude : l'une, de 10 cm. sur 7 cm. *négative*, est appliquée sur la région antéro-latérale du cou, l'autre de 20 cm. sur 10, *positive*, sur la région interscapulaire.

Le courant est distribué graduellement à l'aide d'un rhéostat. Dans les premières séances, l'intensité ne dépasse pas 5 à 7 mA. ; la durée de l'application est de 10 minutes. Dans les séances suivantes, on monte à 15 mA., pendant 20 minutes, — dose à laquelle on se maintient jusqu'à la fin du traitement — 3 séances par semaine ; après 20 séances, repos un mois.

Généralement une deuxième série pratiquée dans les mêmes conditions est nécessaire ; quelquefois une troisième.

En moyenne, on peut évaluer à 8 ou 10 mois la durée totale du traitement.

Il n'existe pas de contre-indication à l'emploi de cette méthode : rien à craindre pour les parathyroïdes ; pas de shock, pas d'hémorragies, pas d'infection, pas de myxœdème.

Localement, l'esthétique est toujours respectée : pas de cicatrice, pas de télangiectasies, pas de radiodermite.

L'*action du courant continu* se manifeste dès le début par une diminution du goitre et par une transformation de l'état général ; les troubles subjectifs, si pénibles, disparaissent ; le sommeil revient ; l'appétit est meilleur et le poids augmente ; le tremblement, les troubles de la menstruation, la tachycardie s'atténuent ou disparaissent.

L'exophtalmie est plus tenace, mais heureusement influencée en général.

L'étude des 30 cas mentionnés précédemment a donné les résultats suivants :

Très bons résultats	44,4 %
Bons résultats	44,4 %
Assez bons résultats	7,4 %
Echecs	3,8 %

Les résultats *très bons et bons* comprennent donc près de 89 % *des cas*.

Il est intéressant de constater que, parmi ces malades, 10 avaient été traités antérieurement sans succès par les rayons X.

Divers auteurs, en particulier M. DELHERM et M. PORTRET ont rapporté des cas de succès dus à l'électrothérapie après échec des rayons X.

Conclusions. — L'électrothérapie a une efficacité comparable à celle des rayons X.

Utilisée seule, elle donne d'excellents résultats, et de plus, dans certains cas où la radiothérapie avait échoué, elle s'est souvent montrée efficace.

Enfin, c'est une méthode d'une *innocuité parfaite* et qui, de longue date, a fait ses preuves.

Elle ne mérite donc pas l'oubli dans lequel elle est tombée et doit être mise en œuvre avant tout autre traitement.

(1) YVES HÉLIE. — De la valeur comparative de l'électrothérapie et des autres procédés thérapeutiques utilisés dans le goitre exophtalmique. *Thèse* de Paris 1924. — ST. PORTRET et Y. HÉLIE. Sur le traitement électrique du goitre exophtalmique. *Journal de Radiologie et d'Electrothérapie*, février 1925, pp. 55-66.


RHODAZIL
Rhodazil
Solution alcoolique
Aromatisée de
BENZOATE DE BENZYLE
Antispasmodique puissant
Absence de Toxicité et
d'Effets secondaires nuisibles
Asthme vrai
Hoquet persistant
Dysménorrhée
Angine de poitrine
Angiospasmes
Hypertension
Coqueluche
Mal de Mer
GOÛT AGRÉABLE
DIGESTION AISÉE
Laboratoire des Produits
"USINES DU RHÔNE"
21, Rue Jean-Goujon, PARIS (8e)
RHODAZIL
R.C. SEINE 104.380

MÉDECINE PRATIQUE

Emploi de l'insuline chez les femmes enceintes diabétiques

On a signalé depuis longtemps chez les femmes enceintes la fréquence de la glycosurie après l'absorption d'une certaine quantité de glucose et les opinions les plus diverses ont été émises pour expliquer ce phénomène. Certains ont parlé de diabète rénal, d'autres de glycosurie alimentaire. Pour mettre la question au point, à la lueur des idées nouvelles, Ehrenfest vient d'étudier d'une part les changements fonctionnels survenant au cours de la gestation, dans les organes chargés du contrôle du métabolisme du sucre : foie, glandes endocrines, système neuro-végétatif ; d'autre part les conditions pathologiques ou autres permettant au glucose de se retrouver dans les urines (1).

Foie.

On parle beaucoup encore du foie de la gestation comme d'une entité morbide physiologique. En réalité, les expériences destinées à explorer son fonctionnement se révèlent peu convaincantes. Staub et Rosenberg ont montré que l'absorption de sucre stimule la fonction hépatique et ne permet pas de reconnaître les foies insuffisants. Gottschalk et Strecker étudiant les effets du lévulose ont constaté une glycosurie fréquente chez les femmes enceintes, mais Hetenyi et Lieberman estiment qu'il s'agit là d'une perméabilité rénale exagérée pour le sucre. Le test de Widal, en admettant qu'il soit toujours positif en cas de gestation et qu'il ait une valeur propre, démontrerait seulement une insuffisance de la fonction protéopeptique. L'épreuve de la phénoltétrachlorophtaléine ne donne des résultats appréciables que dans les cas de toxémies.

Il en résulte qu'actuellement, nous ne possédons aucune méthode permettant d'explorer la fonction hépatique ; rien ne permet donc *à priori* d'affirmer l'insuffisance du foie pendant la gestation.

Glandes endocrines.

a) *Thyroïde*. — Dans 75 à 80 % des cas, on note une augmentation de volume du corps thyroïde chez les femmes enceintes ; sans doute leur état nécessite-t-il une augmentation des hormones thyroïdiennes. Cette hyperactivité semble donc physiologique au cours de la gestation ; on sait qu'elle détermine toujours une augmentation du métabolisme des H. de C.

b) *Parathyroïdes*. — La gestation appelle un supplément d'hormones parathyroïdiennes, des cas de tétanie survenant pendant la gestation chez des insuffisantes parathyroïdiennes en sont la preuve ; mais on ignore si cette hyperactivité a un rôle dans les anomalies des H. de C. pendant la gestation.

c) *Surrénales*. — La sensibilité de la femme enceinte à l'adrénaline a été démontrée de bien des façons, elle fait l'objet d'une épreuve spéciale pour le diagnostic précoce de la gestation. Ces faits permettent de supposer que les surrénales des femmes enceintes sont en état d'hyperactivité et qu'elles jouent un rôle important dan l'abaissement de la tolérance du sucre.

d) *Ovaires*. — L'action physiologique de l'ovaire est encore très mal connue, les hormones diverses qu'il contient sont difficiles à isoler. Cependant Fellner prétend avoir mis en évidence une hormone capable d'empêcher la production de la glycosurie par l'adrénaline, non pas directement mais par l'intermédiaire du pancréas. Les expériences de Kuestner montrent que les ovaires sont seuls responsables de la glycosurie provoquée de la gestation et que c'est le corps jaune qui agit dans ce trouble du métabolisme.

e) *Pituitaire*. — Son volume est toujours augmenté, parfois doublé ou triplé pendant la gestation ; des troubles visuels, comme l'hémianopsie bilatérale, sont dus à une compression du chiasma par la glande hypertrophiée. Loehlein estime que 80 % des femmes enceintes présentent à la fin de leur gestation une diminution du champ visuel et que 10 jours après l'accouchement, alors que l'hypophyse a retrouvé son volume normal, les troubles visuels disparaissent.

Comme l'hyperpituitarisme s'associe toujours avec un abaissement de la tolérance pour les hydrates de carbone, on peut penser que pendant la gestation la glande pituitaire joue un rôle important dans la production de la glucosurie.

f) *Pancréas*. — Sous l'influence de la gestation un certain nombre de changements surviennent. Cantoni et Jones ont montré la diminution de l'action protéolitique et lipolytique telle qu'on l'observe dans le diabète vrai.

Carlson, Lafon, Falco, ont étudié l'action vicariante du pancréas fœtal suppléant l'insuffisance maternelle.

Les enfants nés de mères diabétiques selon Schauta et Wolf seraient candidats au diabète précoce ou succomberaient *in utero* à cette affection ; bien des auteurs ne partagent pas cette opinion.

En réalité, il est impossible de mettre en évidence de façon certaine une altération physiologique de la fonction pancréatique chez la femme enceinte. Le pancréas du fœtus fonctionne pour son propre compte, il n'y a aucune preuve du passage des hormones des îlots de la mère à l'enfant ou vice-versa. On peut supposer, en accord avec la loi de diffusion, qu'une grande quantité de sucre de la mère diabétique passe à travers le placenta, mais que le fœtus est capable de transformer lui-même cet excès d'H. de C. ce qui explique son poids élevé en général. Un enfant né de mère diabétique montre rarement des signes de diabète ou de glycosurie à la naissance.

Système neuro-végétatif.

Le sympathique présente-t-il une irritabilité particulière pendant la gestation ? Aschner, Hotzfeld, Bauer, ont tendance à le croire. Il est certain que pendant cette période, la thyroïde, les surrénales, l'hypophyse, sont en hyperfonctionnement et qu'elles reçoivent leur stimulation du sympathique. Il est vrai qu'on a de plus en plus tendance à admettre (Dresel et Lewg) l'existence, dans le système nerveux central, d'un centre régulateur du métabolisme des H. de C.

Maintien de la concentration du sucre du sang.

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que chez la gestante en bonne santé le chiffre de la glycémie varie dans des limites normales. Donc le mécanisme réglant la concentration du sucre dans le sang n'est pas altéré pendant la gestation, malgré l'accélération de la

(1) Hugo Ehrenfest. — Carbohydrate métabolism during pregnancy and the value of insulin to the obstetricien (Métabolisme des hydrates de carbone et valeur de l'insuline pour l'obstétricien) (in : *The American Journal of Obstetrics and Gynecology.*, vol. VIII, n° 6, décembre 1924.)

mobilisation du sucre sous l'influence de certains changements endocriniens. Pourquoi la glycémie n'accompagne-t-elle pas la glycosurie ? Ici revient la question du seuil rénal.

Seuil rénal pour le sucre.

Chacun connaît les variations du seuil rénal chez un même individu, son abaissement instantané sous des influences diverses : émotions, injection d'extraits d'organes ou de produits médicamenteux. Sans doute ces variations dans le seuil sont-elles sous la dépendance du centre régulateur de la glycogénèse et de la glycogénolyse. Pendant la gestation, où sous l'influence d'une hyperactivité de certaines glandes endocrines, la quantité du sucre mise en liberté est plus élevée que normalement, l'abaissement permet d'éviter la surcharge dans l'organisme et la glycémie concomitante.

Types de glycosurie.

L'abaissement du seuil rénal pour le sucre et la facilité avec laquelle la femme enceinte présente de la glycosurie ont souvent préoccupé les obstétriciens qui ont, à tort, parlé de diabète rénal ou de glycosurie alimentaire.

Dans le diabète rénal, le rein seul est en cause et laisse constamment filtrer une certaine quantité de sucre. Chez la femme enceinte, diverses glandes endocrines sont en cause et la glycosurie ne se produit que sous l'influence d'une ingestion exagérée de sucre.

Dans la glycosurie alimentaire clinique, il y a un trouble du métabolisme pour tous les aliments hydrocarbonés pris en certaine quantité, un abaissement général de la tolérance pour les sucres. Chez la femme enceinte, il n'en est pas de même, elle ingère pour ses besoins personnels une grande quantité de H. de C. sans glycosurie consécutive, elle ne montre une faiblesse du métabolisme que lorsqu'il lui faut ingérer une forte dose de glucose, lévulose, amidon, et cette faiblesse est liée simplement à l'abaissement protecteur du seuil rénal.

Diabète.

Le diabète vrai se rencontre parfois pendant la gestation, semble même débuter à cette époque ; dans ces cas on peut être sûr que la gestation n'a été qu'une cause occasionnelle de la maladie, la cause réelle étant une fonction pancréatique antérieurement déficiente.

Il est nécessaire de dépister les petites insuffisances dès le début de la gestation pour éviter la transformation d'une légère insuffisance fonctionnelle en une lésion pathologique définitive et permanente.

Les analyses d'urines et les courbes de la glycémie permettent de bonne heure d'instituer un traitement convenable s'il y a lieu.

Traitement du diabète pendant la gestation.

Les cas très graves sont incompatibles avec une gestation, l'obstétricien n'aura donc pas à les traiter. La partie essentielle du traitement réside dans l'institution d'un régime convenable, ce qui est assez délicat la femme enceinte ayant grand besoin de H. de C. et faisant facilement des accidents acétonémiques. Si le régime ne suffit pas il faut administrer de l'insuline sans crainte, la femme la supporte très bien et le fœtus n'en souffre nullement. Le poids de naissance est normal, le liquide amniotique en quantité suffisante et la parturiente se trouve dans des conditions générales lui permettant de supporter tous les risques possibles d'un accouchement.

En somme : sous l'influence de la gestation, pour répondre aux besoins du fœtus, l'assimilation du sucre chez la femme enceinte est augmentée et accélérée sous l'influence de certaines glandes endocriniennes. Malgré cette augmentation, la concentration du sucre dans le sang reste dans des limites normales, car le seuil d'excrétion du rein pour le glucose est automatiquement abaissé, afin de parer aux dangers possibles d'une glycémie. Cet abaissement du seuil est mis en évidence par la glycosurie consécutive à l'ingestion de glucose, lévulose, dans des proportions qui restent sans effet chez la femme en dehors de la gestation. Cette glycosurie transitoire ne prouve ni diabète rénal, ni glycosurie alimentaire dans le sens habituellement donné. Le diabète vrai est sous la dépendance d'un trouble pancréatique, il peut apparaître pendant la gestation il est justifiable à cette période du traitement par le régime et par l'insuline.

Ce bref résumé de l'important travail d'Ehrenfest comporte un grand intérêt pour la physiologie de la gestation et un grand intérêt pratique, parce qu'il légitime l'emploi de l'insuline.

Il est à rapprocher du travail de Rathery, paru ici-même, et du mémoire de Vignes et Barbaro (*Presse médicale*, 20 déc. 1924) sur la glycosurie observée pendant la gestation.

Ainsi que l'a bien montré Reinhardt, le diabète n'est pas aggravé forcément par la gestation, du moins dans ses deux premiers tiers. Mais souvent, il se produit de l'hydramnios et beaucoup de fœtus meurent. L'acidose et le coma menacent toujours la femme, et lorsque le coma se produit, il n'y a pas moyen d'en venir à bout (1).

D'autre part le diabète « fait » de gros enfants, et c'est ici le lieu de rappeler le cas de Demelin et Fouquiau, d'un fœtus qui pesait 12 livres 100 grammes et mesurait 56 centimètres. La femme arriva en travail à la Maternité de Tenon avec un sommet engagé : il fut impossible d'entendre les bruits du cœur. Une application de forceps permit l'extraction de la tête.

Mais le dégagement des épaules fut laborieux : le bras antérieur ne put être abaissé qu'à la suite d'une fracture de l'humérus ; le bras postérieur fut alors facilement amené à la vulve et le dégagement du tronc se fit rapidement. Le bi-acromial mesurait 19 cent 5. Dans les jours qui suivirent l'accouchement, on constata dans les urines, une assez grande quantité de sucre à trois reprises différentes (27-45-48 gr.

Contre le danger que présentent ces gros enfants, contre le danger d'intoxication grave, une nouvelle ressource thérapeutique était nécessaire pour le cas des femmes diabétiques enceintes : l'insuline prudemment maniée répond à cette nécessité.

M. L. Lavedan

(1) Reinhardt. — Diabète et gestation. (*Zeitsck. f. Geb. und Gyn.*, Stuttgart, 25 janvier, 1919, p. 81).

VARIÉTÉS

Les transferts des aliénés de la Seine dans les asiles de province

Par le Dr A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

C'est là une question qui intéresse tous les médecins des asiles, aussi bien que les malades dont ils ont mission de défendre les intérêts.

En 1838, tous les aliénés de la Seine étaient traités à Bicêtre et à la Salpêtrière. Mais, dès 1844, l'encombrement de ces deux établissements obligea à transférer un certain nombre de malades en province. Le premier traité, passé avec l'Asile d'Armentières, date du 25 octobre 1855. Depuis cette époque, plus nombreux, chaque année, ont été les aliénés parisiens ou étrangers à la Seine qui, par convois, ont été hospitalisés dans les asiles départementaux.

Actuellement, les transferts se font par les soins de la préfecture de la Seine, après demande des directeurs des établissements provinciaux.

Des listes de malades à transférer sont demandées aux médecins des Asiles de la Seine et l'Administration prescrit de ne pas mentionner sur ces listes les aliénés gâteux ou impotents au point d'être alités, ou trop agités. Les malades très visités par leurs familles, et aussi les malades très recommandés par un ou plusieurs personnages politiques sont écartés des listes, de même que les aliénés ayant commis un homicide et susceptibles de s'évader, doivent aussi, d'après les recommandations de la préfecture de police, être maintenus dans les asiles parisiens, où il existe, d'ailleurs, une section spéciale à Villejuif, pour les aliénés criminels.

On ne tient pas compte, dans ces prescriptions et dans les ordres de transferts, du pays d'origine de l'aliéné et le résultat de cet oubli est l'envoi dans les asiles du Midi de malades qui sont nés dans les départements de l'Est ou du Nord, et qui ont leurs familles et leurs relations d'enfance dans ces départements. De même, les coloniaux et les étrangers sont transférés dans certains établissements très éloignés de leurs frontières ou de leurs colonies d'origine, de sorte qu'il est très difficile et plus coûteux de les rapatrier, outre qu'on ne se préoccupe pas de la différence de climat sous lequel on les fait vivre.

Cette méthode est aussi préjudiciable aux malades qu'aux asiles, dans lesquels ils sont transportés, En effet un aliéné transféré près de son lieu de naissance, reprendra contact avec le sol de sa petite patrie, son patois d'enfance et les parents et amis restés au pays, Il y a des chances pour que dans ce milieu favorable à son changement d'existence, il s'améliore plus rapidement et demande à travailler. Par suite, il rendra des services à l'établissement hospitalier qui l'aura accueilli et abaissera le prix de journée payé pour son assistance. A ce travail du malade, l'asile trouve d'autant mieux des avantages, que la Commission de surveillance locale et le Conseil général du département s'intéressent plus volontiers aux malades qui sont parents ou amis de leurs électeurs, et ils voteront plus aisément les améliorations nécessaires à leur entretien et à leur bien-être. Il faut bien dire en effet que dans certains asiles de province, le prix de journée des aliénés originaires du département est très strictement calculé, parce que l'Administration compte, pour le relever, sur l'appoint consenti par le département de la Seine, pour ses assistés.

En dehors donc des règles actuellement suivies pour les transferts de ses malades en province, l'Adminisiration devrait prescrire dans le plus bref délai après l'internement dans un asile de la Seine : 1° le rapatriement des aliénés étrangers dans les établissements voisins de leurs frontières ; 2° le transfert, dans les Asiles du Midi des coloniaux arrêtés à Paris pour aliénation mentale ; 3° l'expédition, en province, dans les asiles dépendant de leur département d'origine, des aliénés qui n'ont pas leur domicile de secours à Paris.

NOUVELLES *(Suite)*

Conférence de la syphilis héréditaire. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien réunira à Paris, au début d'octobre 1925, une conférence sur les questions suivantes :

1° « La syphilis héréditaire larvée. » Rapporteurs : MM. E. Leredde, Lesné, Devraigne et Carle ;

2° « Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et au cours de la première enfance. » Rapporteurs : MM. Marcel Pinard, H. Lemaire et Péhu ;

3° « Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. » Rapporteurs : MM. Milian, Lévy-Solal, Spilmann et Petges.

Le taux de la cotisation à la conférence est fixé à 40 francs. Toute la correspondance doit être adressée au secrétariat de la Ligue nationale, 7, rue Mignon, Paris (VI).

Congrès de l'Union nationale des associations d'étudiants. — Ce Congrès réuni à Lille a émis un certain nombre de vœux :

Que des facilités de transports soient consenties aux étudiants habitant à une distance minimum (à fixer) du lieu où ils font leurs études ;

Que les crédits accordés aux prêts d'honneur soient élevés et que le taux actuel des droits universitaires soit maintenu ;

Que les maisons d'étudiants ne réalisant aucun profit de gestion, soient exonérées des impôts ;

Que le taux des bourses soit mis en harmonie avec le coût de la vie ;

Que la loi garantisse au corps médical la réparation pécuniaire des invalidités survenues pendant l'exercice des services hospitaliers ;

Que les autorités compétentes facilitent les voyages d'études en France et à l'étranger.

Société d'anthropologie. — La Société d'anthropologie de Paris doit attribuer : en 1925, le prix Bertillon (500 fr.) au meilleur travail envoyé sur une matière concernant l'anthropologie et notamment la démographie ; en 1926 les prix Godard, Broca, Fauvelle.

Le prix Godard (500 fr.) sera donné à un mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie, le prix Broca (1.500 fr.) à un travail d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie, le prix Fauvelle (2.000 fr.) à un sujet d'anatomie ou de physiologie du système nerveux.

En 1927, la Société d'anthropologie de Paris décernera, pour la première fois, le prix Joséphine Juglar d'une valeur de 8.000 fr. environ au meilleur ouvrage d'anthropologie publié en langue française dans les cinq dernières années.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Société d'anthropologie, 15, r. de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

Hôpital de la Charité. — *Conférences pratiques sur le diagnostic radiologique et anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire.* — Le Dr COURCOUX a commencé le 4 mai 1925, avec la collaboration du Dr GILSON une série de huit conférences pratiques sur le diagnostic radiologique et anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire.

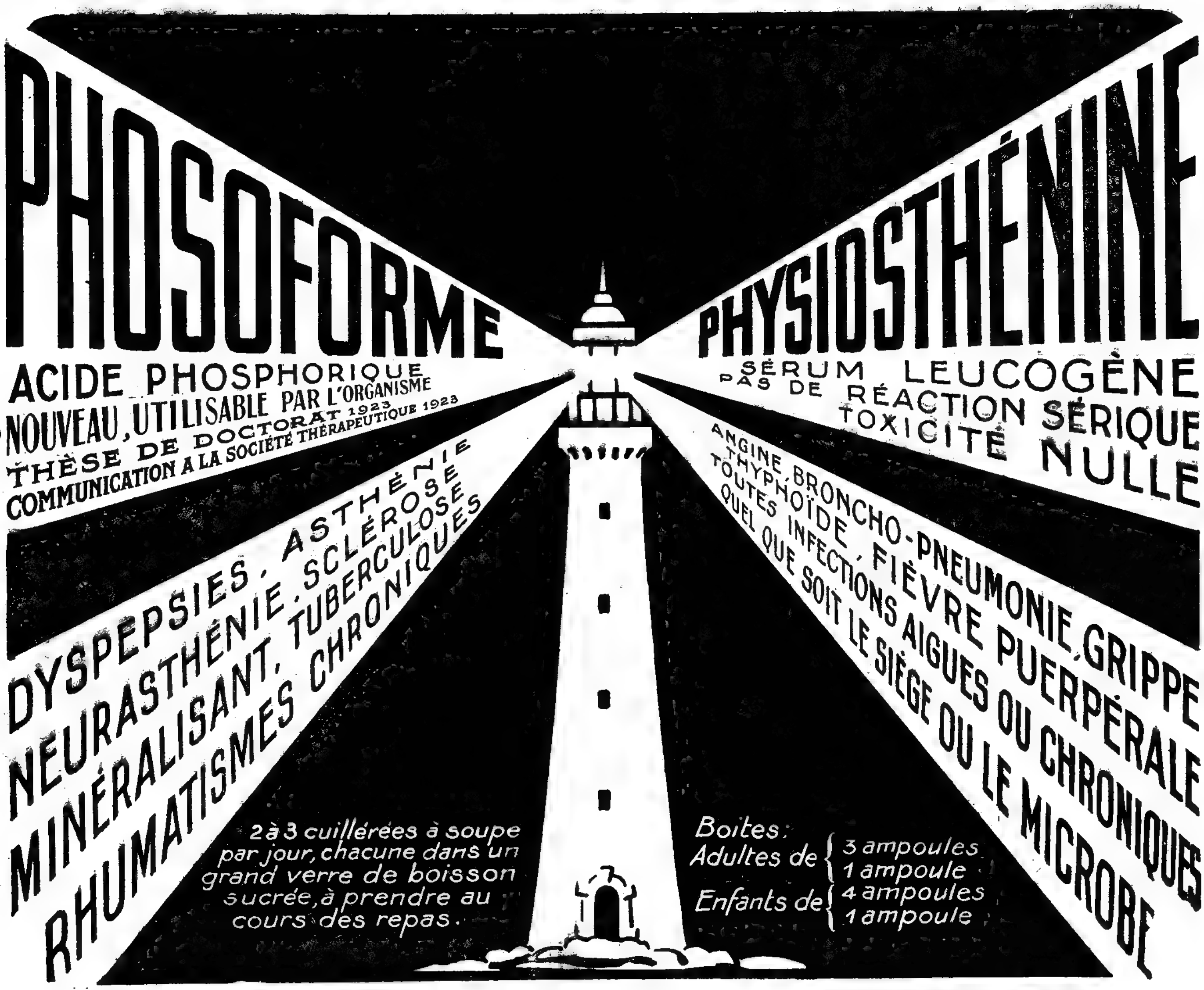
Ces leçons ont lieu à 11 heures, à l'Amphithéâtre Potain, et sont faites à l'aide de projections de films radiographiques et de pièces anatomo-pathologiques. Après un court exposé théorique, les auditeurs sont exercés individuellement à la lecture des films et des pièces anatomiques.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile. — Le Dr P.-F. ARMAND-DELILLE fait, du 4 au 23 mai 1925, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux et la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, le Dr LAQUERRIÈRE chef du service radiologique, fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et le Dr Pierre-Louis MARIE, chef de laboratoire, font deux leçons sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versailles



(2) *Partiellement éthérifié.* (1) *Excepte Tuberculose*

MAGNÉSIE DROUET & PLET

Le meilleur saturant non carbonaté, des acidités gastriques

OXALURIE OXALEMIE

Doses : 2 à 4 comprimés 1 h. 1/2 après les repas

SALYSERUM du Docteur Jules SÉJOURNET

Injections **INDOLORES** d'acide salycilique en ampoules de 1 cc.

Crises aiguës de rhumatisme, goutte, pleurodynies, lumbagos, etc.

Faire 2 ampoules loco-dolenti

PHOSPIRINE

Acide Phosphorique — Acide Salicylique — Caféine

ANTI-NÉVRALGIQUE — ANTI-RHUMATISMAL

TOLÉRANCE GASTRIQUE

Doses : 2 à 6 comprimés ou cachets.

BYLIÉRINE

Foie et Intestin

Extrait de FIEL DE PORC

PANCRÉATINE — UROFORMINE

4 à 8 pilules par jour.

NOTES D'ENDOCRINOLOGIE

A propos de l'action du corps thyroïde

Depuis que l'étude des sécrétions internes nous a ouvert ce domaine de la physiologie et de la physiopathologie, un certain nombre d'auteurs, « éblouis » par l'importance des faits observés, se laissent aller, en face d'un problème d'endocrinologie, à ne jurer que par la glande et son hormone et à considérer cette glande comme une puissance indépendante du reste de l'organisme.

Le professeur Oswald (de Zurich), par un très intéressant travail paru dans la *Revue Française d'Endocrinologie* (août 1924) a cherché à réagir contre cette tendance.

La *glande thyroïde ne fonctionne qu'en liaison avec le système nerveux.* « Parmi les symptômes les plus marqués du myxœdème et de l'hypothyroïdie, dit-il, nous notons le ralentissement de l'activité mentale, l'apathie, la bradycardie et le ralentissement péristaltique intestinal. D'autre part, nous constatons dans la maladie de Basedow et l'hyperthyroïdie en général, du nervosisme, de l'hyperactivité psychique, l'insomnie, le tremblement, la tachycardie et une suractivité péristaltique intestinale. Cette simple juxtaposition nous fait voir qu'il existe des rapports entre la glande thyroïde et le système nerveux. »

Les symptômes nerveux de la maladie de Basedow peuvent être produits pas l'administration d'extrait thyroïdien ou d'iode.

Mais, fait notoire, *tous les sujets ne réagissent pas de la même façon à l'opothérapie thyroïdienne.* Les enfants sont insensibles à son action. Certains sujets ont une tolérance étonnante, cent grammes de glande fraîche ne les incommodent en rien et, à l'encontre de ces cas, il n'est pas rare de voir des personnes présenter les troubles de l'hyperthyroïdisme après l'ingestion d'un nombre très restreint de pastilles thyroïdiennes ou de faibles quantités d'iode.

« Or, en quoi les sujets enclins à l'intoxication thyroïdienne se distinguent-ils des sujets non portés à ce genre de troubles ? » se demande Oswald, et il répond aussitôt :

« Tous ces sujets dénotent de l'hyperexcitabilité nerveuse, s'étant manifestée soit par un nervosisme général, soit par des névralgies, des céphalées, de l'insomnie, de l'éréthisme cardiaque, ou d'autres troubles nerveux. Très souvent ces troubles se sont déjà manifestés très tôt dans la jeunesse : d'autres fois ils se sont développés par suite de surmenage intellectuel ou, ce qui revient au même, par suite de privation répétée de sommeil. »

Conclusion : le produit de la sécrétion thyroïdienne possède une neurotropie marquée : son action se porte tant sur le système nerveux centro-axial que sur le système organo-végétatif et, dans celui-ci, tant sur le sympathique que sur le parasympathique. Oswald en donne comme preuve qu'un même degré d'hyperthyroïdisme, produit chez les sympathicotoniques de la constipation et chez les parasympathicotoniques de la diarrhée.

Action de l'extrait thyroïdien sur la circulation : Chez l'homme prédisposé par une excitabilité du système nerveux, l'extrait thyroïdien accélère le cœur ; chez l'homme normal, chez l'animal (1), il n'a nul effet.

« Toutefois si nous ne pouvons observer d'effet direct sur l'appareil circulatoire, il n'en existe pas moins une action réelle que nous pouvons mettre en évidence. » Voici comment : « Lorsqu'on applique à plusieurs reprises un courant faradique sur le pneumogastrique d'un animal (lapin, chien, chat), on obtient, — à condition que l'irritation ne soit pas trop forte ni trop longue et que l'intensité du courant reste constante, — chaque fois le même effet quant au ralentissement du pouls et à l'augmentation de ses amplitudes. Si ensuite on injecte de l'extrait thyroïdien dans une veine et que l'on répète la même expérience, l'effet obtenu est beaucoup plus fort, le ralentissement du pouls est plus fort et les amplitudes sont plus grandes. L'excitabilité nerveuse est donc augmentée. »

Et, le fait est le même si l'on emploie, au lieu du courant, l'adrénaline qui renforce la tension plus énergiquement que d'habitude, la morphine, la pilocarpine qui ralentit le pouls davantage qu'à l'ordinaire, l'histamine qui produit une hypotension considérable.

Cependant il faut noter que sur un certain nombre d'organes à innervation végétative, la substance thyroïdienne paraît avoir une action excitative propre. C'est ainsi que la substance thyroïdienne augmente le nombre des contractions automatiques de la vessie de mammifère et qu'elle redouble les contractions automatiques de l'utérus et de l'intestin grêle isolé.

Cette action paraît être différente de celle observée sur l'appareil circulatoire. Mais, note Oswald, il s'agit, d'un côté et de l'autre, du même processus, avec la seule différence que les organes en question ont une excitation propre due à leur automatisme. Un organe ne se trouvant pas dans l'état d'activité automatique ne réagit pas à la substance thyroïdienne. Dans l'un et l'autre cas, il ne s'agit donc que d'un accroissement d'une activité en cours.

Action sur le système nerveux : « La substance thyroïdienne produisant aussi, dans certains cas, du nervosisme, de l'insomnie, de l'excitabilité psychique et une exaltation des réflexes spinaux, nous devons admettre qu'elle agit aussi sur le système nerveux cérébro-spinal. »

Action sur le métabolisme. La substance thyroïdienne augmente les combustions. Or cette exaltation du métabolisme ne se produit pas au même degré chez tous les sujets et, là encore, la prédisposition nerveuse joue son rôle.

Mais si la glande thyroïde exalte la sensibilité nerveuse, sa secrétion est réglée par le système nerveux. « Elle reçoit ses impulsions sécrétoires de la part du système nerveux. D'autre part, elle agit sur l'excitabilité nerveuse qu'elle exalte,

(1) Chez l'animal normal, et non pas dans certaines races dégénérées, tel le fox-terrier.

ANALYSES

ENDOCRINOLOGIE

Le prolapsus de l'ovaire et ses troubles neuro-glandulaires. (Lucienne Meurs. Thèse de Paris, 1923, Jouve et Cie, édit.)

Tantôt le prolapsus de l'ovaire est isolé, tantôt il est lié à une rétroversion de l'utérus ou à une dégringolade des annexes affectées de salpingites.

Le prolapsus isolé peut être dû, soit à un alourdissement ovarien (ovarite ou congestion ovarienne), soit à une distension des ligaments ovariens (mauvaise involution post-partum ou tempérament ptosique).

On doit penser au prolapsus en cas de douleur pendant le coït et de douleurs pendant la défécation. Ces douleurs sont vives, plus ou moins ; elles s'accompagnent volontiers de nausées. Elles augmentent si, par la station debout, l'ovaire prend contact avec le fond du Douglas ; elles diminuent si, par la position couchée, il s'en éloigne ; elles disparaissent, s'il s'en éloigne davantage soit par la position génu pectorale, soit par le décubitus ventral, soit par le décubitus dorsal avec flexion des membres inférieurs.

Accessoirement le prolapsus s'accompagne d'autres localisations douloureuses dans l'abdomen, de palpitations, d'algies diverses et de manifestations anesthésiques qui, chez des prédisposées, peuvent mener à des troubles psychiques.

Le trouble de la circulation ovarienne peut retentir sur l'ovulation et causer ainsi dysménorrhée et stérilité.

Le toucher montre dans le Douglas une noisette mobile et cette prise de contact détermine une sensation douloureuse plus ou moins vive.

Le prolapsus se soulage par le repos au lit (surtout lors des règles), par l'emploi des laxatifs (un ventre constipé est un ventre dolent), par l'arrêt des rapports sexuels, par les bains tièdes et par les pansements glycérinés.

Il se guérit parfois par l'emploi d'un pessaire.

Dans les cas graves, il faut avoir recours à la chirurgie, qui, par laparotomie, fixera en bonne position l'utérus ou seulement l'ovaire malade.

HENRI VIGNES.

Alimentære Amenorrhee. (Aménorrhée alimentaire). (KURTZ. *Monatsch. für Geburtsh. und Gynæk*, 1920, t. LII, fasc. 6.)

Sur 142 femmes de 16 à 44 ans, hospitalisées pour épilepsie pendant la guerre, et jusque-là bien réglées, il n'y en eut que 9,2 % chez qui la menstruation continua sans arrêt. Les autres malades furent atteintes d'aménorrhée à partir de l'hiver 1916-1917. En même temps il y eut une perte de poids d'environ 1/8 du poids initial. Dans 40,8 % des cas, les règles revinrent vers mars 1920 alors que chez les autres l'aménorrhée persista.

Il s'agit d'un trouble nutritif dû au rationnement, car dès l'augmentation de la ration de graisse qu'on réalisa en juin 1919, l'amélioration survint rapidement.

Chez 32 % de ces malades, l'utérus était diminué de volume. Il n'y avait aucun signe d'insuffisance ovarienne.

Fibromes de l'utérus et stérilité, mauvais effets d'un curettage ; apparition d'une grossesse après traitement par le gynocrinol Phénomènes cardio pulmonaires, suppuration des fibromes pendant les suites de couches. Hystérectomie. Guérison. (LAURENTIE. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, n° 7, p. 570.)

Musulmane de 37 ans, ayant accouché à 16 ans d'une fille macérée, stérile depuis, — curetée à 36 ans — et depuis, mal réglée. Traitement par le lipoïde ovarien, dit *gynocrinol* (douze injections par mois à partir de mai). En juin et juillet règles normales, puis gestation menée à bon terme, enfant de 3 kilos malgré divers troubles cardio-pulmonaires. Les suites de couches furent marquées par une fièvre à grande oscillation, entraînant de la cachexie. Diagnostic : fibrome suppuré, hystérectomie qui confirme le diagnostic.

HENRI VIGNES.

Ovaire. Sa débilité glandulaire. (DALCHÉ. *Les Sciences médicales*, 15 janvier 1925, p. 1.)

On peut concevoir que l'ovaire fonctionne avec insuffisance (hypoovarie), avec excès (hyperovarie) ou suivant un mode perverti (dysovarie).

Les arrêts de développement anatomique expliquent certains de ces cas ; dans d'autres cas, l'altération serait purement fonctionnelle et, dans ce groupe, il faut admettre une classe pour laquelle joue une prédisposition individuelle, une débilité glandulaire, soit primitive, soit secondaire à d'autres atteintes des glandes endocrines.

Chez de telles femmes, jusque-là bien réglées, on voit se supprimer la fonction menstruelle sans cause pathologique appréciable : aménorrhée sans cause chez une jeune fille, aménorrhée après un curettage, stérilité après une gestation : « L'organe a donné toute sa résistance pour mener à bien la grossesse, ensuite la lassitude l'a emporté ; d'autant plus que les règles maintenant sont troublées et coulent avec beaucoup moins d'abondance, quand elles ne sont pas supprimées, et qu'il se manifeste d'autres signes d'insuffisance ovarienne ».

De même « chez certaines hyperovariques qui, pendant longtemps, présentent tous les symptômes d'une hyperfonction, mais finissent par accuser de l'instabilité avec les alternances d'hypo ovarie et d'hyper-ovarie ; à la longue l'hypo-ovarie domine et devient définitive. La résistance de l'ovaire a été épuisée par une hyperfonction trop longue continuée. »

Etiologie : D'abord tuberculose des ascendants ou tuberculoses diverses anterieures à la puberté ; — puis syphilis génitale ou acquise, — maladies aiguës de l'enfance, intoxication des parents, leur âge avancé, gémellité, inanition des parents.

Facteurs déclanchants : émotions, traumatismes locaux et surtout curettage, gestations, fausses couches, convalescence.

Evolution. « La débilité glandulaire provoque surtout une perte de l'équilibre ovarien, l'organe essaye de se ressaisir, quoique vainement peut-être, mais assez pour produire des phases d'hyperovarie qui peuvent même prédominer plus ou moins longtemps. Il en résulte parfois de singulières alternatives d'hyper et d'hypofonction...

Beaucoup de *ménopauses prématurées* en sont la conséquence ».

Ces états sont quelquefois, en cas de gestation, une cause de dégénérescence pour le produit.

Traitement. — « Une préoccupation doit dominer le traitement : toute thérapeutique intempestive risque d'avoir des conséquences fâcheuses.

Chez une débile glandulaire, qui est en état d'*instabilité* et se plaint de règles trop fréquentes et même trop abondantes, ce qui est possible, il faut être sobre de vaso-constricteurs puissants et d'interventions très actives. C'est une des raisons pour lesquelles, dans les métrorrhagies virginales en particulier, je n'applique la glace qu'avec discrétion et après m'être bien assuré, autant qu'il m'est possible, qu'elle ne risque pas de trop arrêter les règles ; il serait pénible de provoquer une phase très prolongée de suppression.

Au cours de ces aménorrhées, *tous les emménagogues, les violents*, ne sont peut-être pas aussi sans inconvénients. En tâchant de forcer une ovulation, par exemple, ne courent-ils pas alors le danger de favoriser une ovulation défectueuse ? »

Il faut exhorter ces malades à la patience.

Opothérapie régulatrice, à dose moyenne, mais longtemps continuée (ovaire, thyroïde, hypophyse).

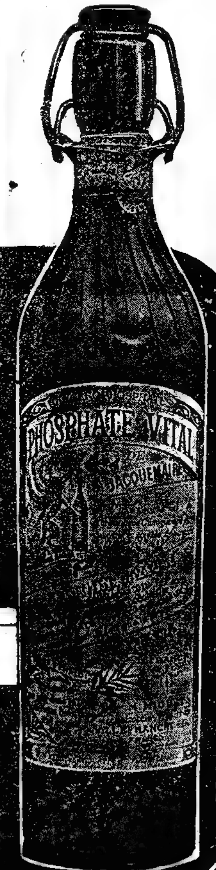
Hydrothérapie : bains de siège avec injections dans l'eau du bain, bains de siège à courants continus avec douches périnéales, dorso-lombaires et circulaires, seront donnés, tantôt à température fraîche, tantôt à température élevée ; douches en pluie, douches dorso-lombaires, douches chaudes sur la face dorsale des pieds, la face antérieure des jambes, la face interne des cuisses. A la maison, coups d'éponge sur toute la face du corps suivis d'une friction sèche.

HENRI VIGNES.

Constitution individuelle et glandes endocrines (Individual constitution and endocrine glands). (Julius BAUER, *Endocrinology, the bulletin of the association for the study of internal secretions*, t. VIII, f. 3, mai 1924, pp. 297-323.)

L'aspect extérieur des individus jeunes change lorsque ceux-ci sont privés pour une cause ou pour une autre de l'influence endocrine des glandes génitales ; il peut en résulter soit du gigantisme, soit de l'obésité. Ceci prouve bien que l'insuffisance de sécrétion des hormones génitales n'entre pas seule en jeu pour produire ces troubles, mais qu'il y a quelque chose d'autre dans l'organisme qui contribue aussi à déterminer ces modifications. On admet en général que c'est le reste de l'appareil endocrinien qui est cause de l'hypogénitalisme primaire. Un hyperfonctionnement hypophysaire et thyroïdien donnera du gigantisme, un hypofonctionnement au contraire entraînera de la faiblesse de développement.

Les glandes endocrines influent certainement sur la croissance, mais elles ne sont pas seules en cause : en effet même avec un hypofonctionnement endocrinien on peut observer un certain degré de croissance. Le développement eunuchoïdien du corps ne peut pas être expliqué par un retard d'ossification du cartilage de conjugaison des os longs et par un hyperfonctionnement pituitaire et thyroïdien, mais il y a certainement une relation entre l'insuffisance ou l'absence de fonctionnement endocrinien génital et la tendance au développement exagéré des membres. Voici comment il faut comprendre ces troubles


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

de développement : dans une certaine partie des chromosomes de l'ovule fertilisé, il existe une altération ou une anomalie qui sera cause d'un état anormal des cellules squelettiques chez l'individu complètement développé. Les caractères particuliers, responsables d'une longueur spéciale du corps, d'un nez plus ou moins long, d'une couleur spéciale des cheveux, tout cela existe dans chaque cellule du corps, mais sous des formes différentes.

Le sexe est déterminé au moment de la fertilisation de l'ovule par une certaine constitution des chromosomes. Quant aux caractères sexuels secondaires, ils sont en corrélation avec les caractères primaires à la fois par l'influence endocrinienne des glandes et par la corrélation des chromosomes. Chez les animaux supérieurs, les hormones génitales aident action des chromosones pour amener le développement des caractères sexuels dans chaque partie de l'organisme. Ainsi les formes d'intersexualité doivent être considérées comme des troubles de l'appareil chromosomal survenues au cours du développement dans un certain groupe de cellules. Les différents types de pseudo-hermaphrodisme et d'intersexualité sont la conséquence naturelle de l'action de ces chromosones anormaux sur l'influence hormonale de glandes sexuelles.

Les hormones génitales mâles enfin ont une certaine influence sur l'accumulation de tissu graisseux dans des parties spéciales du tissu cellulaire sous-cutané.

P. Duhail

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 avril 1925.

Les épithéliomas mammaires sécrétants. — M. *Delbet.* — Le caractère extrêmement variable de l'évolution des cancers du sein est frappant. En examinant les coupes histologiques, l'auteur a pu déterminer les facteurs de bénignité représentés par des sécrétions de deux types, l'un prenant les colorants ordinaires, l'autre prenant le muci-carmin. Il propose donc de créer une classe d'épithéliomas mammaires sécrétants à pronostic bénin.

Souvent, dans la majorité même des cas, la clinique conduit à porter un pronostic grave. Seule la constatation de sécrétions permet de reconnaître la bénignité.

De la notion d'épithélioma sécrétant dérivent deux conclusions pratiques : l'une a trait au pronostic, c'est le point qui *intéresse* le plus les malades et leur entourage, l'autre conduit à une extension des indications opératoires.

1° Dans tous les cas de cancer du sein il faut chercher par des techniques appropriées les sécrétions *albumineuses* et muqueuses. Quand on en trouve, on doit porter un pronostic bénin ;

2° En présence d'un cancer à la limite de l'opérabilité, avant de refuser l'intervention il faut faire une biopsie et l'étudier au point de vue des sécrétions. Si le cancer est sécrétant, on doit opérer, car on a les plus grandes chances d'obtenir une survie de plus de quatre ans.

De quelques retouches à faire à l'histoire de la coqueluche. — De ses recherches M. *Rousseau Saint-Philippe* conclut :

1° Que la coqueluche est variable dans sa forme, dans son aspect et dans son allure ; qu'à côté des coqueluches moyennes ou fortes il y a des coqueluches incomplètes, frustes et qui restent ignorées. Ce sont souvent les plus dangereuses ;

2° Qu'il y a le plus grand intérêt et la plus grande urgence à la reconnaître et à la dépister, que la coqueluche ne se manifeste pas toujours par la reprise, par le « chant du coq » ; qu'il faut se défier de la toux tenace, surtout nocturne, et suivie de vomissements ou d'expuitions (les enfants petits ne crachent pas) ; qu'on peut rendre cette toux caractéristique par la pression exercée par le pouce sur la région crico-thyroïdienne ou la trachée légèrement ébranlée, ou encore par la titillation de la luette. Enfin l'analyse des crachats pourrait lever les doutes ;

3° Que la coqueluche demande à être soignée et surveillée ; que les coquelucheux ont besoin d'être auscultés périodiquement. Beaucoup de complications de cette affection sont, il faut le savoir, sourdes, silencieuses, insidieuses. On les découvre surtout dans les formes prolongées à reprises et à rechutes ;

4° Que la coqueluche mène à la tuberculose ; qu'il y a donc obligation d'éviter soigneusement tout contact un peu prolongé avec les cracheurs de bacilles ;

5° Qu'il faut surtout pendant la saison froide protéger les coquelucheux contre les refroidissements et en général contre les infections secondaires ;

6° Que la prophylaxie doit s'exercer par l'isolement pratiqué avec la plus grande sévérité et la plus grande rigueur, dans l'intérêt des uns et des autres et pour une maladie qui reste l'une des plus contagieuses et des plus meurtrières de l'enfance.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 avril 1925

Anesthésie extra-buccale du nerf dentaire inférieur. — M. le prof. *Ciezynski* décrit sa technique personnelle, en pratiquant une injection au niveau du bord postérieur de la branche montante du maxillaire inférieur, à 3 cm. 1/2 au-dessus du bord horizontal et à une prosondeur de 1 cm. 1/2. Cette méthode est précieuse en cas de trismus.

Traitement chirurgical des syndromes de lithiase biliaire sans calcul à l'intervention par la choléoystogastrotomie. — M. *Cotte* (de Lyon) a trouvé dans six cas de lithiase biliaire une vésicule distendue mais libre, sans péricholécystite avec congestion du carrefour biliaire et quelquefois des ganglions dans le petit épiploon et au niveau du col de la vésicule — dans trois de ces cas on avait pensé à un calcul du cholédoque. S'agit il dans ces cas d'une lésion de cholécystite ou bien d'une pancréatite ? L'auteur a pratiqué chaque fois la cholécysto-gastrostomie qui a amené la guérison complète et dont les avantages avaient été montrés par Dujarier et Mathieu en 1920.

La même opération a été suivie de succès dans un cas de cirrhose biliaire hypertrophique avec grosse rate et dans un cas de cholédocite sténosante.

Gastrite phlegmoneuse. — M. *Guibal* (de Béziers) a vu un homme de 20 ans souffrant de l'estomac depuis 8 mois, amaigri, présentant une tumeur de la taille d'un œuf. Radiologiquement on voyait une lacune prépylorique avec un pylore perméable. A l'opération on trouve une masse indurée, épaissie, violacée, sur la grande courbure le long de laquelle existent de nombreux ganglions.

M. Guibal pensait à un sarcome et pratiqua une gastro-pylorectomie large en tissu supposé sain. Suites opératoires simples. Le malade rentre chez lui et présente au 45e jour une douleur en coup de poignard, puis un syndrome périnéal auquel il succombe en 48 heures sans intervention.

L'examen histologique de M. Lecène a montré qu'il s'agissait d'une gastrite phlegmoneuse aiguë, étendue à toutes les tuniques.

Malgré la large exérèse, une perforation du moignon a dû amener la mort.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 avril 1925

Scorbut et lait condensé. — *M. Comby* rapporte une nouvelle sobservation de scorbut chez un enfant de 15 mois 1/2 à la suite d'une alimentation au lait condensé depuis au moins 14 mois.

A ce propos l'auteur différencie les laits condensés suivant le degré de la stérilisation et considère que les laits homogénéisés portés seulement à 105° sont moins scorbutigènes que les laits dont la stérilisation est portée à 110° et davantage.

M. Lesné montre la rareté du scorbut avec l'emploi de laits condensés depuis que les mères savent l'influence du jus d'orange ou de citron. Pour estimer la valeur d'un lait, il faut tenir compte de trois facteurs : l'homogénéisation, le degré de stérilisation et la date de stérilisation.

L. obtient de bons résultats par l'emploi d'un lait condensé sucré, stérilisé à 70°, conservé à l'abri de l'air dans des boîtes en fer blanc. La vitamine C étant très sensible à la lumière.

Un cas de névrite tuberculeuse du musculo-cutané. — *MM. Lévy-Valensi, Feil et Pérono* présentent un nouveau cas de névrite du musculo-cutané chez un tuberculeux à l'appui de l'existence d'une névrite tuberculeuse mise en doute par quelques phtisiologues.

Trois cas d'anémie chez des néphrétiques chroniques azotémiques Traitement par des transfusions sanguines. — *MM. P. Emile-Weil et Lamy* ont eu l'occasion de soigner trois malades atteints de néphrite azotémique avec anémie et chlorurémie. L'anémie était marquée : G. R. 2.500.000. Hém. 50, dans un cas, 2.110.000 et 40 d'hémoglobine dans l'autre, 2.400.000 Hém. 50 dans le troisième. L'azotémie oscillait chez ces malades entre 15 cgrs et 3 grs. Dans tous ces cas, les malades furent très améliorés par les transfusions de sang (3 dans un cas, 2 dans le second, 1 dans le troisième) ; ces transfusions furent parfaitement supportées sans malaise tout au moins, par les deux premiers malades non hypertendus, avec un malaise insignifiant et passager par le troisième, qui avait une pression de 20-12 (Pachon).

L'azotémie et l'albuminurie diminuèrent consécutivement : l'anémie disparut presqu'entièrement, l'équilibre sanguin fut ; G. R. 4.000.000 et Hém. 80 pour les deux premiers, 3.000.000 et Hém. 60 pour le troisième. La survie fut certainement accrue, deux malades ont succombé aux progrès de la chlorurémie avec des épanchements multiples, le troisième vit encore, alors qu'il était asystolique au début.

Ce traitement symptomatique est donc tout à fait indiqué : il est curieux que cette anémie toxique sur la cause de laquelle la transfusion n'agit point, se montre si heureusement influencée par elle, alors qu'elle se montre inefficace d'ordinaire dans les anémies secondaires, où nous ne savons pas agir sur la cause toxique ou infectieuse persistante responsable (anémie cancéreuse, anémie de l'endocardite streptococcique, par exemple).

Action de la transfusion sanguine sur l'azotémie chronique avec anémie. — *MM. Flandin et Tzanck*, après avoir insisté sur la fréquence et l'importance de l'anémie dans l'évolution des syndromes azotémiques, rapportent trois observations où la transfusion sanguine fut suivie d'une amélioration, non seulement de l'anémie, mais du taux de l'azotémie.

***M. Ribierre*,** à propos de ces deux communications, considère que la néphrite chronique azotémique et l'anémie doivent être considérées comme une association clinique et non pathogénique.

Etude cytologique du suc duodénal. — *MM. Chiray et F. Triboulet* communiquent les résultats de leurs recherches sur la cytologie du suc duodénal. Ils indiquent les diverses règles à suivre tant pour la récolte du liquide destiné à l'examen que pour la préparation du dit liquide.

Ils insistent en particulier sur l'importance de l'épreuve de Meltzer-Lyon qui permet de sélectionner les biles cholédociennes, vésiculaires ou hépatiques et sur la nécessité de préserver les cellules de l'intense action cytolytique du suc duodénal. On réalise cette indication en mélangeant dès l'extraction le dit suc avec 1/3 de son volume de formol à 10 pour cent.

Les éléments décelés dans ces conditions par l'examen microscopique du liquide sont multiples, globules blancs et rouges, cellules épithéliales dont l'origine exacte n'est pas toujours facile à préciser, enfin à titre plus rare, cellules hépatiques, cylindres biliaires, mucus, bactéries, détritus alimentaires et cristaux. A l'état normal, le suc duodénal recueilli dans l'excrétion vésiculaire provoquée par la technique française ne contient, en l'absence de passages gastriques, aucun élément cellulaire. A l'état pathologique, c'est surtout pour le diagnostic des affections des voies biliaires que la cytologie duodénale donne d'utiles renseignements. Dans les cholécystites en particulier, on constate à ce point de vue une différence fondamentale entre la « bile B » riche en leucocytes et cellules épithéliales et les « biles A et C » qui sont au contraire assez pauvres. Certains auteurs ont en pareils cas tenté de tirer des indications de la prédominance d'une formule leucocytaire ou épithéliale. La cytologie donne également d'utiles renseignements dans l'angiocholite et dans l'ictère catarrhal, cas dans lesquels c'est la « bile A » qui présente la densité cellulaire la plus marquée. On peut encore utiliser ces recherches histologiques pour le diagnostic de certaines affections du duodénum, en particulier pour le cancer de ce segment intestinal, affection qui s'accompagne d'hémorragie persistante et continue. En revanche la cytologie duodénale n'a qu'un intérêt médiocre dans la séméiologie des affections du foie et du pancréas.

Emploi du sang et du sérum d'adulte ayant eu autrefois la rougeole pour la prévention de cette maladie. — *MM. Robert Debré, Pierre Joannon, Henri Bonnet et Cros-Decam*. — Les auteurs montrent que le sérum d'individus ayant eu autrefois la rougeole conserve une efficacité aussi grande et donne des résultats aussi satisfaisants que le sérum de convalescent de rougeole recueilli du 7e au 10e jour après la chute de la température. Ce sérum d'adulte doit, néanmoins, être employé à doses plus fortes que le sérum de convalescent (12 à 15 cmc. pour les enfants au-dessous de 2 ans, 20 cmc. pour les enfants ayant dépassé deux ans).

Les auteurs ont injecté avec ce sérum des enfants dans des crèches, des salles d'hôpital, des orphelinats, des écoles ; ils ont obtenu dans 75 % des cas une prévention totale, dans 25 % des cas une séro-atténuation. La méthode échoue dans 5 % des cas environ. Les auteurs ont constaté lorsqu'on injecte le sérum trop tard pour modifier l'allure clinique de la maladie, l'apparition du phénomène d'inhibition locale de l'éruption comme on l'observe avec du sérum de convalescent injecté dans les mêmes conditions. La date à laquelle le donneur a eu la rougeole n'a aucune influence sur son efficacité. Les auteurs ont constaté une activité marquée du sérum chez les sujets (parents, étudiants, etc.) qui venaient de subir le contact avec des petits rougeoleux. L'emploi du sérum issu du sang du cordon au cours de l'accouchement de femmes ayant eu autrefois la rougeole s'est montré également très efficace.

Les auteurs injectent du sérum de préférence au sang total : cette dernière méthode déterminant des hématomes volumineux, de résorption plus difficile, et n'offrant pas toutes les possibilités de vérification et de mélange des sérums.

Cette méthode a donc une valeur incontestable. Elle a déjà fait ses preuves et mérite d'être répandue en raison de la facilité plus grande de se procurer du sérum d'adulte ayant eu autrefois la rougeole que du sérum de convalescent.

M. Lesné confirme les résultats de M. Debré et par l'emploi de sang total des parents il a obtenu dans 20 cas 19 succès.

M. Ribadeau-Dumas signale qu'en Amérique les transfusions sont très employées non seulement dans les maladies contagieuses et les anémies, mais aussi au cours des infections et donnent d'excellents résultats au point de vue de l'état général du nourrisson.

M. Renaud se demande si les injections de sérum n'agissent pas, en dehors de l'élément spécifique, par les nombreux anticorps contenus dans le sérum des adultes.

Mal de Pott lombaire révélé par une injection de lipiodol. — *MM. Oudard et Soliard* (de Toulon) présentent l'observation d'un malade indemne de tout signe clinique de mal de Pott et chez lequel l'injection de lipiodol dans la poche d'un abcès crural révéla à la radiographie, grâce à la traînée dénonciatrice de l'huile iodée, une lésion vertébrale.

Les auteurs insistent sur la facilité et la grande valeur diagnostique de ce procédé indiqué par Sicard et Forestier.

René GIROUX.

ANALYSES

La tuberculose et les marins dans la marine marchande. (L. Bosredon. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 novembre 1924.)

La Clinique maritime et coloniale, annexe du service médical commun aux Compagnies Transatlantique, Sud-Atlantique et Chargeurs Réunis, a hospitalisé 761 marins malades du 1er avril 1921 au 1er octobre 1924. Sur 418 atteints d'affections des voies respiratoires 185 avaient de la trachéite et de la bronchite, 26 des maladies aiguës (congestions pulmonaires, pneumonies), 10 des pleurésies, 49 de la bronchite chronique sans spécificité, de l'emphysème, 148 étaient porteurs de lésions suspectes, avec signes cliniques en faveur de la tuberculose ; le diagnostic était confirmé par l'examen positif des crachats dans 69 cas ; ce qui donne une proportion de 19 % de tuberculeux et de 9 % de bacillifères, soit près de 1 tuberculeux confirmé pour 10 malades. Le nombre des décès n'a pu être déterminé exactement.

La partie la plus intéressante de cet article concerne la situation des marins tuberculeux ; on leur donne le choix entre deux solutions, l'hospitalisation à St-André ou le repos dans leur famille avec 4 mois de solde. « De retour au foyer, ils exposent à la contamination parents, femmes et enfants. Et cependant, que faire ? » dit Bosredon. « Il m'est impossible de les conserver à la Clinique. Je dois les envoyer à l'hôpital et *perdre alors tout espoir d'amélioration de leur état.* Que de fois j'ai regretté de n'avoir pas à ma disposition une maison de convalescence, un sanatorium réservé à nos marins... L'Armement a une très belle œuvre à créer : *le Sanatorium du marin.* »

L'A. nous décrit ensuite la *misère* de ces malheureux à la charge de leur famille après les 4 mois règlementaires. « Ne sachant comment vivre, incapables de travailler, certains se font fait de nouveau hospitaliser comme indigents ou ont cherché à obtenir les 15 francs par mois que la loi accorde aux incurables. » Cependant armateurs et marins ont versé des sommes considérables à la Caisse de Prévoyance ; mais cette dernière accorde à peine une pension sur trois ; l'intéressé lésé a le droit, s'il le juge utile, de se pourvoir devant le Conseil d'Etat ; il a également le droit de rester dans le dénuement le plus complet en attendant les résultats de l'enquête. Quant au dispensaire antituberculeux il refuse purement et simplement de procéder à l'examen des marins, malgré l'intervention de la Chambre de Commerce.

Cet article fait grand honneur au courage civique et à la conscience professionnelle de Bosredon ; il en fait beaucoup moins à l'organisation antituberculeuse de la marine de commerce de Bordeaux. Simple fait local ou histoire générale ?

J. Lafont.

The diagnosis of obscure pyrexias (Le diagnostic des affections fébriles obscures). (Adam Patrick, *Glasgow medical Journal*, septembre 1924.)

L'A. expose sa méthode clinique et recommande les examens suivants: établissement de la formule leucocytaire, recherche de l'hématozoaire dans le sang, hémo-culture, réaction de Vidal, réaction de Wassermann, recherche du pus dans l'urine, ponction lombaire, ophtalmoscopie. Les causes des pyrexies obscures (fièvres éruptives exceptées) doivent être recherchées méthodiquement appareil par appareil. Ce sont pour l'appareil respiratoire, la pneumonie, la broncho-pneumonie, la tuberculose, la grippe, la pleurésie et l'emphysème ; pour

le cœur, l'endocardite maligne ; pour l'estomac, le cancer ; pour l'intestin, la fièvre typhoïde, l'appendicite et la dysenterie ; pour le foie, l'amibiase, la cholécystite, la syphilis et l'abcès, sous-phrénique ; pour les voies urinaires, la pyélite, l'abcès périnéphrétique et l'abcès de la prostate ; pour le cerveau, l'abcès et la méningite. Lorsqu'il n'y a pas de localisation, on peut avoir affaire à une leucémie aiguë, à du paludisme, à une septicémie (streptococcique, méningococcique, gonococcique, staphylococcique) ou à du rhumatisme aigu.

J. Lafont.

L'évolution de la tuberculose pulmonaire chronique dans ses rapports avec la circulation générale et locale. La cure déclive. (Pierre Colomban. 1924. Un volume in-8 de 228 p. Masson, 12 fr.)

Du fait de la station verticale, le poumon présente une zone congestive, la base, et une zone anémique, le sommet ; ce qui explique la prédilection de la tuberculose pour l'apex. Du fait de la station horizontale, les quadrupèdes ne possèdent pas de zones de localisation spéciales des lésions bacillaires. L'influence générale de la circulation sur l'évolution de la tuberculose est démontrée par les relations qui existent entre la tension artérielle et la forme évolutive. Le masque de Kühn produit l'hyperémie passive du poumon ; le pneumothorax artificiel détermine également une congestion réactionnelle locale. La cure de repos en position, déclive donne les mêmes résultats ; elle a été préconisée par Jacoby en 1896, Dumarest en 1900, Gallavardin en 1919. Colomban recommande l'emploi d'une chaise longue spéciale, sur laquelle l'axe du corps forme avec l'horizontale un angle d'environ 6 degrés, le thorax plus bas que les pieds. Les séances sont de 3 à 4 heures par jour. Les résultats, obtenus par 40 malades soumis à ce traitement, paraissent supérieurs à ceux de la cure sanatoriale ordinaire.

J. Lafont.

The inheritance factor in tuberculosis : Predisposition or immunity. (Le facteur héréditaire dans la tuberculose. Prédisposition ou immunité.) Godias J. Drolet, *American Review of Tuberculosis*, 3 novembre 1924.)

Au dispensaire Bellevue de New-York, la cuti-réaction a donné pour 1.695 enfants 64 % de résultats positifs chez ceux dont les parents étaient tuberculeux et 66 % chez ceux dont les parents étaient sains. 2.509 sujets non tuberculeux avaient dans la proportion de 30 % un ou deux de leurs parents tuberculeux et 2.785 tuberculeux n'offraient qu'une proportion de 14 % de parents tuberculeux. Sur 5.852 sujets sans antécédents héréditaires, on comptait 59 % de tuberculeux; sur 1.577 sujets à antécédents héréditaires, il n'y en avait que 34 % de tuberculeux. Sur 118 tuberculeux à antécédents héréditaires positifs 26 % étaient dans une période d'arrêt ; sur 1.059 tuberculeux à antécédents négatifs 14 % seulement étaient dans le même cas. Ces statistiques semblent établir que les enfants, issus de parents tuberculeux, héritent d'une légère immunité plutôt que d'une prédisposition à la maladie. Les conclusions qu'on en peut tirer et qui se rapprochent beaucoup des opinions personnelles si originales de Raoul Brunon sont en contradiction absolue avec les idées classiques et officielles ; ce n'est pas une raison suffisante pour qu'elles ne soient pas exactes et ne correspondent pas à la vérité scientifique.

J. Lafont.

La fonction glycolytique du poumon. (Roger.. Dumas Thèse Bordeaux, 1924.)

Le poumon, en dehors de son rôle respiratoire, possède des fonctions de sécrétion interne. Mis en présence d'une solution glucosée, le poumon manifeste un pouvoir glycolytique très énergique. L'A. a cherché à mettre en évidence la destruction des hydrates de carbone *in vivo* en partant de l'hypothèse suivante : si le poumon brûle du sucre, l'asphyxie doit produire de l'hyperglycémie ; et le poumon asphyxique doit contenir plus

de sucre que le poumon normal. On en trouve la confirmation dans les dosages du sucre du sang à l'entrée et à la sortie du poumon. De même si l'on pratique la circulation artificielle à travers un poumon isolé de l'organisme, le sucre du sang est moins abondant à la sortie qu'à l'entrée. Les expériences sont conduites avec logique, les phénomènes bien observés et les résultats notés rigoureusement.

J. LAFONT.

Volvulus de la trompe de Fallope dans un cas de pyosalpinx tuberculeux simulant un pyosalpinx blennorragique. (Joseph J. WELLS. *The Journal of the American med. Association*, vol. 83, n° 1, 5 juillet 1924, p. 30.)

Le volvulus de la trompe de Fallope est une affection assez rare, puisque de 1900 à 1921, on ne retrouve dans la littérature que 25 cas de torsion de trompes malades et 14 cas de torsion de trompes saines. Cette statistique est empruntée à un travail de Smith et Butter : ces auteurs étudient successivement le volvulus d'annexes saines ou pathologiques, avant ou après la puberté, pendant la gestation ou en dehors de la gestation.

La pathogénie de cette affection semble assez obscure : un mésosalpinx long et flottant, une trompe particulièrement longue, la coexistence d'un mésosalpinx long et mince avec un ovaire lourd, tout ceci doit favoriser la torsion.

Au point de vue clinique, c'est l'histoire d'un syndrome aigu abdominal avec douleurs très vives, d'abord généralisées, qui tendent à se localiser dans la fosse iliaque du côté où siège la torsion, mais parfois aussi du côté opposé. Il n'y a pas de modification du pouls ni de la température pendant les premières heures. Le plus souvent, on pose le diagnostic d'appendicite aiguë, mais jamais on ne peut faire celui de volvulus de la trompe.

Wells rapporte l'histoire d'une femme de 22 ans, prise brusquement en allant à son travail de douleurs très vives dans le bas ventre plus marquées à gauche, et s'accompagnant de vomissements. Au bout de cinq heures, les douleurs ont presque complètement disparu, l'abdomen est un peu tendu du côté gauche, il l'est davantage dans la fosse iliaque droite, mais il n'y a ni contracture ni tumeur perceptible. La malade a toujours été bien réglée, elle n'a pas de passé génital, aussi on porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

Pendant 24 heures, tous les symptômes disparaissent, puis brusquement nouvelle crise semblable à la première : on décide alors l'opération.

On fait une incision dans la fosse iliaque droite : l'appendice semble normal ; on pratique alors l'examen des annexes. A droite, on trouve un pyosalpinx qui est excisé, l'ovaire est laissé en place ; à gauche, la trompe est tordue sur son axe, on l'enlève. L'ovaire n'a pas pris part à la torsion.

L'examen histologique a montré l'existence de lésions tuberculeuses dans les deux trompes.

P. DUHAIL.

Mariages entre cousins germains pendant quatre générations : une observation. (DOUGLAS MURPHY. *The Journal of the American medical Association*, 1 vol. 83, n° 1, 6 juillet 1924, p. 29.)

C'est l'histoire d'une famille émigrée d'Allemagne en 1731 et installée en Pensylvanie. Il y a eu 7 mariages entre cousins parmi lesquels quatre entre cousins germains en ligne directe. On n'a observé qu'un seul cas d'aliénation mentale survenue à la troisième génération et qu'il ne paraît pas possible de rapporter à la consanguinité. Un seul point à signaler, c'est l'élévation de la mortalité infantile dans cette famille.

P. DUHAIL.

IODURE DE CAFÉINE
MARTIN-MAZADE

0 GR. 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ — 2 A 4 PAR JOUR — NI INTOLÉRANCE NI IODISME — LE FLACON 8 FR. 20

ARTÉRIOSCLÉROSE, ASTHME, EMPHYSÈME, LÉSIONS CARDIAQUES DIVERSES
ANGINE DE POITRINE, NÉPHRITES, AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES, HYDROPISIES DE DIFFÉRENTES ORIGINES, SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OBÉSITÉ, MALADIES INFECTIEUSES, ETC.

Echantillon et Littérature : LABORATOIRE MARTIN-MAZADE, St-RAPHAËL (Var) R. C. FRÉJUS 125

FERMENTS DE BACKER

ANTIBACILLAIRES
CONTRE la TUBERCULOSE
J. MURAIRE, Pharmacien de 1re Classe
41, rue des Francs-Bourgeois. Paris 4e
TÉL : ARCHIVES 56-27 TOUTES PHARMACIES

SEUL VÉRITABLE

EXTRAIT DE MALT FRANÇAIS DÉJARDIN

PRIX : Le Flacon : 2 fr.

PRIX : Le Flacon : 2 fr.

MÊME PRODUIT **GLYCÉROPHOSPHATÉ** PRIX : le Flacon 2'50

MÊME PRODUIT **FERRUGINEUX** PRIX : le flacon, 2.

(Polyglycérophosphate de l'Organisme, Chaux, Potasse, Soude, Magnésie, Fer et Manganèse).

109, Boulevard Haussmann, PARIS.

R. C. Seine 36.928

Villa PENTHIEVRE

SCEAUX (SEINE)
Téléphone 12

PSYCHOSES — NEVROSES — INTOXICATIONS

Directeur : Dr H. REDDON O. I.
Assistant : Dr H. CODET, ancien interne des Hôpitaux de Paris

---

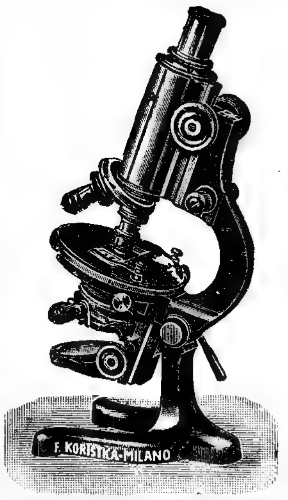
EXTRAITS OPOTHÉRAPIQUES CHAIX

Ovarique - Thyroïdien - Surrénal - Hypophysaire - Pancréatique
Hépatique - Néphrétique - Thymique - Orchitique

Laboratoire CHAIX 10, Rue de l'Orne, PARIS — *Téléph. : Saxe 12.55*

R. C. Seine 40.979

MICROGRAPHIE — BACTÉRIOLOGIE



E. COGIT & Cie

36, Boulevard Saint-Michel, PARIS

Constructeurs d'Instruments et d'Appareils pour les sciences

ATELIERS . 19, RUE HUMBOLT

Agents exclusifs des Microscopes **KORISKA-S. O. M.** construits à Paris par la Société d'optique et de mécanique de haute précision

MODÈLES SPÉCIAUX pour la BACTÉRIOLOGIE avec les derniers perfectionnements

Microtômes MINOT et Microtômes de toutes marques

Dépositaires des Colorants Français R A L. pour la Micrographie et la Bactériologie

Etuves à Culture. Autoclaves, Installations complètes de Laboratoires, Milieux de Culture stérilisés.

Nouveaux Appareils LATAPIE pour la séparation du sérum du Sang.

Nouvel Appareil Microphotographique COGIT

TÉLÉPHONE : **Fleurus 08-53.**

ANIODOL EXTERNE
Désodorisant Universel
Chirurgie — Obstétrique
Gynécologie
Hygiène Privée

ANIODOL

ANIODOL INTERNE
Gastro-Entérite
Fièvre Typhoïde
Diarrhée verte des Nourrissons
Furonculose

LE PLUS PUISSANT ANTISEPTIQUE — NON TOXIQUE

Échantillons aux Médecins sur demande — Laboratoires de l'ANIODOL, 40, Rue Condorcet, PARIS

BIBLIOGRAPHIE

Les débuts de la tuberculose pulmonaire, par le Dr L. Ribadeau-Dumas. Un volume in-18, illustré. — Prix : 10 francs. (Flammarion, 26, rue Racine, Paris.)

Ce petit livre expose précisément les faits tels qu'ont pu les recueillir l'anatomie pathologique, et l'observation des malades. Il mène à des conclusions pratiques, c'est-à-dire aux mesures qui permettent d'éviter une inoculation particulièrement dangereuse dans le jeune âge, à certaines périodes de la vie, et dans certaines circonstances.

Il ne s'agit pas ici d'hypothèses, mais bien de faits démontrés. La prophylaxie bien comprise donne des résultats efficaces. Malheureusement elle n'a jusqu'ici été appliquée que dans les milieux restreints. Il importe que ceux qui sont responsables de la santé d'une famille connaissent les conditions de contagion d'une maladie familiale telle que la tuberculose. Peut-être, si nos connaissances à ce point de vue étaient répandues, les médecins n'auraient-ils pas tant de difficulté à faire admettre les moyens préventifs qu'ils proposent.

C'est dans ce but que cet ouvrage a été composé, but qui serait rempli, si la collaboration du médecin et de la famille, pouvait mettre fin aux drames que l'on observe quotidiennement dans les foyers où germe la tuberculose.

La question des assurances sociales, par A. Rey. 1 vol. in-16. 10 francs. (Librairie Félix Alcan.)

Le Parlement est à la veille de doter le pays d'une législation précise et organique en matière d'assurance sociale. L'auteur s'est, depuis plusieurs années, spécialisé dans l'étude de cette question, qu'il a diffusée par plusieurs centaines de conférences à travers le pays. Il apporte aujourd'hui, condensé en 400 pages, le résultat de ce travail considérable de réflexion et de discussion.

L'ouvrage débute par l'analyse des raisons impérieuses qui, en France, ont conduit les pouvoirs publics à élaborer et à réaliser cette grande œuvre de défense sanitaire et de relèvement national. Après un exposé aussi récent que possible des législations étrangères, l'auteur examine sous tous leurs aspects les conséquences des mesures proposées et les critiques qu'on a pu leur opposer dans les divers milieux intéressés : principe d'obligation, réalisation successive ou simultanée, versement ouvrier, répercussions psychologiques et économiques, prévisions financières. Un chapitre particulièrement nourri de faits et de documents concerne l'organisation des services médicaux. Un tableau final donne quelques chiffres de retraites, par ménage, aux diverses époques d'application.

Le lecteur trouvera dans ce livre le guide indispensable pour suivre, tant les débats qui vont s'ouvrir au Sénat, que les premières mesures de fonctionnement de la réforme imminente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les rayons ultra violets et associés en thérapeutique, par Jean Saidman, in-8° 580 p., 114 fig., 80 spectres hors-texte : 65 fr. (Doin).

Hystérie, par Jean Vinchon, 1 vol., Col. culture moderne : 2 fr. 50. (Stock).

Jeanne d'Arc. Texte de Paul Feyel, 12e volume de **L'Encyclopédie par l'Image.** Papier de luxe, 100 illustration : 2 fr. 50. (Hachette).

Pour paraître en juillet : **La Mer, La Psychologie des Femmes** par G. Heymans, trad. par Le Senne, 1 vol., de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, in-8° : 25 fr. (Alcan).

Giotto, par Alice Meunier, 1 vol., Collection « Maîtres anciens et Modernes » : 10 fr. (Editions Nilsson).

Courbet, par Charles Léger, 1 vol., collection « Maîtres anciens et modernes : 10 fr. (Editions Nilsson).

FONDÉ EN 1873. — N° 20. Le Numéro : 50 Centimes 16 MAI 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie............ 40 fr.
Union postale................ 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Facultés de médecine. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — Jury : M. Nicolas, président : MM. Hartmann, Lejars, Legueu, Ombrédanne, Gley, Rouvière.

Suppléants : MM. Hovelacque, Binet, Mondor.

Candidats : MM. Tralheimer, Chabrut, Bernard (Raymond), Gueullette, Gaune, Gérard-Marchant, Chevalier, Chastang, Soupault, Brouet, Aurousseau, Welti.

Concours del'adjuvat. — Jury : MM. Richet père, président : Cunéo, Delbet, J.-L. Faure, Duval.

Suppléants : MM. Hovelacque, Richet fils, Cadenat.

— M. Mauclaire, agrégé libre, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours permanent de chirurgie orthopédique chez l'adulte.

— ALGER. — M. le docteur Hermann, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1925, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, des fonctions d'agrégé de physiologie, en remplacement de M. Battez, en congé.

— LILLE. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-dessous désignés :

MM. Gérard, professeur sans chaire, ophalmologie : Debeyre, agrégé, oto-rhino-laryngologie.

— MONTPELLIER. — M. Cabannes, professeur sans chaire, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours d'histoire naturelle médicale (chaire vacante).

Ecoles de Médecine. — ANGERS. — M. Boumard est institué pour neuf ans, à dater du 1er avril 1925, chef de travaux de physiologie.

CAEN. — M. Lambert, professeur suppléant de la chaire de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1er avril 1925, professeur titulaire, en remplacement de M. Audrain, décédé.

— DIJON. — M. Voisenet est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctions de chef des travaux de physique et chimie.

M. David est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

M. Grémeaux est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctious de chef des travaux de physiologie.

— LIMOGES. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1925 devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Domergue, professeur de pharmacie.

M. Fabrègue, professeur suppléant, est chargé du cours de pharmacie, en remplacement de M. Domergue, en congé de maladie.

— NANTES. — M. le docteur Guillon est institué pour neuf ans, à dater du 1er avril 1925, chef des travaux de physiologie.

— POITIERS. — M. Chrétien, professeur de clinique chirurgicale est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire, en remplacement de M. Malapert, décédé.

— REIMS. — M. le docteur Santenoise, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1925, d'un cours de médecine expérimentale et de chimie biologique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Est rapporté l'arrêté par lequel M. Bottu est chargé d'un cours complémentaire de chimie biologique.

Cours de perfectionnement de la tuberculose. — Ce cours sera fait à la Charité sous la direction du professeur Emile Sergent avec la collaboration de MM. Armand-Debille, Babonneix, Bertier, F. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Génévrier, Mme Gouin, MM. Guillon d'Henéqueville, Kuss, Laurens, Lortat, Jacob, Louste. Mignot, Pignot, P. Pruvost, Ribadeau-Dumas. Ce cours commencera le lundi 15 juin, à 9 h. 30 (service du professeur Sergent, et se terminera le samedi soir 11 juillet.

Il comprendra des conférences qui seront faites à la fin de l'après midi et des stages et exercices pratiques qui auront lieu le matin et au début de l'après-midi.

Le programme détaillé sera affiché ultérieurement.

Droit d'inscription : 150 fr. s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Quelques bourses seront accordées. S'adresser au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66 bis, rue N.-D.-des-Champs.

Le sanatorium des étudiants. — Nous avons donné ici-même des informations cercernant cette œuvre magnifique que l'Union nationale a, sur l'initiative de la Section de Médecine de l'A, entrepris de créer.

Nous sommes heureux d'informer nos lecteurs que sa marche fi-nancière est en excellente voie.

Près de trois millions ont été recueillis. Chaque jour le trésorier. M. GUY, Recteur de l'Académie de Grenoble, reçoit des souscriptions.

Mais il manque à nos étudiants des sommes importantes à recueillir.

De vastes projets ont été par eux formés ; ils ont notamment l'intention de solliciter individuellement l'aide pécuniaire de toutes les personnes qui, exerçant des professions libérales, se doivent de secourir les infortunes des jeunes.

Point n'est besoin de beaucoup insister sur l'utilité d'un sanatorium universitaire.

Que nos lecteurs sachent que l'œuvre été bien conçue, qu'elle est de plus très bien conduite.

Tous les envois de fonds doivent être faits à l'adresse de M. GUY, Recteur del'Académie de Grenoble (chèques postaux ; Lyon 188-37).

Pour tous renseignements ou demande d'envoi de brochure détaillée, s'adresser à M. CROUZAT, Secrétaire général, 1, rue Pierre-Curie à Paris, Ve.

Téléphone ; Gobelins 73-09.

Hôpital Saint-Antoine. — *Conférences de gastro-entérologie.* — Le Dr LE NOIR commencera une série de cinq conférences le mardi 9 juin à 10 h. 1/2, salle Aran, et les continuera les jeudi, samedi, mardi et jeudi suivants à la même heure. Sujet des conférences : l'hyperchlorhydrie : ses modalités, ses complications, son traitement.

Société nationale de chirurgie de Paris. — *Prix à décerner en* 1925. — (Séance annuelle de janvier 1926). — Prix Dubreuil, annuel (400 francs). Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 francs). A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1925.

Prix Laborie, annuel (1.200 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 francs). Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain. — Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur le sujet suivant : « *Des divers procédés d'orchidopexie et de leurs résultats éloignés.* »

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 francs). A l'auteur d'un travail inédit sur l'*Action des anesthésiques généraux sur le foie.*

Prix Aimé Guinard, triennal (1.000 francs). Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris, pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VI[e] arrond.), avant le 1[er] novembre 1925.

Fédération corporative des médecins de la région parisienne. — L'Assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne a élu membres du Conseil d'administration :

MM. d'Ayrenx, Balthazard, Bellencontre, Biard, Bitterlin, Bloch Bourguignon, Boyer, Cange, Cayla, Deniker, Dubreuil, Durand, Forestier, Frigaux, Gallois, Gandy, Gastou, Genil-Perrin, Hartmann, Labady, Le Fur, Lian, Pamart, Perpère, de Pradel, Rousseau-Decelle et Sénéchal.

Le bureau pour 1925 est ainsi composé :

Président, M. Balthazard ; vice-présidents, MM. Lian, Sénéchal, Gastou, d'Ayrenx ; secrétaire général, M. Deniker ; secrétaire-adjoint, M. Frigaux ; trésorier, M. Dubreuil ; trésorier-adjoint, M. Boyer ; secrétaire des séances, M. Bitterlin ; archiviste, M. Gallois.

Liste des candidats admis à la 1[re] épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine. (Session de janvier 1925). — 4[e] *division. — Chirurgie et obstétrique.*

Section A. — Chirurgie : Quénu, Paris, 30 ; Richard, Paris, 30 ; Michon, Lyon, 30 ; Richer, Lyon, 32 ; Roux, Montpellier, 31 ;

Section B. — Obstétrique : Portes, Paris, 36 1/2 ; Houël, Alger, 30 1/2 ; Gaucherand, Lyon, 31 1/2 ; Vermelin, Nancy, 30.

N. B. — Les résultats de la 3[e] division (médecine) seront publiés ultérieurement.

Association française pour l'avancement des sciences. — Congrès de Grenoble 1925, XII[e] section. — La 49[e] session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Grenoble, du 27 juillet au 1[er] août 1925.

Faire parvenir au Secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (VI[e]), avant le 20 juin prochain :

1° Les adhésions ;

2° Le titre des communications.

La XII[e] section a mis à l'ordre du jour du Congrès la question de l'ulcère du duodénum ; rapporter M. le Professeur agrégé Cade et M. le professeur agrégé Santy.

Prière d'adresser la correspondance soit au Professeur TEISSIER 108, rue du Chemin de l'Etoile d'Alai, Lyon (5[e] arrondissement), soit au Secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (6[e]).

Pour faciliter la préparation du Congrès, MM. les auteurs sont instamment priés d'adresser également au Secrétariat de l'Association, rue Serpente, 28, Paris (6[e] arr.), avant le 20 juin, dernier délai le titre de chacune de leurs communications.

Le Réglement limite à 3 pages des comptes rendus la place totale disponible pour chaque auteur ou groupe d'auteurs.

Faculté de médecine de Paris. — La dénomination des chaires de la faculté de médecine de l'Université de Paris ci-après désignées est modifiée ainsi qu'il suit :

ANCIENNE DÉNOMINATION	NOUVELLE DÉMOMINATION
Hygiène	Hygiène et médecine préventive.
Anatomie médico-chirurgicale.	Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.

Nécrologie. — D[r] CHAUMAT. — D[r] ROUX-SEIGNORET.

(Voir la suite page 732.)

TRAVAUX ORIGINAUX

Considérations sur la pathogénie du rhume des foins et les effets thérapeutiques des petites doses de rayons de Curie ou de Rœntgen

Par J. BARCAT.

Le rhume des foins, catarrhe saisonnier considéré par les anciens auteurs comme une manifestation neuro-arthritique, est aujourd'hui regardé comme un syndrome d'anaphylaxie survenant chez des sujets sensibilisés aux protéines polliniques.

En fait, c'est à l'époque où les pollens flottent dans l'atmosphère, pendant la période qui va de mai à la fin d'août, que surviennent les crises de picotements et d'hydrorrhée naso-oculaires, les accès d'éternuements et de céphalalgie qui forment l'essentiel du tableau clinique bien connu, compliqué parfois de catarrhe laryngo-bronchique et de pénibles crises d'asthme. Au moment des accès ou un peu avant, on constate les altérations de la crase sanguine, leucopénie, inversion de la formule leucocytaire, etc., regardées par Widal et ses élèves comme caractéristiques de la crise anaphylactique, qui ne serait en dernière analyse qu'une brusque altération de l'équilibre des colloïdes plasmastiques du sang (hémoclasie) au contact d'une albumine étrangère à l'organisme (pollens dans le cas envisagé).

Ainsi le rhume des foins se rattache nettement à l'anaphylaxie de Richet; mais quel est le processus intime des réactions qui constituent ses symptômes si pénibles ?

S'agit-il réellement d'une colloïdoclasie, d'une floculation, comme le précise la conception de A. Lumière relative au mécanisme général de la crise anaphylactique ?

Dans cette hypothèse, que rend très admissible la superficialité du réseau capillaire des muqueuses du nez et des yeux, les protéines polliniques arrivant facilement au contact du sang y détermineraient la crise hémoclasique, la floculation et, par irritation des parois vasculaires, le spasme puis la vaso-dilatation déterminant tous les autres symptômes de l'accès.

Pour satisfaisante que soit cette conception pathogénique, il n'en reste pas moins vrai que l'hémoclasie de Widal, la floculation de A. Lumière, ne sont que d'ingénieuses hypothèses, ces phénomènes trop subtils, si tant est qu'ils existent, échappant à nos moyens actuels d'observation.

***

Plus simple et plus conforme aux faits qui vont être exposés plus loin, nous apparaîtrait une théorie pathogénique nerveuse de la crise de rhume des foins. Dans ce cas, tous les symptômes seraient sous la dépendance d'une hyperesthésie du système nerveux régional (voire général) vago-sympathique, particulière aux pollens.

Sous l'excitation des filets nerveux terminaux des muqueuses oculaire, nasale et trachéo-bronchique, il se produirait d'abord un spasme des artérioles de tout l'organisme, expliquant, comme l'ont montré les recherches de Tinel et Santenoise, de façon simple et élégante les modifications sanguines (leucopénie et inversion de la formule leucocytaire) rapportées plus haut. Dans les artérioles ainsi diminuées de calibre, la partie fluide du sang passerait plus facilement que les éléments figurés ; les globules blancs seraient en partie retenus en amont, les plus volumineux, qui sont les polynucléaires, étant naturellement retenus plus que les autres. A la phase de spasme succéderait la vasodilatation régionale et l'ensemble des phénomènes irritatifs qui constituent les signes locaux de l'affection.

Ainsi les modifications sanguines ne constituent pas une objection valable contre la théorie purement nerveuse, mais elle apparait encore plus plausible si l'on considère l'action des petites doses de rayons émis par les corps radioactifs ou par l'ampoule à rayons X sur les symptômes du rhume des foins.

Ces effets, que nous avons constatés sur de nombreux malades depuis mai 1913 et que nous avons fait connaître par une note présentée par M. Balzer à l'Académie de médecine le 13 juin 1922, paraissent bien être d'ordre essentiellement neuro-sédatif.

La notion de l'*action excitante* des rayons précités sur les éléments cellulaires, dont elle active la nutrition et la caryokinèse, est très répandue et d'ailleurs conforme à la réalité, mais à côté de cette influence excitante sur les cellules, les rayons possèdent une *action calmante* tout à fait remarquable sur les centres, les racines, les troncs et les extrémités nerveuses.

Cette action sédative est manifeste dans le cas des névralgies et des névrites ; elle ne l'est pas moins dans celui des prurits localisés, de l'eczéma, des névrodermites, des lichens, de l'herpès récidivant, du zona, toutes manifestations qui sont sous la dépendance du système nerveux végétatif.

Or, comment concevoir autrement l'action du rayonnement sur le rhume des foins, qui, dans les trois quarts des cas observés, cède à leur influence de la même façon et dans les mêmes délais que les névralgies ? Sous de minimes doses de Ray. X dirigées chaque semaine sur les régions oculo-nasales, ou bien sous le faible rayonnement d'une solution de bromure de radium à 5 microgrammes pour 10 cc. employée sous forme de collyre ou de pulvérisation-inhalation (collyre Clin), on voit souvent, dès le lendemain, tous les symptômes s'atténuer et les jours suivants, s'amender progressivement jusqu'à disparaître en une à trois semaines. Parfois le début de l'amélioration est plus tardif et ne se produit qu'après une légère recrudescence réactionnelle qui se place vers le 8ᵉ jour ; de sorte que tout, dans ce processus de guérison, est parallèle à ce qu'on observe dans le cas des névralgies et des autres affections précitées.

***

C'est pourquoi la théorie pathogénique nerveuse du rhume des foins nous paraît plus vraisemblable que la théorie physico-chimique. D'ailleurs tous les phénomènes de l'anaphylaxie en général ne sont-ils pas dans leur essence des réflexes vago-sympathiques liés à une hyperesthésie particulière du système nerveux végétatif vis-à-vis de certaines substances, celles-ci exerçant leur action irritative tantôt directement en vertu de leur constitution physico-chimique, tantôt indirectement par modification des milieux humoraux et peut-être par floculation, comme le veut A. Lumière.

CLINIQUE INFANTILE

Traitement de la rougeole,

Par le Dr **P. LEREBOULLET** (1).
Professeur agrégé médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Parmi les maladies infectieuses qui frappent l'enfance, la rougeole, par sa fréquence, par la multiplicité des complications qu'elle peut entraîner, par sa gravité trop fréquente (surtout lorsqu'on est obligé de la soigner à l'hôpital) a une importance considérable. Son rôle dans la morbidité et dans la mortalité infantile ressort à l'évidence des constatations faites à cet hôpital même, où nous avons périodiquement à lutter contre des épidémies qui envahissent nos salles, fauchent bien des petits malades entrés pour toute autre chose et, malgré tous les efforts des médecins et du personnel, entraînent aussi la mort de bon nombre de ceux qui nous sont amenés du dehors comme rougeole déclarée. Fort heureusement, en ville, le pronostic de la rougeole change du tout à tout; la mort y est exceptionnelle, alors qu'elle atteint une forte proportion à l'hôpital, en dépit de toutes les précautions. Elle reste toutefois en ville une maladie qu'il faut surveiller de près et dont les complications sont communément sérieuses.

Nous ignorons encore quel est le virus de la rougeole ; tout en sachant qu'il s'agit d'une maladie infectieuse hautement contagieuse, nous ne savons pas la nature du germe causal ; peut-être les récentes et intéressantes recherches de Salimbeni et Kermorgant arriveront-elles à une conclusion formelle, et l'organisme qu'ils ont isolé et cultivé, qu'ils ont classé parmi les spirochétidés, sera-il reconnu comme l'agent de la rougeole. Peut-être sera-t-ce plutôt le diplocoque de très petite taille isolé par le professeur Caronia, et retrouvé par divers observateurs, qu'il faudra retenir comme le germe de la rougeole. Nous devons jusqu'à présent rester dans l'expectative et cette ignorance du germe causal rend forcément limitée toute thérapeutique spécifique de la rougeole.

En revanche nous connaissons assez bien sa physiologie pathologique. Nous savons notamment comment l'*anergie*, dans la rougeole, explique la facilité avec laquelle les infections secondaires externes et internes se développent chez l'enfant rougeoleux, comment il reste sans défense à l'égard des maladies qui viennent secondairement l'assaillir ; la diphtérie, si communément grave, la tuberculose, si souvent rapidement évolutive à la suite de la rougeole, en sont des exemples démonstratifs. C'est surtout aux infections secondaires et notamment aux infections bronchopulmonaires qu'est due la *gravité de la rougeole hospitalière*, si souvent et justement dénoncée, d'autant plus considérable que l'isolement individuel ne peut-être appliqué. Il est déplorable de penser que 20 pour 100 environ des enfants soignés à l'hôpital pour rougeole succombent, alors que 2 pour 100 au plus meurent en ville.

Eviter la généralisation trop grande des épidémies qu'entraîne l'encombrement hospitalier et par suite une mortalité plus grande encore doit être la première tâche du médecin ; à cet égard, de nouvelles médications, et notamment la *séroprophylaxie préventive* permettent dans une large mesure d'arriver à un résultat.

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants-Malades le 7 mars 1924.

Mais la maladie déclarée, il faut aussi prévenir ses complications, puisque ce sont elles qui font la gravité de la rougeole. C'est à cet égard que les mesures d'*hygiène préventive*, hospitalière ou familiale, s'imposent.

La médecine préventive a donc, qu'elle s'adresse à la maladie ou à ses complications, un rôle de premier plan dans la rougeole et c'est elle que j'envisagerai tout d'abord ; d'ailleurs c'est elle qui surtout a bénéficié des recherches et des découvertes récentes.

Le traitement préventif de la rougeole s'inspire des notions que nous avons sur la contagion et la durée de son incubation. Pratiquement il n'existe pas d'immunité naturelle contre la rougeole, tout sujet qui ne l'a pas eue doit la contracter, s'il est exposé à la contagion. En revanche celui qui l'a eue a de grandes chances d'être immunisé contre une nouvelle atteinte. Les récidives, réelles, sont rares. La rougeole, surtout contagieuse dans la période prééruptive et au début de l'éruption a une durée d'incubation de dix à onze jours, suivie d'une période d'invasion de trois à quatre jours, si bien que, pratiquement, 14 à 15 jours après la contagion, la rougeole doit être cliniquement évidente.

Un bon moyen, dès longtemps employé, de limiter la transmission de la rougeole est d'isoler dans les collectivités, non seulement les malades, mais les sujets qui ont été exposés à la contagion ; d'avoir, dans les hôpitaux d'enfants, des lazarets ou des boxes d'isolement où les enfants sont maintenus 15 jours, avant d'être mis en contact avec les autres enfants de la collectivité. C'est ce moyen que nous nous efforçons de réaliser dans les hôpitaux de convalescents, dans les hôpitaux marins, partout où nous envoyons les enfants qui sortent de nos hôpitaux ; ainsi, lorsque la rougeole se déclare chez ces enfants, elle peut ne pas provoquer une épidémie chez les autres enfants de la même formation sanitaire. Mais cet isolement est difficile à réaliser de façon parfaite et ne peut que partiellement empêcher la propagation de la rougeole. En temps d'épidémie surtout, nombre d'enfants échappent à cet isolement préventif et la rougeole survient chez eux, provoquant d'autres contagions.

Aussi la *séroprophylaxie antimorbilleuse*, née des recherches de Nicolle et Conseil en 1916, a-t-elle été accueillie avec un grande faveur et constitue-t-elle effectivement un moyen précieux. Après M. Ribadeau-Dumas et Et. Brissaud, qui employèrent avec succès dans un cas de rougeole maligne le sang de convalescent comme agent curateur, MM. Ch. Nicolle et Conseil démontrèrent le *pouvoir préventif du sang de convaleseent de rougeole* en protégeant un enfant contaminé grâce à l'injection du sang d'un frère aîné, guéri depuis quelques jours.

Leurs essais, renouvelés en 1920, furent repris par divers observateurs et en 1922 M. P.-L. Marie put grouper les résultats intéressants obtenus, MM. Nobécourt et Paraf apportèrent de nouveaux faits, en 1923 enfin M. Debré MM. Méry et Joannon et bien d'autres en France ou à l'étranger vinrent affirmer *l'efficacité de l'injection de sérum de convalescent dans le processus de la rougeole* pour peu qu'elle soit faite précocement, c'est-à-dire dans les tout premiers jours de l'incubation, avant le sixième jour. Je ne veux pas insister sur tous les détails d'applications de cette méthode et ne puis que vous renvoyer aux récents et importants mémoires de MM. Debré et Joannon et de M. L. Tixier. Du moins dois-je rappeler les règles générales de cette méthode, applicable à la ville et à l'hôpital.

La rougeole est, *en ville*, si habituellement bénigne

qu'il n'y a lieu d'appliquer la séroprophylaxie qu'aux vraiment débiles et aux tout jeunes, aux enfants au-dessous de deux ans, chez lesquels elle est trop souvent assez sévère ; c'est ainsi que, dans quelques cas, j'ai eu à la pratiquer avec succès.

A l'hôpital et dans les collectivités d'enfants, elle a en revanche plus d'indications. Dans nos services, et notamment dans nos services de contagieux, elle s'impose aux voisins de lits, aux entrants n'ayant pas eu la rougeole, aux enfants plus particulièrement menacés, pour peu qu'un ou plusieurs cas de rougeole se soient déclarés dans une salle. Dans les crèches, dans les pouponnières, dans les garderies d'enfants, la séroprophylaxie morbilleuse peut être une ressource précieuse ; de même que la séroprophylaxie antidiphtérique a permis d'arrêter net certaines épidémies de diphtérie, de même l'emploi de sérum de convalescent s'est révélé capable dans certains cas de limiter l'extension de la rougeole. La généralisation de la méthode, pour peu qu'on dispose du sérum voulu, peut donc être envisagée.

La *technique* de la sérothérapie préventive antimorbilleuse est simple. On injecte ordinairement 4 à 5 c. cubes de *sérum de convalescent* de rougeole, sérum prélevé aseptiquement, à réaction de Bordet-Wassermann négative, ne provenant pas d'un tuberculeux ; ce sérum aura été prélevé 7 à 9 jours après la défervescence. Le mélange de plusieurs sérums semble indispensable, les unisérums ayant une efficacité bien moindre que les plurisérums. Ce mélange se conserve facilement plusieurs mois en gardant son activité. Le sérum doit être injecté par voie sous-cutanée avant le sixième jour qui suit le début de l'incubation, son action préventive cessant après cette date, mais son action atténuante sur la rougeole pouvant alors se manifester (Debré et Ravina). A défaut de sérum de convalescent récent, on a préconisé le *sérum d'adulte* ayant eu la rougeole (Degwitz) et on peut se demander si, devant la difficulté d'avoir toujours du sérum de rougeoleux, l'emploi du sérum d'adultes ne devrait pas être plus largement envisagé. Il faut toutefois l'utiliser à beaucoup plus large dose en raison de son activité moindre. Enfin, dans certains cas d'urgence, on peut, avec Ruelle (de Bruxelles), recourir au *sang citraté* ; dans une seringue chargée de 5 c. cubes de citrate de soude à 10 p. 100 on recueille 4 c. c. de sang prélevé par ponction veineuse à un convalescent de rougeole et on l'injecte aussitôt sous la peau de l'enfant en incubation de rougeole. C'est une méthode d'urgence qui peut être utile quand on n'a pas de réserve de sérum antimorbilleux mais qui est délicate à employer et se heurte aux mêmes chances d'insuccès que les unisérums. En pratique, on se sert de sérum de convaleseents, mais il est certain qu'il est souvent difficile d'avoir sous la main les quantités nécessaires à son emploi régulier.

La méthode que je viens de vous exposer rapidement a donné des résultats indiscutables, malgré quelques insuccès, dont la proportion, d'après MM. Debré et Joannon, n'excédait pas 1 p. 100 des cas ; le nombre des insuccès serait-il plus fort que, vu la contagiosité extrême de la rougeole, les résultats de la sérothérapie n'en serait pas moins précieux à enregistrer.

La séroprophylaxie a donné des résultats surtout dans les hôpitaux et nous en avons tous obtenu dans nos services ; à la crèche des Enfants-Malades, à la crèche de Médan et ailleurs M. Méry, M. Debré, M. Joannon, ont signalé des effets vraiment satisfaisants de cette méthode. Pour ma part, l'année dernière, au pavillon de la diphtérie, j'ai eu à lutter contre une épidémie de rougeole. Vous savez la gravité de cette maladie chez un diphtérique convalescent, et comment elle est un facteur de malignité. De plus, la rougeole entraîne à sa suite de fréquentes et graves bronchopneumonies qui peuvent à leur tour se transmettre à d'autres enfants aggravant le pronostic général de la diphtérie. Et bien, avec la collaboration de MM. Pierre-Louis Marie, Joannon et Boulanger-Pilet, nous avons pu arrêter complètement l'épidémie de rougeole survenue dans les trois premiers mois de 1923 en injectant systématiquement tous les enfants qui entraient au pavillon, sauf ceux ayant eu la rougeole. 34 injections de sérum de convalescents furent ainsi pratiquées, 26 enfants purent être suivis dont 25 restèrent indemnes ; un seul a fait une rougeole, anormale d'ailleurs, car ce fut une rougeole retardée dont la période préexanthématique (incubation et invasion) a dépassé 21 jours. Parmi les 25 autres enfants, beaucoup, ayant eu des rougeoles graves, auraient gravement souffert d'une rougeole. La méthode a donc été efficace.

De même M. Debré, avec MM. Broca et J. Bertrand, a récemment publié un fort intéressant travail sur les efforts faits à l'hôpital Bretonneau où ils ont créé un centre de prophylaxie antirougeoleux où ils ont recueilli du sérum en quantité suffisante. Ils ont répandu le sérum dans différents centres urbains et l'ont délivré aux praticiens qui ont pu ainsi arrêter l'évolution d'un grand nombre de cas de rougeole. Il est certain qu'au cours de l'épidémie de 1922-23 on a ainsi sauvé la vie à un grand nombre d'enfants en mauvais état général en leur faisant ces injections préventives de sérum et il est à souhaiter que des centres de prophylaxie assurant l'approvisionnement en sérum soient peu à peu créés, car le manque de sérum est trop souvent un obstacle à l'application de la méthode.

Doit-on généraliser la séroprophylaxie? Il faut ici encore distinguer la ville et l'hôpital, comme nous l'avons fait plus haut. A l'hôpital il s'agit de préserver des enfants débiles ou déjà malades. Par conséquent il est souhaitable qu'à l'hôpital, comme dans les collectivités d'enfants, la séroprophylaxie se répande ce qui permettra d'ailleurs de mieux juger sa valeur.

Au contraire, en ville, il faut être beaucoup plus réservé, car la rougeole est communément bénigne. Néanmoins, comme je vous l'ai dit, injectez du sérum de convalescent aux enfants très jeunes, au-dessous de deux ans, aux enfants atteints de tuberculose, aux enfants relevant d'une scarlatine ou d'une diphtérie, encore que chez ces convalescents de maladie aiguë, la méthode soit moins active et plus susceptible d'échec.

Bien des inconnues existent encore dans cette question et la durée de l'immunité conférée par le sérum de convalescent est malheureusement très brève. Il n'en reste pas moins que c'est une acquisition précieuse et qu'il est désirable qu'une meilleure organisation en rende l'emploi plus aisé et plus fréquent.

***

J'arrive au *traitement curatif* de la rougeole. Il faut encore l'envisager en ville et à l'hôpital. En ville on admet volontiers que la rougeole guérit d'elle-même et ne réclame aucun traitement. Ce n'est pas absolument vrai, il convient de traiter les rougeoleux, ne fût-ce que pour contenter les familles. Mais un traitement simple, surtout hygiénique, est suffisant.

Il en va autrement à l'hôpital parce que les complications secondaires sont fréquentes. S'il y a si peu de

complications en ville c'est parce que le rougeoleux est isolé d'autres malades et est à l'abri des germes d'infection secondaire Cet *isolement* du rougeoleux est en effet le point capital. Il est nécessaire que le malade soit isolé dès le premier jour pour éviter la contamination d'autres malades, c'est-à-dire dans un intérêt collectif. Mais il doit, également dans son intérêt individuel, être soustrait aux contacts des autres enfants afin de n'en pas recevoir des germes de contagion bronchique ou autre. Le professeur Hutinel a insisté sur l'aggravation de la rougeole par passage de ces germes d'un malade à un autre, il a montré que la broncho-pneumonie devenait contagieuse et hypervirulente dès que plusieurs enfants étaient réunis ensemble.

Il y a donc lieu d'isoler les rougeoleux pour éviter qu'ils ne contractent, d'autres enfants réunis avec eux, des germes d'infection secondaire.

Si l'isolement est nécessaire, on peut discuter la valeur de la *désinfection* après la maladie. Elle ne paraît pas nécessaire vis-à-vis du virus morbilleux qui semble extrêmement fugace. En revanche, je crois que le principe de la désinfection peut être maintenu quelquefois, quand la rougeole est riche en complications broncho-pulmonaires. En tout cas la désinfection périodique de nos salles de malades s'impose si, faute d'isolement individuel, nous sommes forcés de grouper nos rougeoleux dans une salle commune.

Il faut se rappeler aussi que la si, rougeole n'est pas transmissible par un tiers dans la majorité des cas, c'est sous la réserve que les rougeoleux ne soient pas trop près les uns des autres dans une salle. Un médecin ne va pas transporter la rougeole d'un point d'une ville à un autre, mais il peut la transporter d'une chambre à une autre, d'un lit à un autre.

Il en résulte qu'à l'hôpital autant que possible les rougeoleux doivent être en *isolement individuel*.

A cet égard l'organisation hospitalière a traversé trois phases ; dans la première les rougeoleux étaient soignés dans la salle commune. Sans doute alors on voyait une grande contagion de la rougeole ; néanmoins la mortalité n'était pas extrême.

Et la mortalité a été plus élevée du jour où on a mis les rougeoleux ensemble. C'est à ce moment que les statistiques ont accusé jusqu'à 45 pour 100 de décès. Lorsqu'on a pu réaliser l'isolement individuel complet, la mortalité a baissé. C'est ainsi qu'à l'hôpital Pasteur elle est seulement de 1 à 2 %, qu'à l'hôpital Hérold, elle est de 2 à 3 %. Inversement elle était en juin 1913, aux Enfants-Malades (Marfan et St-Chauvet), de 38 p. 100 !

Sans doute bien des causes existent qui expliquent la mortalité hospitalière de la rougeole, mais la généralisation de l'isolement individuel la ferait certainement baisser. Malheureusement, il n'est encore que très imparfaitement réalisé et il a fallu la vigoureuse campagne menée au Conseil municipal par M. de Fontenay, pour obtenir, aux Enfants-Assistés et aux Enfants-Malades, l'installation de l'isolement individuel dans le pavillon de la rougeole. Encore reste-t-il insuffisant lors d'épidémie, car l'encombrement vient déjouer toutes les combinaisons prévues et obliger à accumuler les rougeoleux dans des installations de fortune ; ce n'est que peu à peu que l'isolement vrai pourra donc être réalisé.

Ceci dit sur l'importance de l'isolement comme mesure initiale de traitement des rougeoleux, et surtout de l'isolement individuel, voyons comment en pratique peut être réalisée la protection des rougeoleux contre les infections secondaires.

Il faut mettre l'enfant dans une chambre ou un box. Ce box doit être aéré, bien insolé. Y a-t-il besoin de faire davantage ? On a conseillé, — c'est peut-être un vestige des méthodes homœopathiques — de mettre le rougeoleux à la *lumière rouge*. Il y a très longtemps que dans certains pays, dans les Vosges, en Roumanie, au Caucase, etc., on met des chemises rouges aux rougeoleux pour les guérir. M. Chatinière a consacré sa thèse à l'étude de l'action de la lumière rouge dans la rougeole.

La plupart des médecins qui l'ont expérimentée ont abouti à une conclusion négative, même la lumière rouge semble avoir au contraire une action irritante et énervante. On connaît l'histoire célèbre des ouvriers en plaques photographiques travaillant sous la lumière rouge, qui avaient si mauvais caractère qu'on dût changer la couleur des carreaux pour obtenir du calme. Concluons avec Gouget à l'inutilité de semblable méthode.

En revanche, ce qui est important, c'est d'assurer l'hygiène et la propreté du rougeoleux.

Quand un rougeoleux arrive à l'hôpital porteur de lésions d'impétigo infecté, de lésions de grattage multiples, il est bien près de faire de la gangrène de la peau. Lorsqu'il arrive avec des yeux irrités, infectés, il est exposé à faire des conjonctivites graves. Lorsqu'il a de la rhinite, de l'adénoïdite, il peut plus facilement faire des complications de broncho-pneumonie. En conséquence, il faut nettoyer le rougeoleux, laver sa peau, mettre dans ses yeux un collyre, une solution antiseptique, assurer l'hygiène des fosses nasales en introduisant dans les narines quelques gouttes d'huile eucalyptolée (25 centigr. d'eucalyptol pour 15 gr. d'huile de vaseline) ou d'huile goménolée, faire enfin l'antisepsie de la cavité buccale.

Il y a surtout une méthode préventive très utile, c'est la *méthode de Milne*, applicable à toutes maladies infectieuses. Elle consiste d'une part dans l'application sur les amygdales et dans la gorge d'huile phéniquée au vingtième, d'autre part dans l'usage très large en aspirations, inhalations, onctions sur le corps, de l'essence d'eucalyptus qui peut aussi être répandue au-dessus du lit du malade sur une sorte de tente ou de voile de mousseline disposé à cet effet,

Cette méthode ne semble pas avoir d'action sur la propagation de la rougeole elle-même, mais elle a une grande importance au point de vue de la propagation des complications de la rougeole. Depuis que je dirige le pavillon de la diphtérie, j'ai employé la méthode de Milne. Tout malade à son entrée reçoit sur une compresse ou sur les draps de son lit une quantité importante de gouttes d'eucalyptol. Il respire largement cette essence versée sur un mouchoir à proximité de son oreiller. S'il s'agit d'un jeune enfant, il dort sous une tente de mousseline arrosée d'eucalyptus. Depuis que j'emploie la méthode ainsi, j'ai vu beaucoup moins de broncho-pneumonies, et surtout moins de broncho-pneumonies graves. Je crois, que c'est un moyen efficace de préservation préférable aux classiques inhalations d'eau chaude et de feuilles d'eucalyptus.

La méthode de Milne me paraît donc une ressource excellente pour diminuer les complications de la rougeole, c'est un des éléments importants de la thérapeutique préventive de la rougeole.

L'alimentation est assez simple à régler. On a dit qu'il fallait nourrir les rougeoleux. Il faut s'entendre. Le rougeoleux fébrile, qui a 40°, ne doit pas être nourri comme les autres. Il est justiciable de la diète hydrique, de l'eau salée sous forme de bouillon de légumes, de l'eau sucrée sous forme de tisanes.

Il n'est pas tributaire d'une alimentation azotée intense. Le professeur Nobécourt, avec MM. Merklen et Ramus, a montré, par l'élimination des chlorures et de l'urée qu'il n'y avait aucun intérêt à nourrir fortement un rougeoleux, que ce rougeoleux dans la période aiguë devait être soumis à l'alimentation hydrique tout comme un autre fébricitant, et que cette alimentation suffisait à entretenir ses forces ; c'est à la période de convalescence qu'il faut reprendre une alimentation plus abondante, qui peut assez vite redevenir normale.

En dehors de cela, il y a une médication que vous devez faire parce que classique, c'est la médication par *l'acétate d'ammoniaque*, bon stimulant diffusible des bronches, dont on aurait grand tort de le priver et qu'il est utile d'associer au benzoate de soude ; la potion suivante convient souvent bien et est aisément acceptée des enfants :

Acétate d'ammoniaque..........		4 à 6 gr.
Benzoate de soude..............		1 à 2 gr.
Sirop d'éther.....................	ââ	40 gr.
Sirop de fleurs d'orange........		
Eau distillée q. s. pour.........		150 gr.

2 à 4 cuillerées à dessert par jour.

Vous pouvez donner un calmant de la toux, comme la *teinture de drosera*, de vingt à quarante gouttes, deux à trois fois par jour. C'est un produit inoffensif et parfois assez efficace, associé ou non à la teinture de lobélie.

Lorsque l'enfant a guéri sa rougeole, que la fièvre est tombée, l'indication des médications toniques se pose : sirop iodo-tannique, glycérophosphates, préparations à base de quinquina, etc.

La rougeole normale guérit toujours. Il faut simplement quelques jours de patience et en huit jours tout est terminé.

Mais le médecin a souvent à soigner des rougeoles graves ou des complications.

Les *formes graves* de la rougeole sont heureusement (en tant que formes) relativement peu fréquentes. Il y a des *rougeoles malignes*. La rougeole dite nerveuse, ataxo-adynamique, existe dans certains cas, c'est cette forme qui a tué en quelques heures un pauvre enfant dont la mort est la seule que j'aie eu à déplorer en ville. Nous la voyons exceptionnellement, et surtout chez les grands enfants et les adultes.

Contre cette rougeole maligne nous sommes désarmés. On a donné des bains froids, on a fait des lotions froides et il semble bien que cette thérapeutique soit justifiée par son action stimulante.

M. Ribadeau-Dumas et Etienne Brissaud ont employé en pareil cas la transfusion du sang de rougeoleux convalescents. D'autres ont injecté le sérum de rougeoleux convalescents.

Eh bien ces injections ne donnent pas les résultats qu'elles donnent au point de vue préventif. D'ailleurs les doses de sérum assez considérables qu'il faut employer sont assez difficiles à trouver, étant donnée la rareté du sérum de convalescent.

Néanmoins la méthode semble intéressante à employer chez un grand enfant ou un adulte gravement atteints. On injecterait alors de 20 à 30 cm. de sérum de convalescent, par voie intra-musculaire ou intraveineuse, cette dernière voie pouvant d'ailleurs amener un choc curateur.

Les *formes hémorragiques* sont rares, réserve faite de la forme dite rougeole dite ecchymotique, survenant au cours de la coqueluche et n'ayant pas à l'habitude une gravité spéciale. Néanmoins vous pourrez, dans un cas sévère, employer la médication anti-hémorragique par le chlorure de calcium, le jus de citron, l'opothérapie hépatique et toute autre médication opothérapique.

Il y a des rougeoles avec *catarrhe suffocant précoce et grave* ; ce sont des rougeoles malignes dans lesquelles le catarrhe suffocant est déjà une complication par infection broncho-pulmonaire suraiguë. Dans de tels cas, il faut prescrire des bains froids ou refroidis, des enveloppements humides froids du thorax, une thérapeutique stimulante énergique, mais malheureusement les résultats sont trop souvent imparfaits.

J'arrive aux *rougeoles compliquées*. C'est la majorité des rougeoles hospitalières. J'ai dit qu'on pouvait les modifier par l'isolement strict et individuel, par la méthode de Milne et par les précautions prises à l'égard des premières voies aériennes, la propreté du sujet ; dans certains cas du sérum antipneumococcique à titre préventif peut constituer une bonne méthode. Mais il y a trop de cas où, malgré tout, ces complications surviennent.

Ce sont des *complications cutanées*. La gangrène de la peau se voit rarement mais est grave. On la traitera avant tout par les soins de propreté. A cet égard l'eau d'Alibour, le bleu de méthylène en attouchement rendent de réels services ; parfois on peut sur certains éléments sphacéliques, employer les attouchements au salvarsan.

Les *complications buccales* comprennent le noma, la gangrène de la bouche que vous verrez quelquefois. En ce cas vous ferez des applications répétées de bleu de méthylène à 1/20, puis, en cas d'échec, de salvarsan en poudre ou de néosalvarsan ; la sérothérapie antigangréneuse peut être un adjuvant utile. Le noma étant, pour une part, fonction de la spirillose de la bouche, on conçoit l'utilité des arsénobenzènes, et ils ont quelques rares guérisons à leur actif.

Vous devez également soigner les otites, les rhinites, les adénoïdites de la rougeole.

Vous serez amenés assez fréquemment à faire de la vaccinothérapie contre les infections, les suppurations secondaires, notamment de la vaccinothérapie antistaphylococcique par un stock vaccin ou par auto vaccin.

La rougeole se complique de laryngite et de bronchopneumonie, quelquefois de diphtérie.

Il faut se rappeler à ce sujet qu'en dehors de la sérothérapie préventive de la rougeole il y a une autre sérothérapie préventive à faire, qui est la *sérothérapie préventive des complications*. Dans une rougeole hospitalière il est de bonne habitude d'injecter préventivement à un enfant : 10 cc. de sérum antidiphtérique, 10 cc. de sérum antistreptococcique et 10 cc. de sérum antipneumococcique.

Depuis qu'on injecte aux enfants qui entrent au pavillon de la rougeole du sérum antidiphtérique, on n'a pratiquement plus de diphtéries graves consécutives à la rougeole ; il va de soi qu'on peut utilement substituer l'antitoxine purifiée au sérum antidiphtérique dans cette prévention.

Les laryngites doivent être particulièrement surveillées en raison de leur origine diphtérique possible. Il faut se rappeler toutefois que l'enfant rougeoleux fait souvent des laryngites à type striduleux avec suffocation marquée simulant le croup et qui ne sont nullement liées au bacille de Lœffler.

Ces laryngites doivent surtout être traitées par les enveloppements chauds du larynx et les calmants. Il faut employer les antispasmodiques tels que le benzoate de

benzyle à la dose de 20 à 30 gouttes par jour, l'antipyrine, le bromure, le gardénal surtout ; quelquefois on est autorisé à donner de petites doses de morphine. Il faut tout faire pour essayer d'éviter le tubage qui ne donne jamais tant d'ennuis que dans ces laryngites non diphtériques de la rougeole. Les malades deviennent souvent des tubards exposés de ce fait à de graves accidents. Il faut donc ne tuber les rougeoleux qu'à bon escient.

Les *bronchopneumonies* surviennent trop souvent dans la rougeole ; je ne reviens pas sur leur traitement que j'ai exposé précédemment. Avant tout, il faut faire des bains chauds, des enveloppements humides, des piqûres stimulantes d'huile camphrée, etc.

La potion à l'acétate d'ammoniaque est particulièrement indiquée. Trop souvent du fait de l'anergie morbilleuse, la maladie évolue vers la mort, mais il est des faits de guérison qui justifient les efforts thérapeutiques ; même dans ces cas qui semblent désespérés.

La rougeole peut se compliquer d'infections secondaires et parmi elles une des plus graves est la *diphtérie.* La diphtérie survient au cours de la rougeole du fait même de cette anergie dont je parlais. Elle peut être très sévère et très vite se compliquer de croup. Ce croup consécutif à la rougeole est beaucoup plus grave que celui qui succède à la diphtérie pharyngée, il évolue en quelques heures, la gorge se remplit de membranes et le malade meurt d'une mort rapide. C'est pourquoi il est si important de faire la sérothérapie antidiphtérique dès l'entrée à l'hôpital.

En ville, nous ne pouvons faire cette sérothérapie que du jour où nous voyons apparaître la diphtérie, aussi faut-il la faire alors intensive et rapide sans attendre la réponse du laboratoire.

La rougeole peut s'associer à d'autres maladies, à la scarlatine notamment, et il faut connaître la gravité de la rougeole secondaire à la scarlatine sur laquelle mon maître Hutinel a maintes fois insisté et que j'ai moi-même étudiée.

Je vous rappelle à ce propos que ces faits de rougeole post-scarlatineuse résultent en réalité souvent d'une contagion simultanée à l'entrée de l'enfant à l'hôpital, dans la salle de consultation externe en raison de l'agglomération et de l'impossibilité de toujours assurer un triage suffisant. La gravité même de la double infection ainsi contractée suffit à justifier toutes les mesures de prophylaxie hospitalière tendant à diminuer les contagions des consultations externes.

Deux mots sur les *suites de la rougeole.* La rougeole guérit, mais elle guérit non sans laisser l'enfant fatigué, et constamment nous voyons à l'hôpital des enfants anémiés, amaigris, qui relèvent de rougeole ; fréquemment ils sont atteints de *tuberculose évolutive* mais encore relativement latente.

Il faut se rappeler que la rougeole ouvre volontiers la porte à la tuberculose grâce à l'anergie qu'elle crée, tuberculose qui n'est pas nécessairement aiguë ou subaiguë, mais qui peut évoluer à bas bruit.

D'autre part elle amène chez un certain nombre d'enfants une adénopathie trachéobronchique qui n'est pas nécessairement tuberculeuse ; toutefois l'adénopathie simple est le plus souvent temporaire.

Ces enfants qui restent pâles, amaigris, moins résistants, et qui ont une tuberculose latente ou une adénopathie trachéobronchique, ou simplement de l'anémie, doivent être envoyés au grand air le plus vite possible ; quand ces rougeoleux convalescents sortent de l'hôpital, ils peuvent profiter de nos ressources climatiques et aller dans nos sanatoriums de San Salvadour, d'Hendaye, etc., s'ils n'ont pas de tuberculose évolutive. S'ils ont simplement une adénopathie tenace, comme le cas est assez fréquent, il y a des stations hydrominérales très utiles et bienfaisantes en la circonstance, ce sont : La Bourboule, le Mont-Dore, Saint-Honoré, qui conviennent merveilleusement pour les infections du cavum et du nez et aident à la résolution des reliquats de bronchite. La cure hydrominérale est souvent un bon prélude à la cure marine.

La rougeole a affaibli le terrain, diminué la résistance de l'enfant aux infections et il convient de le tonifier, de lui rendre cette résistance si nécessaire à la santé ; les cures climatiques et hydrominérales peuvent être à cet égard précieuses.

Vous voyez que dans la rougeole un grand nombre de problèmes thérapeutiques se posent. La rougeole est véritablement un péril pour l'enfance, par la mortalité hospitalière considérable qu'elle entraîne trop souvent. Il n'est pas douteux que si on découvrait actuellement un vaccin pour la rougeole, non pas ce vaccin passager qu'est le sérum de convalescent, mais une vaccination microbienne vraie contre le microbe inconnu de la rougeole, on diminuerait la mortalité annuelle de la France dans une proportion appréciable. Ce vaccin n'est pas découvert. Il faut donc se contenter de traiter la rougeole par nos moyens actuels, mais il faut se rappeler que la médecine préventive ici joue un rôle capital : médecine préventive de la rougeole même par la séroprophylaxie chez tous les enfants débiles, médecine préventive des complications de la rougeole par une hygiène bien comprise, par l'isolement individuel du rougeoleux, et par l'assainissement de son organisme, pour éviter qu'il soit, au moment où éclate la rougeole, porteur d'une autre infection susceptible de se développer ou qu'il reçoive alors une hétéro-infection qui serait grave en raison de cet état.

Il y a donc une médecine préventive qui peut donner des résultats très heureux dans la rougeole et diminuer à elle seule la mortalité dont je parlais tout à l'heure. La médecine curative, moins importante, ne doit pas être négligée et peut aider à guérir plus vite les petits rougeoleux et à empêcher les suites de cette maladie communément bénigne en ville mais trop souvent meurtrière à l'hôpital.

(*Leçon recueillie* par le Dr LAPORTE.)

PSYCHIATRIE

Régression de la personnalité et psychanalyse

Par le Dr **Paul SOLLIER.**

Dans un article récent sur le transfert et la psychanalyse (*Progrès médical*, 14 février 1925), MM. Codet et Laforgue ont bien voulu faire allusion à mes travaux sur la régression de la personnalité, que les psychanalystes paraissent avoir ignorés jusqu'ici. Je les en remercie donc, mais je crois devoir, à cette occasion, rappeler la date de ces travaux et leur développement au regard de la psychanalyse.

MM. Codet et Laforgue disent, en effet : « Pour pouvoir se représenter l'évolution du transfert psychanalytique, il faut être familiarisé avec un fait difficile à observer en clinique ordinaire ; il s'agit du phénomène de la régression. La régression n'a pas été observée seulement par les psychanalystes (avec beaucoup de justesse le Dr Sollier en a constaté l'existence et l'utilité pour sa mécanothérapie). »

Sous cette forme, et avec cette parenthèse, il semble donc que j'ai simplement constaté à un moment quelconque et sans lui donner beaucoup d'importance le phénomène de la régression, et que je l'ai employée *pour* le traitement mécanique de l'hystérie.

Or, sur ce dernier point il y a inversion des rapports entre la régression et la mécanothérapie : c'est, en effet, *par* (et non *pour*) la mécanothérapie que je détermine le phénomène de la régression de la personnalité, dont le processus apparaît ainsi comme d'ordre physiologique et même mécanique, sans avoir besoin de toutes les complications du transfert psychanalytique ni même de facteur psychologique pour se produire.

D'autre part, j'ai attaché à ce phénomène tant d'importance que j'en ai fait le point de départ de toutes mes recherches sur la nature de l'hystérie et lui ai consacré tout un ouvrage et certaines parties d'un autre. Il est d'ailleurs très facilement constatable en clinique et j'ai publié un grand nombre d'observations très détaillées et prises au jour le jour et même heure par heure sur son évolution.

C'est en 1893 que j'ai observé pour la première fois la régression de la personnalité chez les hystériques sous l'influence du réveil de leur sensibilité, et c'est en 1894, au Congrès International de Médecine de Rome, que je l'ai décrite sous ce titre : « *Faits nouveaux relatifs à la nature de l'hystérie.* » A cette date la psychanalyse s'ébauchait à peine et ne parlait guère de régression.

Poursuivant mes recherches, je publiai en 1897 mon ouvrage *Genèse et nature de l'hystérie* (1) contenant 20 observations détaillées de régression de la personnalité au cours du réveil cérébral.

A ce moment encore la psychanalyse n'y attachait pas grande importance.

En 1901, je suis revenu sur la question dans mon ouvrage *L'hystérie et son traitement* » (2), et surtout dans la seconde édition parue en 1914, où j'ai émis en évidence le rôle des excitations du sens musculaire dans la production de la régression de la personnalité en dehors de toute intervention psychologique, à l'appui de ma théorie que l'hystérie est constituée par un trouble d'inhibition cérébrale plus ou moins profonde et plus ou moins généralisée, analogue à une sorte d'engourdissement ou de sommeil.

Que les psychanalystes aient ignoré ou passé sous silence ces travaux, signalés dans toutes les revues spéciales, peu importe. Puisqu'ils en parlent aujourd'hui, encore est-il nécessaire d'en établir la priorité sur les théories de psychanalyse, et de rappeler qu'ils ne consistent pas en une simple constatation faite en passant d'un phénomène négligé et considéré par l'auteur comme peu important.

Le fait de l'existence chez certains malades d'états dans lesquels ils repassent par une phase antérieure de leur vie, avec oubli ou disparition du champ de leur conscience de toutes les périodes postérieures, n'est d'ailleurs pas nouveau. A l'époque de mes recherches on connaissait déjà les observations de Mac Nish, d'Azam, de Bourru et Buret, et d'autres encore, sur les personnalités alternantes, le retour d'états anciens de personnalité sous l'influence de crises, comme dans le délire amnésique de Pitres, ou au cours des attaques de la grande hystérie de Charcot, ou encore dans le sommeil hypnotique de plus en plus profond, comme dans le cas de Marceline de Jules Janet.

Mais tous ces cas, si intéressants qu'ils fussent, étaient isolés, et n'avaient pas cette uniformité, ni ce déterminisme, sur quoi l'on pouvait fonder une théorie nouvelle du mécanisme de l'hystérie. Ils consistaient en un retour momentané plus ou moins prolongé, tantôt spontané, tantôt provoqué par certaines circonstances ou certains procédés comme une hypnose de plus en plus profonde, mais non en une régression régulière, continue, et provoquée par des excitations capables d'amener *un réveil* de la sensibilité dans tous ses modes, et surtout de la cénesthésie cérébrale, et par ce moyen la guérison de l'hystérie sous toutes ses formes.

J'ai raconté tout au long comment j'avais été amené sans idée préconçue, sans savoir même ce que j'allais trouver, la régression de la personnalité chez de grandes hystériques à manifestations multiples et anciennes (§ Genèse et Nature de l'hystérie). En plongeant ces sujets dans l'hypnose et en leur commandant énergiquement de *se réveiller complètement*, on constate avec étonnement qu'à leur réveil ils se trouvent reportés à une période plus ou moins antérieure de leur existence, avec oubli de toutes les périodes ultérieures, et reconstitution complète de leur état somatique et psychique. Il ne s'agit pas d'un phénomène de mémoire ; c'est une reviviscence absolue du passé, et les sujets insistent bien eux-mêmes sur cette différence.

Au bout d'un temps plus ou moins long, le sujet retombe dans son état habituel. Mais si on le réveille à nouveau, il repasse très rapidement la période qu'il a déjà traversée et sa personnalité régresse à une date plus ancienne. Il revient ainsi successivement, jusqu'à un moment où il était normal et où le premier accident, physique ou moral, le choc qui a été le point de départ de la maladie s'est produit.

Si alors on continue à « réveiller » le sujet, il se produit un phénomène inverse de la régression, — que ne paraissent pas avoir observé les psychanalystes —, à savoir la reconstitution de la personnalité, qui aboutit à un *réveil spontané*, et à un état normal tel que le sujet n'est plus hypnotisable que très difficilement, recouvre un sommeil normal nocturne qu'il différencie très bien du sommeil qu'il avait pendant sa phase d'hystérie, et qu'il est ainsi guéri.

Je tirai de ces faits la conclusion que l'hystérie consistait dans un état d'engourdissement cérébral, d'inhibition corticale, plus ou moins intense, plus ou moins étendu, à un sommeil analogue et même identique à celui du somnambulisme, avec cette différence que le sujet paraît éveillé et continue dans une certaine mesure à participer à la vie extérieure. Et comme conséquence pratique, je conclus qu'il suffisait de sortir les hystériques de ce sommeil, de les réveiller en somme, pour obtenir la disparition de leur état hystérique et de leurs divers accidents, tant physiques que psychiques, ceux-ci n'étant que la conséquence d'une inhibition plus profonde de certaines fonctions.

Pour amener ce réveil, je procédai d'abord dans l'hypnose et d'une façon globale, au moyen d'excitations verbales très simples : « Réveillez-vous, réveillez-vous complètement ».

Je m'aperçus alors que ces réveils successifs s'accompagnaient de réactions sensitives et sensorielles très particulières et dans un ordre très déterminé, à la suite desquelles la sensibilité des parties anesthésiées, paralysées ou contracturées, recouvraient leurs fonctions motrices conscientes.

J'imaginai alors de provoquer ce retour de la sensibilité — témoignage de l'inhibition centrale — par des excitations verbales, dans l'hypnose également. Je ne disais pas : «Marchez, remuez tel ou tel membre, faites tel ou tel mouvement », ce qui eût été une suggestion ; je disais simplement : « Sentez telle ou telle partie du corps, sentez de plus en plus, complètement ».

Je constatai ainsi que, spontanément, sous ces injonctions de *sentir*, le sujet présentait des *réactions*

(1) 2 vol. in-8°, Paris, F. Alcan.
(2) 1 vol. in-12°, Paris F. Alcan.

correspondant à toute une gamme de sensations subjectives qu'il pouvait m'indiquer quand je lui demandais ce qu'il éprouvait, et le parallélisme entre les deux ordres de phénomènes — sensations et mouvements — était tel que l'on pouvait déduire l'un de l'autre. J'en conclus que les troubles moteurs étaient liés aux altérations de la sensibilité et qu'il suffisait de réveiller celle-ci pour voir les troubles moteurs disparaître. C'est, en effet, ce qui se produit.

On ne manqua pas d'attribuer à la suggestion ces phénomènes. C'est une explication facile, en apparence du moins, car elle soulève une foule de problèmes de psycho-physiologie dont on ne paraît guère se soucier. En quoi le fait de dire à une hystérique de se réveiller complètement peut-il lui suggérer de revenir à une période antérieure de son existence avec tous les caractères somatiques et psychologiques qu'elle avait alors et oubli ou, pour mieux dire, disparition consciente de toute sa vie ultérieure ? Et cela, alors que j'ignorais moi-même ce qui allait se produire ? Comment le fait de dire à une hystérique en état d'hypnose de sentir son membre paralysé ou contracturé peut-il lui suggérer de le remuer et d'éprouver en même temps une série de sensations dans un ordre déterminé et correspondant aux réactions motrices ? Comment enfin aurais-je pu suggérer de tels phénomènes lorsque je les ignorais moi-même la première fois que je fis l'expérience ? Comment dans la suite aurais-je suggéré des réactions physiques ou morales en rapport avec des événements passés dont j'ignorais l'existence ? J'avais soin, d'ailleurs, comme je le recommande toujours avec les hystériques, de me borner à les observer, et à ne leur demander aucune explication, à ne leur faire aucun commentaire, pouvant être tendancieux malgré soi, à la suite de ce qu'elles me disaient ou des manifestations qu'elles présentaient.

Quoi qu'il en soit, pour éviter le reproche, si injustifié qu'il me parût, de faire de la suggestion, je cherchai un moyen d'amener le réveil sans intervention de la parole, et sans hypnose. Je m'adressai pour cela à des *excitations du sens musculaire*, à une mécanothérapie spéciale consistant surtout en mouvements forcés des articulations, en tractions et flexions forcées, la sensibilité articulaire étant celle qui persiste le plus longtemps, et son réveil pouvant être le point de départ et de propagation de la sensibilité générale de tout le membre, puis de tout l'organisme.

C'est alors que j'observai trois cas : *a*) dans l'un, le sujet à la suite de ces exercices présentait spontanément le phénomène de la régression de la personnalité, mais d'une façon moins nette, moins absolue, avec mélange de la vie actuelle, que dans l'hypnose ; *b*) dans l'autre, c'était pendant le sommeil de la nuit que le sujet revivait des périodes antérieures de son existence, et me les racontait le lendemain, mû par une sorte de besoin, et s'étonnant de la netteté de ses souvenirs, touchant des détails, des circonstances, des personnes auxquels il ne pensait jamais et aurait cru avoir oublié (la psychanalyse n'a donc rien découvert de nouveau sous le rapport de la régression dans le rêve) ; *c*) enfin, dans le dernier cas, sous l'influence des exercices mécaniques, et sans aucune intervention verbale pour le faire, réagir soit au point de vue sensitif, soit moteur, le sujet présentait une sorte de confusion des idées et tombait dans un état d'hypnose, puis se mettait tout à coup à faire sa régression comme dans le cas où j'usais de l'hypnose avant de rpocéder au réveil.

Dans les trois cas, d'ailleurs, l'ordre des phénomènes se déroulait de la même façon, avec la même régularité. Mais il y avait des temps d'arrêt à certains moments : malgré ses efforts, malgré les excitations qu'il recevait, il semblait ne plus pouvoir avancer dans ce travail de régression. Je constatai rapidement que ces arrêts, cette difficulté de repasser par les états anciens, tenait à ce que certains de ces états étaient particulièrement pénibles, et s'accompagnaient même souvent de douleurs de tête plus ou moins intenses. C'étaient des périodes où des événements particulièrement douloureux, émotionnants, étaient survenus dans la vie du sujet et y avaient déterminé un état d'inhibition plus profonde et dont il avait par conséquent plus de mal à sortir aujourd'hui.

C'est ce que les psychanalystes ont signalé sous le nom de résistance à la psychanalyse, et ont donné comme une preuve du refoulement ancien, en l'expliquant par tout un mécanisme aussi compliqué que subtil. Les choses sont beaucoup plus simples : les chocs affectifs pénibles ayant provoqué chez le sujet une aggravation brusque de son état d'inhibition cérébrale, il est naturel que le sujet éprouve une plus grande difficulté à vaincre cette inhibition quand elle se présente de nouveau. Ces arrêts, ces résistances, dans la régression de la personnalité ne prouvent donc nullement le *refoulement* freudien, et n'ont rien de psychologique, mais sont purement physiques.

En tous cas, là encore, je suis obligé de signaler que j'ai devancé la psychanalyse.

Il en est de même pour le phénomène *du transfert*, c'est-à-dire de cette affection spéciale, de cette confiance, que le sujet manifeste pour le médecin qui provoque chez lui la régression de la personnalité. Mais la psychanalyse intervertit les termes en attribuant la régression au transfert : c'est, au contraire la régression qui provoque le transfert, et cela par un mécanisme assez simple.

Lorsque le sujet fait sa régression, dans un état hypnotique ou voisin de l'hypnose, il ne reste en rapport avec le monde extérieur que par le médecin qui l'assiste. Celui-ci se trouve ainsi mêlé à tous les événements de sa vie, aux plus anciens, aux plus intimes, aux plus émouvants ; il leur est ainisi associé d'une façon étroite, de sorte que le sujet, à sonr éveil complet, a l'impression de l'avoir toujours connu, et d'être connu de lui comme de personne autre au monde. Le médecin a ainsi vis-à-vis du sujet qu'il a ramené à la santé et à la vie normale un aspect tout spécial, comme quelqu'un qui aurait été mêlé à toute sa vie et y aurait en outre toujours joué un rôle, de confident, de conseiller, de directeur.

C'est donc à cause de la régression que se produit ce que les psychanalystes appellent le transfert et qui tiendrait à des jeux de sentiments encore plus subtils et complexes que le refoulement et la résistance.

On voit que beaucoup des faits que la psychanalyse croit avoir découverts avaient été mis en évidence par moi avant qu'elle se formulât. Il est intéressant de constater que, par un procédé tout à fait différent, elle les a rencontrés également. Mais l'interprétation diffère complètement. Tandis que la psychanalyse construit, pour les expliquer, tout un système psychologique et philosophique extrêmement compliqué, je crois qu'en se plaçant simplement au point de vue physiologique on en comprend beaucoup mieux le mécanisme. Les observations que j'ai publiées —et tous ceux qui ont expérimenté dans les mêmes conditions que moi ont observé les mêmes phénomènes — constituent de véritables expériences physiologiques, où les manifestations psychologiques n'apparaissent que comme des réactions de même genre que celles de la sensibilité et de la motricité, et tiennent surtout à la restauration de la cénesthésie, base de la personnalité, et en particulier de la cénesthésie cérébrale. Ce qui me paraît le démontrer le mieux c'est que ces réactions psychologiques, dont la régression de la person-

Conférences de psychiatrie clinique. — Les Drs Pierre Kahn, Jean Vinchon et Largeau, et M. Valence, interne des hôpitaux, feront à la Pitié, dans le service du Prof. agrégé Laignel-Lavastine, le mercredi, à 11 heures, pendant les mois de mai, juin et juillet, une série de conférences avec présentation de malades. Le programme comprend la psychiatrie clinique, envisagée surtout du point de vue du praticien.

Laboratoire d'anatomie pathologique. — Professeur : M. G. Roussy. — *Cours de technique, hématologique et cytologique*, par M. S.-I. de Jong, agrégé, et M. Ed. Peyre, chef de laboratoire. — Ce cours de 15 leçons commencera le mardi 2 juin, à 15 heures, pour se continuer les jeudis, vendredis et mardis suivants ; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique ;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Programme des conférences : 1. Généralités sur l'instrumentation nécessaire : numération des globules du sang ; dosage de l'hémoglobine. — 2. Le sang sec : techniques d'examens ; les globules rouges à l'état normal et pathologique ; les états anémiques. — 3. Le sang sec : les globules blancs et la formule leucocytaire. — 4. Les organes hématopoiétiques à l'état normal et l'hématopoïèse. — 5. Les leucocytoses, l'éosinophilie. — 6. — Les leucémies. — 7. Les organes hématopoiétiques à l'état pathologique. — 8. Les hématoblastes et la coagulation du sang. Les états hémorragiques. — 9. La résistance globulaire l'hémolyse. — 10. La réaction de fixation du complément : le principe. — 11. La réaction de fixation du complément : les dosages. — 12. La réaction de fixation du complément : les méthodes. — 13. La sédimentation et les mesures physiques (p. H ; réserve, alcaline, cryoscopie, etc.). — 14. La cytologie des épanchements des séreuses et du liquide céphalo-rachidien — 15. L'histochimie et la cytologie des crachats.

Le droit à verser est de 150 francs. Le nombre des auditeurs est limité à 30.

Le matériel sera fourni par le laboratoire. Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis.

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — *Cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.* — Le professeur Pierre Sébileau, directeur, et le docteur Léon Dufourmentel, chef de clinique, commenceront ce cours le lundi 1er juin, à 14 heures, et le continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. Le cours comprendra 10 leçons.

Droit d'inscription : 250 francs. Se faire inscrire à l'Amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours : 1. Prélèvement des greffons tégumentaires, des greffons cartilagineux et des greffons osseux. — 2. Restauration biologique et prothétique des pertes de substance du crâne. Chondro ou ostéo-transplantation et cranioplastie. Exécution de la greffe mandibulaire. Correction des effondrements du massif facial. — 3. Leçon pratique de prothèse chirurgicale. — 4. Technique de la correction opératoire des déformations congénitales du nez. Technique des rhinoplasties partielles (lobule du nez, ailes du nez, sous-cloison). — 5. Technique des rhinoplasties subtotales. Reconstitution de la superstructure du nez. Reconstitution de l'infrastructure du nez. — 6. Technique de la rhinoplastie totale. — 7. Restauration partielle des lèvres. Cheilorraphie et cheiloplasties. Anaplastie du recouvrement cutané. Anaplastie du recouvrement muqueux. Elargissement de sténoses de l'orifice buccal. — 8. Restauration des plans d'épaisseur des lèvres. Anaplastie operculaire des grandes pertes de substance des parois buccales et du menton. L'uranostaphylorrhaphie, — 9. Pratique des opérations correctrices des déformations du pavillon de l'oreille. Tarissement opératoire des fistules parotidiennes et sténoniennes. — 10. Chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. Traitement opératoire du prognathisme, de la constriction permanente des mâchoires et de la luxation irréductible de la mâchoire inférieure.

nalité est la plus haute expression, peuvent être déclanchées par des procédés purement mécaniques, par des excitations essentiellement neuro-musculaires. Le fait qu'elles peuvent l'être par d'autres ordres d'excitations ne prouve qu'une chose : c'est qu'il s'agit — au moins chez les hystériques, car il est bon de spécifier, ce que ne fait pas la psychanalyse, dans quelles névroses s'observe surtout ou exclusivement le phénomènes de la régression avec toute son ampleur — d'un état d'hypofonctionnement, d'inhibition cérébrale, c'est-à-dire d'un trouble physiologique, que l'on peut faire disparaître, avec toutes les manifestations somatiques ou psychiques qu'il entraîne, par des excitations quelconques, psychiques ou sensitivo-motrices.

Je dois signaler en terminant que j'ai signalé sous le nom de *rétrospection*, un phénomène analogue à la régression des hystériques, chez certains psychasthéniques obsédés, phobiques, mais ne présentant jamais la même intensité.

MOUVEMENT MÉDICAL

Le chromodiagnostic, procédé d'exploration fonctionnelle du foie et de l'estomac.

Par G. MARCHAL.
Interne, médaille d'or des hôpitaux.

Le travail fondamental d'Achard et Castaigne sur la perméabilité rénale au bleu de méthylène a ouvert la voie à de fructueuses recherches, en démontrant l'intérêt des éliminations de matières colorantes à travers les parenchymes glandulaires.

Peu à peu, la notion de chromodiagnostic s'est enrichie dans le domaine de la physiologie : mais nombre de résultats sont fragmentaires, sujets à discussions, et cette méthode, pleine de promesses, reste éminemment perfectible.

C'est ainsi que Chauffard et Castaigne ont étudié la perméabilité du foie au bleu de méthylène, plus ou moins troublée dans les insuffisances fonctionnelles : c'est l'intermittence de l'élimination urinaire qui est le caractère majeur, ce qui a valu à l'épreuve le nom de glaucurie intermittente.

L'usage de la sonde duodénale a permis de préciser l'élimination du bleu par la bile.

Enfin il a été démontré que cette substance colorante traverse également la muqueuse gastrique.

Tel est l'exemple typique du bleu de méthylène qui trouve au moins trois voies d'éliminations glandulaires dans l'organisme : les reins, le foie et l'estomac.

D'autres colorants traversent aussi plusieurs glandes, dans des proportions électives qui dépendent de leur constitution chimique ; mais quelques-uns sont pratiquement soumis à une excrétion spécifique, par un seul organe, ce qui confère au chromodiagnostic le maximum de précision. L'on conçoit ainsi que, suivant la prédominance ou l'exclusivité d'une élimination colorée à travers un parenchyme glandulaire, on puisse établir des rapports plus ou moins étroits entre la diminution de cette capacité excrétoire et un fléchissement de la valeur fonctionnelle.

Si nous considérons le groupe des phtaléines, nous observons qu'à chaque formule chimique correspond un mode particulier d'excrétion : la phénolphtaléine s'élimine par la bile et par l'urine, la phénolsulfoneptaléine par l'urine, et la phénolphtaléine tétrachlorée uniquement par la bile.

Ces principes ont guidé un grand nombre de chercheurs depuis quatre ans, surtout en Amérique, en Autriche et en Allemagne, enfin récemment en France.

I. Etudes sur les éliminations hépatiques.

Bleu de méthylène. — Les recherches dans la bile en ont été pratiquées par Rosenthal et Falkenhausen (1), en 1922. Ces auteurs ont décrit une accélération éliminatrice dans des cas de légère insuffisance hépatique ; mais ces résultats paraissent peu concluants à la plupart des physiopathologistes, en raison même de l'échappement variable du colorant dans l'urine et le suc gastrique.

Rodamine. — Celle-ci s'élimine en partie par la bile, à laquelle elle donne une teinte orangée. Mais les troubles de ce rythme excréteur n'ont pas été étudiés systématiquement en clinique.

Indigo-carmin. — L'élimination a lieu, en majeure partie, à travers le foie.

Hatieganu (2), le premier, a étudié le passage de l'indigo-carmin dans la bile, après injection intramusculaire de 24 centigrammes en solution dans 20 cmc. de sérum physiologique.

Puis Lepehne (3) a proposé l'injection intraveineuse de deux centigrammes en solution dans 2 cmc. d'eau distillée.

Normalement, la substance colorante se décèle, grâce au tubage duodénal, au bout d'une trentaine de minutes. En cas de lésions hépatiques, les résultats peuvent être inconstants, mais Lepehne a mis en valeur le retard d'excrétion, caractère le plus fréquent. Les résultats ont été confirmés par les observations de Hatieganu et de G. Mogena (4).

Ce dernier auteur apporte un argument expérimental de haute valeur : chez le chien, il a pu créer une imperméabilité absolue du parenchyme hépatique à l'indigo-carmin, en réalisant une insuffisance aiguë par intoxication phosphorée.

Phénolphtaléine tétrachlorée. — Rowntree (5) a montré l'élimination spécifique, totale, de cette substance colorante par la bile. Kahn (6), puis Aaron et M. Neil (7) en ont établi les techniques de recherche. Enfin G. Mogena préconise le contrôle radioscopique, et l'usage d'une sonde duodénale à mandrin, pour hâter le passage de l'olive dans le duodénum.

Après injection intraveineuse de 3 cmc. de colorant dilué au 1/20, la bile est recueillie dans une solution de soude à 40 % : des anneaux rouges indiquent la présence d'indigo-carmin, et l'on peut suivre ainsi le rythme d'élimination.

Normalement, l'excrétion commence au bout d'un quart d'heure, et se fait en grande partie dans la première heure, alors qu'il y a rétention partielle, avec retard et allongement de la courbe d'élimination, en cas d'insuffisance hépatique.

Azorubine S. — Deux auteurs Japonais, Koshénori Tada et Kokichy Nakashima (8) ont récemment proposé l'emploi d'un nouveau colorant, l'azorubine S. Expérimentalement ils en ont observé l'élimination presque exclusive par le foie (95 % dans la bile et 5 % dans l'urine). Ils injectent, chez l'homme, 4 cmc. d'une solution à 1 %, par voie intraveineuse, et ils recueillent la bile par un tubage duodénal. Mais ces auteurs n'apportent aucun résultat en ce qui concerne l'insuffisance hépatique ; ils ont limité

(1) ROSENTHAL u. FALKENHAUSEN. — *Wiener Kl. Woch.*, 22 avril 1922 et 11 mai 1922.
(2) HATIEGANU. — *Annales de Médecine*, novembre 1921.
(3) LEPEHNE. — *Münch. Med. Woch*, 10 mars 1922.
(4) HELIODORO G. MOGENA. — *Arch. des mal. de l'app. digestif*, janvier 1925.
(5) ROWNTREE, HARWITZ y BLOOMFIELD. — *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, novembre 1913.
(6) KAHN. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 2 juillet 1921.
(7) AARON, BECK MAC NEIL y SCHNEIDER. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 19 novembre 1921.
(8) KOSHÉNORI TADA et KOKICHY NAKASHIMA. — *Journ. Am. Med. Ass.*, 25 octobre 1924. (Analyse : *Presse Médicale*, 7 février 1925.)

leurs études à l'exploration des voies biliaires, et ils ont confirmé la nature vésiculaire de la bile B.

II. Etudes sur les éliminations gastriques.

Les premiers travaux, purement physiologiques, ont été publiés, en 1908, par Fuld (1) qui observa le passage du rouge neutre à travers la muqueuse gastrique.

En 1922, P. Saxl et Scherf (2) ont cherché les bases d'un chromodiagnostic dans les gastropathies.

C'est ainsi qu'ils ont constaté l'élimination partielle du bleu de méthylène dans le suc gastrique.

Finkelstein (3) a expérimenté l'action d'un grand nombre de colorants, et il a eu le mérite de démontrer que seul le rouge neutre s'élimine assez massivement à travers la muqueuse de l'estomac pour permettre des applications pratiques en gastrologie.

Ces recherches ont été reprises chez l'homme par Glaessner et Wittgenstein (4), par Simici et Dimitrin (5) puis précisées, développées, par Carnot et Gaehlinger (6).

Bleu de méthylène. — Malgré les observations négatives de Rosenthal et Falkenhausen, presque tous les auteurs ont confirmé le passage de ce colorant dans l'estomac ; mais Simici et Dimitriu insistent sur les caractères de cette élimination, intermittente et peu intense.

Fluorescéine. — Cette substance n'a été retrouvée que par Finkelstein à l'état ce traces dans le suc gastrique.

Rodamine. — Simici et Dimitriu ont constamment noté l'élimination gastrique de la rodamine, administrée en injection intramusculaire de 5 centigrammes, alors que Finkelstein avait conclu à la négative.

Rouge neutre. — C'est le colorant de choix pour le chromodiagnostic gastrique.

Il s'élimine en partie par le foie et par les reins, mais plus tardivement et en moindre proportion qu'à travers la muqueuse gastrique.

Glaessner et Wittgenstein observent dans les cas d'hyperchlorhydrie la précocité d'apparition du rouge neutre dans le liquide gastrique (7 à 8 minutes au lieu d'un quart d'heure) ; par contre, la coloration rose garance n'apparaît que tardivement dans les liquides hyporchlorhydriques, et elle est absente lorsque manque l'acide chlorhydrique.

Carnot et Gaehlinger recommandent l'usage des solutions aqueuses à 1 %, fraîchement préparées.

Mais ces injections intramusculaires sont très douloureuses, et chez certains malades il est préférable d'avoir recours à une dilution dans du sérum physiologique

Ces auteurs ont éprouvé la nouvelle méthode d'exploration chez 24 sujets. Ils confirment entièrement les résultats publiés par Glaessner et Wittgenstein, et ils donnent le nom de « chrosmoscopie gastrique » à cette épreuve, dont les effets semblent parallèles à l'activité sécrétoire de la muqueuse.

En outre, Carnot et Gaehlinger, en étudiant chez le chien le passage du rouge neutre dans l'estomac, ont constaté des faits intéressants. La coloration rosée s'étend, d'après leur description à presque toute la surface de la muqueuse, sans que se retrouve la localisation exclusive à l'antre pylorique, notée par Glaessner et Wittgenstein. Enfin la filtration du liquide gastrique retient la substance colorante, en même temps que le mucus.

Les autres substances colorantes. — Tous les auteurs qui ont expérimenté le chromodiagnostic dans les maladies du foie et de l'estomac ont éprouvé comparativement l'action de l'éosine, l'indigo-carmin, du rouge congo, de la phénolphtaléine tétrachlorée, du rouge de méthyle, du violet de méthyle, de l'acridine rouge.

Aucun de ces colorants ne s'élimine par l'estomac.

III Conclusions

En somme, les méthodes modernes de tubage continu gastrique ou duodénal, de rendent relativement facile la recherche des éliminations colorées à travers l'estomac et le parenchyme hépatique.

Comme procédé d'exploration fonctionnelle du foie, le chromodiagnostic, utilisé de longue date, n'a pas réalisé de progrès considérables. Les fonctions de l'énorme glande hépatique sont trop nombreuses et trop complexes, enfin trop solidaires des fonctions intestinales, pancréatiques et rénales, pour qu'une seule épreuve puisse prétendre à une valeur absolue.

Nous rappelons, à ce sujet, les lignes que nous écrivions en 1922 avec notre maître Loeper (1) : Certaines épreuves sont positives, qui visent une fonction ou les éléments d'une fonction ; d'autres sont négatives. Pour cette raison, et sans nier l'harmonie de plusieurs fonctions hépatiques, nous pensons que cette solidarité n'est pas globale, qu'elle peut se dissocier. Ainsi se créent des insuffisances partielles ».

Par contre, la chromoscopie gastrique bien étudiée en France par Carnot et Gaehlinger, paraît susceptible de fournir des renseignements de plus en plus précieux sur les fonctions de l'estomac, relativement simples et peu nombreuses. Peut-être d'autres substances seront-elles découvertes, d'administration moins douloureuse que le rouge neutre, et d'élimination spécifique par la muqueuse gastrique,

(1) Fuld. — *Münch. Med. Woch.*, n° 43, 1903.
(2) P. Saxl u. Scherf. — *Wiener, Klin. Woch*, 9 février 1922.
(3) R. Finkelstein (Brooklyn). — *Arch. für Verd. Krank.*, janvier 1923.
(4) Glaessner u. Wittgensten: — *Klin. Woch.*, 27 août 1923.
(5) Simici et Dimitrin. — *Arch. des mal. de l'app. digestif*, avril 1924.
(6) Carnot et Gaehlinger. — *Paris Médical.* 8 novembre 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mai 1925

Les doses d'insuline et leurs effets physiologiques en thérapeutique. — *MM. Desgrez, Bierry et Rathery* établissent, par une nouvelle série d'observations, que des poids très faibles d'insuline, par exemple une dizaine de milligrammes, doivent toujours déterminer une hypoglycémie marquée, aussi bien chez l'homme diabétique que chez l'animal. « La baisse du sucre sanguin ne traduit qu'un des effets de l'insuline ; une même baisse de glycémie, chez différents sujets, n'a pas toujours comme corollaire un retentissement identique en intensité et en durée, sur le métabolisme profond des hydrates de carbone ». Il en résulte que le mode de titration par unités, reposant sur le seul examen du sucre chez l'animal, ne peut constituer une base suffisante pour la posologie de l'insuline. Cette substance doit donc être administrée en poids comme les autres médicaments. Les auteurs montrent, en outre, qu'il existe, pour chaque malade, une dose opérante d'insuline, qu'il est nécessaire d'atteindre, mais inutile de dépasser.

L'assistance médicale indigène dans nos colonies africaines. — *MM. Brumpt et Joyeux.* — La seule façon de développer la main-d'œuvre, actuellement rare et clairsemée, nécessaire à la mise en valeur de nos possessions africaines est d'organiser l'assistance médicale indigène. Malheureusement le nombre des médecins est infime pour de vastes territoires. Il serait nécessaire d'offrir aux médecins une situation proportionnée au service pénible qu'on leur demande ; ce qui n'est pas. La comparaison avec les colonies étrangères nous est défavorable à cet égard.

(1) M. Loeper et G. Marchal. — *Monde Médical.* 1 15 juillet 1922.

Pathogénie de l'asthme. Son traitement médical et chirurgical. — Pour *M. Danielopolu*, tous les facteurs déterminants du syndrome asthme agissent par l'intermédiaire d'un *facteur pulmonaire local* lequel, une fois entré en action, provoque entre les bronches et le bulbe la formation d'un *cercle réflexe parasympathique*. Le facteur local joue le rôle le plus important et peut être représenté par un *état anaphylactique local, une lésion locale intra ou extra-pulmonaire*. Le facteur général est représenté par un état d'amphotonie générale.

Les accès d'asthme pourraient être prévenus en diminuant l'état d'amphotonie générale et l'hyperexcitabilité locale des nerfs bronchiques et en prévenant le choc anaphylactique quand il existe (autosérothérapie, etc.)

On peut également par intervention chirurgicale intercepter la voie sensitive du réflexe à prédominance sympathique, c'est-à-dire réaliser la sympathectomie cervicale (respectant le ganglion cervical intérieur), la section de tous les filets qui émanent du vague ou du laryngé supérieur et qui se portent dans le thorax, la section du nerf vertébral et de toutes les ramicommunicantes qui unissent le ganglion cervical intérieur et premier thoracique avec les 6e, 7e, 8e cervicales et première dorsale.

La dualité de l'automatisme cardiaque. — *M. Donzelot*, se fondant sur de nombreuses constatations cliniques, admet que la révolution cardiaque normale est commandée par un double stimulus, auriculaire d'une part et ventriculaire d'autre part. Le stimulus auriculaire, vraisemblablement élaboré ou centralisé par le nœud de Keith et Flack, n'a qu'une importance secondaire. L'oreillette n'est en effet qu'un réservoir sanguin dont la contraction ne constitue pour le ventricule qu'une simple sécurité, mais non une nécessité. La meilleure preuve en est que le rendement cardiaque peut rester suffisant alors que la contraction des oreillettes est absente ou profondément troublée.

Le stimus ventriculaire normalement élaboré ou centralisé par le nœud de Tawara, a au contraire une importance primordiale. C'est lui qui assure, par l'intermédiaire de la systole ventriculaire, la distribution du sang dans l'organisme tout entier, ses troubles sont toujours importants et son absence équivaut à un arrêt total de la circulation.

Cette notion d'un stimulus cardiaque double modifie, en la simplifiant, la conception générale des arythmies, elle est en outre susceptible d'orienter dans un sens nouveau les recherches d'ordre étiologique et thérapeutique.

Qualités acoustiques des salles. — *M. Marage*. — Dans une salle où se produit un son continu, régulier, un auditeur peut entendre trois sortes de vibrations : 1° l'onde primaire qui vient directement de la source ; 2° les ondes diffusées, en nombre infini, qui sont renvoyées par les parois, elles produisent le son de résonnance ; 3° des ondes réfléchies régulièrement par les parois, elles donnent naissance à des échos distincts.

Pour qu'une salle soit bonne au point de vue acoustique, il faut qu'il n'y ait pas d'écho et que le son de résonnance soit assez court pour renforcer le son qui l'a produit et ne pas empiéter sur le son suivant. M. Marage a étudié les conditions dans lesquelles doit se produire le son de résonnance, dans un grand nombre de salles dont le volume intérieur variait entre 63.000 mètres cubes (Trocadero) et 646 mètres cubes (amphithéâtre de physiologie à la Sorbonne).

M. Marage ne rend compte ici que des expériences qu'il a faites sur la salle de l'Académie de Médecine dont le volume intérieur est de 1992 mètres cubes. Il a fait 78 expériences différentes : la durée du son de résonnance pour toutes les voyelles est de une demi-seconde quand la salle est vide et de deux cinquièmes de seconde quand elle est pleine.

M. Marage s'est trouvé en présence de résultats inattendus, aussi a-t-il multiplié les expériences ; jamais il n'avait trouvé un son de résonnance aussi court. Cela montre comment on peut changer les qualités acoustiques d'une salle en augmentant le pouvoir absorbant des parois ; pour une salle de cours, dont les auditeure seraient silencieux, t, serait un peu faible; mais pour une salle de séances, il vaut peut-être mieux avoir une résonnance aussi faible que possible.

Aujourd'hui on peut déterminer d'avance, sur plan, les qualités acoustiques que possédera une salle et on peut les modifier ou en changeant la nature des matériaux, ou en revêtant les murs de substances plus ou moins résonnantes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er mai 1925

Emission sanguine avec restitution globulaire (au cours des néphrites chroniques avec azotémie et anémie). — *MM. A. Gilbert* et *A. Tzanck* préconisent une technique de réinjection globulaire à la suite de saignées au cours de néphrites chroniques avec azotémie et anémie. Cette intervention a été pratiquée dans quatre cas chez l'homme. Les réinjections globulaires ont toujours été parfaitement tolérées. Les éléments réinjectés semblent s'être parfaitement réadaptés à l'organisme comme en témoigne l'absence de pigments sanguins en excès dans les urines et dans le sérum des malades. Des saignées importantes ont pu être pratiquées dans un but de désintoxication sans aggraver l'anémie de tels malades.

Prévention de la rougeole par l'emploi de sérum d'adultes ayant eu la rougeole. — *M. Marcel Pinard* (à propos du procès-verbal) signale que dans une épidémie de rougeole familiale, trois enfants ont eté injectés avec du sérum d'adulte ayant eu la rougeole ; l'un des enfants a reçu 6 cmc. de sérum, deux autres 3 cmc. et 5 cmc.

Le premier enfant n'a pas contracté la rougeole ; les deux autres ont eu une rougeole très légère ayant duré un et deux jours. L'auteur signale en outre que dans un cas, l'éruption légère est apparue après la chute de la température.

M. Debré rappelle qu'il faut employer le sérum d'adulte ayant eu la rougole et non un sérum quelconque.

Endocardite infectieuse à évolution lente améliorée par le mercurochrome. — *MM. G. Caussade et Lafont* rapportent l'observation d'une femme de 38 ans ancienne rhumatisante qui, au mois de février dernier, après avoir été légèrement fébrile (37,2-38,4) et après avoir présenté les signes d'hyposystolie à prédominance hépatique, consécutive à une insuffisance mitrale, a subi une poussée d'allure infectieuse qui s'est traduite par une recrudescence de la fièvre (38,8-40° au maximum), par l'apparition d'un souffle systolique siégeant à la base de la région du cœur, par une hypertrophie de la rate et une épistaxis abondante. Tous ces phénomènes survinrent en l'espace de sept jours. Dans ces conditions, et après échec de la septicémine le mercurochrome dilué dans deux cmc. d'eau distillée fut injecté dans les veines à deux reprises différentes, 0.10 pour la première fois, 0.15 la seconde fois, à intervalle de cinq jours.

A la suite de la première injection, la fièvre est tombée à 38° et au-dessous ; à la suite de la deuxième injection, la température est revenue à la normale, et depuis deux mois, sauf quelques petits clochers thermiques, il n'y a plus de fièvre et même, le plus souvent, il y a de l'hypothermie. Pendant ces deux mois, se sont produites, sans fièvre, deux embolies, l'une rénale avec hématurie, l'autre hépatique avec ictère. Les souffles se sont atténués, se modifiant toutefois, à certains moments, et alternativement dans leur intensité. Mais la rate est encore hypertrophiée, quoique diminuée de volume, le foie reste gros et l'anémie persiste (3.000.000 de globules rouges au début 3.200.000).
Les effets du mercurochrome ont été appréciables surtout sur la courbe thermique et sur l'état général qui est notablement amélioré.

M. Debré considère qu'il y a lieu de faire des réserves sur le résultat thérapeutique et sur le diagnostic d'endocardite à évolution lente.

Quant au traitement des endocardites par la trypaflavine, l'auteur n'a jamais obtenu de guérison. Ce médicament, qui a eu une grande vogue en Allemagne, est actuellement abandonné ; aussi il serait regrettable qu'en France on lui accorde une valeur thérapeutique qu'il ne mérite pas.

Ictère et ascaridiose. — *MM. M. Labbé et L. Denoyelle* rapporte l'observation d'une malade soignée pour ictère franc du type catarrhal dont la cause n'apparaissait pas à l'examen. On ne pouvait, en effet invoquer ni une intoxication, ni une infection digestive, non plus que la lithiase biliaire, ni la syphilis. La résistance globulaire était normale. La malade expulsa spontanément plusieurs ascaris et présenta une amélioration nette, mais passagère. Le traitement anthelminthique appliqué à la suite de cette rechute amena le rejet de 14 nouveaux parasites, suivi de guérison complète. On peut incriminer dans ce cas l'oblitération mécanique du cholédoque par les ascaris et les auteurs insistent sur l'intérêt de la recherche systématique des œufs dans les selles.

M. N. Fiessinger rapporte un cas semblable, ayant évolué sans fièvre. L'examen des selles était négatif.

Epreuve d'hyperglycémie chez les obèses. — *MM. M. Labbé et Boulin* ont constaté un trouble de la glycorégulation chez les obèses, par l'épreuve de l'hyperglycémie qui est toujours exagérée.

Hypertension et hyperglycémie. — *MM. M. Labbé et L. Denoyelle* ont étudié les réactions d'hyperglycémie chez douze malades atteints d'hypertension pure ou associée soit à la néphrite, soit à l'aortite. Ils n'ont pas observé l'hyperglycémie à jeun, comme le signalent un certain nombre d'auteurs étrangers. Par contre, l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée au glucose leur a montré d'une façon absolument constante l'existence d'une réaction nettement exagérée, l'aire du triangle d hyperglycémie variant entre 0 cmc. 51 et 1 cmc. 89. La durée de la réaction est souvent augmentée, variant entre deux heures et trois heures et demie. L'épreuve de l'adrénaline a donné par contre une réaction d'hyperglycémie très variable, tantôt nulle, tantôt normale, rarement exagérée. Le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé presque toujours inversé chez ces hypertendus et l'injection d'adrénaline agissant d'une façon paradoxale l'a, soit ramenée à la normale, soit exagérée. De même, les auteurs ont constaté que dans 9 cas sur 12, l'adrénaline provoquait un abaissement immédiat de la tension artérielle, abaissement qui persistait longtemps et atteignait de 1 à 5 cmc. de Hg. L'action hypotensive de l'adrénaline a d'ailleurs été signalée par plusieurs observateurs, mais les auteurs ne l'ont pas constatée chez les sujets normaux, alors qu'elle est fréquente chez les hypertendus, ainsi que l'ont signalé, en particulier, Deicke et Hülse, Kylin. Il semble donc qu'il existe chez les hypertendus un trouble léger mais constant de la glyco-régulation. Mais la coexistence de l'hypertension et de l'hyperglycémie ne semble pas être en rapport avec une hyperactivité fonctionnelle des surrénales, comme semble le prouver l'action inconstante et paradoxale de l'adrénaline dans ces cas.

Grand abcès amibien du foie guéri par le traitement médical. — *MM. A. Chauffard et Robert Clément* rapportent l'observation d'un volumineux abcès amibien du foie, survenu 12 ans après les manifestations dysentériques, qui a guéri entièrementsous l'effet de la cure émétinienne. Le malade fut soustrait ainsi à une intervention chirurgicale qui eût paru indispensable il y a peu de temps encore. Le diamètre vertical médian du foie en orthodiagramme fut ramené de 21 cm. 5 à 14 cm. en cinq semaines. La malade engraissa de 8 kilog. en même temps que disparaissaient tous les signes cliniques notamment une pleurésie droite légère probablement de nature amibienne. L'association du traitement arsenical par le stovarsol à la cure émétinienne a paru très favorable à tous les points de vue. Cette guérison purement médicale d'un grand abcès dysentérique élargit les limites d'efficacité du traitement émétinien et permet d'espérer que l'intervention chirurgicale sera de plus en plus rarement nécessaire dans l'amibiase hépatique.

Les deux rhumatismes dentaires. — *M. Jean Troisier* signale que le rhumatisme articulaire aigu — maladie de Bouillaud — peut être précédé à longue ou à brève échéance d'une crise d'alvéolo-arthrite généralisée, avec sensation d'allongement et d'ébranlement des dents,avec douleurs à la pression et à la mastication. Dans les trois observations qu'il publie, il s'agissait de rhumatisme franc chez des jeunes gens porteurs de lésions mitrales ; les crises étaient nettement influencées par le salicylate de soude. Dans un des cas, entre la phase d'alvéolo-arthrite apyrétique et la phasede polyarthrite fluxionnaire des membres s'intercalait une angine érythémateuse avec rhumatisme temporo-maxillaire.

L'auteur oppose ce syndrome très particulier, nettement rhumatismal, au rhumatisme infectieux des membres, consécutif aux infections dentaires et péridentaires. Il donne même une observation typique de rhumatisme articulaire, salicylo-résistant, sans lésion cardiaque, survenant en crises répétées pendant plus de vingt ans, presque toujours après des interventions sur des dents cariées (plombages, extractions) ; les deux dernières crises rhumatismales sont mêmes survenues au cours de deux abcès dentaires et ont suivi l'évolution.

Troisier insiste en outre sur le caractère régional des alvéolo-arthrites rhumatismales, si l'on admet que le virus rhumatismal siège communément dans les premières voies digestives et relève également dans le rhumatisme infectieux d'origine septico-dentaire des manifestations régionales, angine, arthropathies cervico-rachidiennes, torticolis, qui précèdent les manifestations anthropathiques des membres.

René Giroux.

Séance du 8 mai 1925.

Gros dépôts de mucine (tophi du myxœdème) au niveau des doigts dans un cas de myxœdème acquis de l'adulte. — MM. H. *Dufour*, M. *Hurez* et Mlle *Pau* présentent une malade de 62 ans chez laquelle on trouve réunis tous les signes du myxœdème. La cause de ce myxœdème n'est pas aisée à dépister. Peut-être y a-t-il eu contamination syphilitique de la part du mari mort paralytique général. Mais il n'y a aucune preuve humorale de cette étiologie.

L'intérêt de cette sbservation réside dans l'existence de tuméfactions siégeant au niveau du pouce et de l'annulaire de la main gauche. Ces tuméfactions sont allongées dans le sens de l'axe des doigts. Elles sont élastiques et n'adhèrent pas aux plans profonds.

Par la ponction on en retire un mucus épais et filant. Il n'y a aucun rapport entre ces tuméfactions et la synoviale de l'articulation interphalangienne. Ce sont de véritables dépôts de mucine, des tophi du myxœdème comme il existe des tophi de la goutte,

On a là une preuve que l'œdème du myxœdème a un caractère spécial le distinguant des œdèmes ordinaires.

La malade avait considéré les déformations de ses doigts comme appartenant au rhumatisme chronique. Il n'en est rien et ce cas ne peut être porté à l'actif du rhumatisme déformant myxœdémateux.

Asthénie hérédo-syphilitique. — M. *Marcel Pinard* présente un malade atteint d'asthénie hérédo-syphilitique et en même temps mélancolique. Comme la plupart des malades analogues, correspondant à un type très fréquemment observé, celui-ci présente un ensemble de petits signes qui, pour dédaignés qu'ils sont par certains, n'en sont pas moins précieux pour orienter le diagnostic : coalescence des sourcils, asymétrie faciale, hypertrophie claviculaire et irrégularité pupillaire, surdité labyrinthique, tubercules de Carabelli.

Gros enfant à la naissance et pesant plus de 4 kilos. il a été primé à un concours de bébés. Sa sérologie est positive.

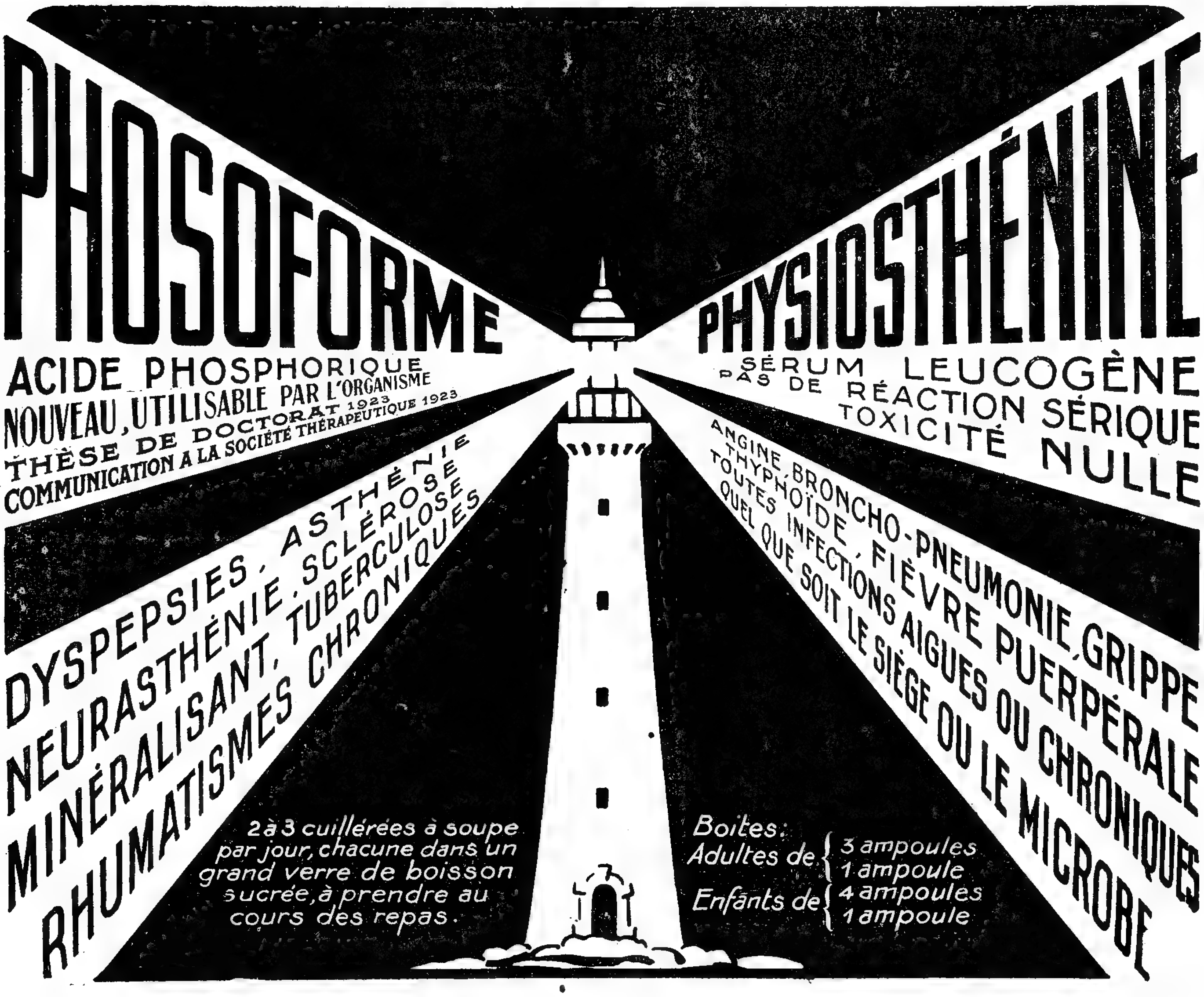
Les deux parents convoqués pour enquête sont tous deux soignés actuellement dans un dispensaire pour aortite syphilitique, avec sérologie positive.

Un cas de maladie de Hodgkin à forme médiastinale. — MM. *Robert Clément* et *Cayla*, rapportent l'observation d'un cas de maladie de Hodgkin avec adénopathies presque uniquement médiastinales. Le diagnostic était assuré par l'existence d'un point chronique, intense. une éosinophilie sanguine à 26 %, une grosse rate et enfin par l'examen biopsique d'un ganglion axillaire qui a montré la présence de cellules de Sternberg.

Ce cas présente la particularité d'une évolution prolongée pendant plus de 15 ans, les signes de compression médiastinale et les autres symptômes de l'adénie prurigène éosinophilique

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versailles



(2) *Partiellement éthérifié.* (1) *Excepté Tuberculose*

MAGNÉSIE DROUET & PLET

Le meilleur saturant non carbonaté, des acidités gastriques

OXALURIE OXALEMIE

Doses : 2 à 4 comprimés 1 h. 1/2 après les repas

PHOSPIRINE

Acide Phosphorique — Acide Salicylique — Caféine

ANTI-NÉVRALGIQUE — ANTI RHUMATISMAL

TOLÉRANCE GASTRIQUE

Doses : 2 à 6 comprimés ou cachets.

SALYSERUM du Docteur Jules SÉJOURNET

Injections **INDOLORES** d'acide salycilique en ampoules de 1 cc.

Crises aiguës de rhumatisme, goutte, pleurodynies, lumbagos, etc.

Faire 2 ampoules loco-dolenti

BYLIÉRINE

Foie et Intestin

Extrait de FIEL DE PORC

PANCRÉATINE — UROFORMINE

4 à 8 pilules par jour.

ayant régulièrement progressé depuis 1910. Une pleurésie droite silencieuse et abondante présentait une formule cytologique riche en grande cellules vacuolaires et en éosinophiles qui permet d'en supposer la nature inflammatoire.

Il est plus difficile de rattacher à la maladie de Hodgkin, l'albuminurie et l'hydrocèle présentées par ce malade. Enfin la compression veineuse se manifestait d'une façon très différente sur les deux membres supérieurs. Le droit présentant un volumineux œdème chronique, le gauche une simple dilatation des veines superficielles, bien que la pression veineuse fut égale des deux côtés. Le stovarsol, les inhalations de thorium X, la radiothérapie, furent sans effet sur l'évolution progressive.

M. *Lortat-Jacob* a observé 4 cas de pleurésie au cours de la maladie de Hodgkin. C'est une manifestation fréquente et dans le liquide pleural on trouve souvent le streptocoque, bien qu'il ne s'agisse pas cliniquement de pleurésie à streptocoques ainsi que des éosinophiles. M. Lortat-Jacob insiste aussi sur le prurit, les nodules cutanés, les érythodermies de la maladie de Hodgkin.

M. *Weil* a, dans un cas simulant un néoplasme du poumon, retrouvé l'éosinophilie signalée par M. Lortat-Jacob.

Deux cas d'angine de poitrine avec myxœdème. Aggravation de l'hypertension par l'opothérapie. — *P. Abrami*, *M. Brulé* et *J. Heitz* ont observé deux femmes souffrant depuis plusieurs années de crises angineuses, et chez lesquelles s'est développé sous leurs yeux un syndrome myxœdémateux. La pression artérielle était élevée chez les deux malades et l'une d'elles présentait les signes physiques et radioscopiques d'une aortite. L'opothérapie fut suivie dans les deux cas d'une amélioration très frappante de tous les symptômes d'insuffisance thyroïdienne, mais simultanément le niveau de la pression s'éleva sensiblement avec aggravations des signes fonctionnels et le traitement dut être suspendu.

Dans un cas du même ordre observé par Laubry, Mussio-Fournier et J. Walser, où l'opothérapie agit utilement à la fois sur le myxœdème et sur les crises angineuses, on se trouvait en présence d'un malade à cœur dilaté et à pression faible. On doit retenir de ces faits que le traitement thyroïdien chez un myxœdémateux souffrant d'angine de poitrine doit être conduit avec la plus grande prudence lorsque le niveau de la pression artérielle est supérieur à la normale.

M. *Laubry* considère qu'il y a lieu de distinguer dans l'angine de poitrine les différentes origines du syndrome : aortique hypertensive et myocardique. Dans le cas qu'il a rapporté, il s'agissait, chez un myxœdémateux, d'une angine de poitrine d'origine myocardique comme en témoignaient l'assourdissement très marqué des bruits, l'hypertension artérielle, le ralentissement du rythme et la tendance au bruit de galop. Dans ce cas d'hypertonicité myocardique on comprend le succès de la médication thyroïdienne. Par contre dans les autres formes d'angine de poitrine, l'insuccès de la médieation opothérapique et à prévoir.

Il y a donc lieu d'être très prudent dans la thérapeutique thyroïdienne au cours de l'angine de poitrine.

M. *Labbé* n'est pas convaincu de l'action de petites doses de corps thyroïde, il a pu s'en convaincre par l'étude du métabolisme basal. Il faut selon lui. donner au moins 0,30 centigr. et jusqu'à 1 gr. de corps thyroïde pour pouvoir parler de l'action thyroïdienne.

M. *M. Fournier* confirme l'opinion de M. Laubry et dans les cas d'angine de poitrine d'origine myocardique il conseille de commencer l'opothérapie par de petites doses.

La myase sous-cutanée. — MM. *Ribadeau-Dumas* et *Larousse* en rapportent un cas très intéressant.

Les rapports azoturiques. Leur valeur pour l'exploration fonctionnelle du foie. Le coefficient ammoniacal corrigé. — MM. *Noël Fiessinger*, *Ch. O. Guillaumin* et *Henry Walter*, après avoir passé en revue les rapports azoturiques y compris ceux de Maillard, de Lanzenberg et de Derrien Clogne, montrent que s'ils conservent une valeur pour juger de l'intensité de l'acidose si fréquente dans les grandes insuffisances hépatiques, ils sont incapables de fournir des renseignements assez fidèles dans les petites et les moyennes insuffisances hépatiques en raison de la formation rénale de l'ammoniaque urinaire découverte durant ces dernières années. Ils étudient le coefficient ammoniacal réduit d'Hasselbach et celui de Schroeder, proposent une technique nouvelle pour établir ce qu'ils nomment le coefficient ammoniacal corrigé en fonction du pli urinaire. Reprenant la méthode de Filinski par l'épreuve du miel, ils fixent une technique d'exploration de la fonction hépatique en étudiant le CAC de deux en deux heures. Les résultats fournis dans l'insuffisance hépatique traduisent une élévation rapide et progressive du CAC après l'épreuve du miel qui correspond à une ingestion de glucose-lévulose. Cette méthode nouvelle peut rendre des services pour évaluer le rendement fonctionnel de la cellule hépatique.

René Giroux.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du mardi 21 avril 1925

Propriétés de la di-urotropine iodo-benzométhylée (septicémine). — *M. R. Suzeau.* — Les essais faits sur le chien par diverses voies d'introduction établissent l'innocuité absolue de la septicémine. Des doses atteignant 60 fois la dose thérapeutique ne déterminent aucun trouble. L'inoculation péritonéale permet l'introduction de doses très élevées.

Chez le chien, la di-urotropine iodo-benzométhylée (septicémine) donne de bons résultats comme agent de la médication abortive et curative de la « maladie ».

La vitalité du gonocoque. — *Mlle Le Soudier et J. Verge.* — Le milieu au blanc d'œuf recommandé par les auteurs et sur milieu vitaminé, dont les auteurs se réservent de faire connaître la composition, permettent la conservation du gonocoque avec sa vitalité au moins durant 4 mois. Dans les vieilles cultures, le gonocoque revêt des formes anormales que les auteurs considèrent comme des formes de résistance.

Présentation d'un vœu relatif au mode de prélèvement des organes destinés à l'opothérapie, par M. *Félix Regnault*.

Projet de vœu :

La récolte des organes destinés à l'opothérapie se faisant parfois dans les abattoirs dans des conditions d'hygiène mauvaises, la Société émet le vœu : 1° qu'elle soit réalisée avec une asepsie rigoureuse, sous la

2° Que les spécialités opothérapiques portent l'indication de la proportion d'extrait par rapport à la quantité de substance fraiche. Ainsi, par exemple, dix centigr. d'extrait thyroïde correspondant à 50 cgr. de glande fraiche.

3° Que pour les spécialités opothérapiques injectables, la date de la fabrication soit indiquée.

4° L'activité des extraits opothérapiques différant suivant leur mode de préparation, que ce mode de préparation soit indiqué par les spécialistes.

Le métabolisme basal des obèses. — M. *Stevenin* rappelle la communication qu'il a faite avec le Pr. Marcel Labbé à la Société de Biologie, le 13 janvier 1923. Aux 46 obèses dont ils avaient étudié les échanges respiratoires, il ajoute aujourd'hui 50 nouveaux cas. La plupart (78 %) avaient un métabolisme basal normal. Les échanges respiratoires étaient diminués dans 12 % des cas, augmentés dans 10 % des cas. Il ne semblait pas y avoir de rapport entre le taux du quotient respiratoire et la facilité d'amaigrissement des sujets. L'examen du métabolisme basal permet de diviser les obèses en plusieurs catégories : obèses simples à métabolisme basal normal ou augmenté, qui peuvent être traités uniquement par le régime ; obèses endocriniens à métabolisme basal diminué, pour lesquels on doit recourir également au traitement thyroïdien.

Les réactions sériques et leur traitement. — M. *Query* expose le résultat de ses observations après une pratique de plus de vingt années de sérothérapie. Il divise les réactions sériques en réactions de faible, de moyenne, de grande intensité et indique,

dans ces divers cas, les moyens de traitement et surtout l'autohémathérapie employés par lui depuis plus de trois ans, non seulement dans les cas de réactions sériques, mais encore dans le traitement de la blennoragie aiguë et de toutes les dermatoses en général, notamment les psoriasis rebelles.

Les prétendues altérations des stocks-vaccins microbiens, par MM. *L. Goldenberg et L. Pannisset*. — La conservation des stocks-vaccins ne fait pas apparaître de propriétés toxiques, au moins en ce qui concerne le vaccin contre la pyorrhée alvéolaire avec lequel les auteurs ont expérimenté.

Du diagnostic des pleurésies interlobaires, par le Dr *Ed. Doulcet*. — L'auteur s'efforce de montrer que les pleurésies interlobaires sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose et qu'à côté des interlobites suppurées, à signes d'emprunt masquant la lésion primitive, on rencontre fréquemment des inflammations interlobaires séreuses, souvent non diagnostiquées, mais qu'un examen minutieux peut déceler.

Matité à topographie spéciale, signes d'auscultation difficiles à mettre en évidence dans les cas légers, égophonie et pectoriloquie assez caractéristiques dans la gouttière scapulo-vertébrale. Tous symptômes qui sont portés au maximum quand le pus a envahi l'interlobe, mais qui sont fort souvent masqués, dans ce cas, par le retentissement congestif pulmonaire de voisinage.

Ch. GROLLET.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 avril 1925

L'ostéosynthèse dans le traitement des fractures récentes. — *M. Dupuy de Frenelle*. — L'ostéosynthèse ne doit être appliquée qu'aux fractures dans lesquelles l'appareillage donnerait un mauvais résultat. Dans ces cas, elle donne des résultats supérieurs aux autres méthodes. Cette opération ne comporte guère de risques que dans les fractures du corps du fémur. Elle est d'autant plus aisée qu'elle succède plus rapidement à l'accident. Il y a intérêt à ne pas attendre plus de huit jours pour adresser une fracture irréductible à l'operateur.

A propos de l'ostéosynthèse, M. Dartigues fait remarquer que son avantage est d'obtenir un résultat parfait, géométrique pour ainsi dire ; mais qu'elle risque d'échouer uniquement à cause du terrain présenté par le malade qui peut être défectueux et présenter des déficiences. Il y a lieu de traiter en même temps les idiosyncrasies et de pratiquer en particulier la récalcification et même l'opothérapie.

Calcul des risques de la transfusion du sang sans examen préalable du sang. — *M. P. Gallois* envisageant le cas d'un malade en danger de mort et pouvant être sauvé par une transfusion, sans qu'on ait le temps de s'assurer si le sang du donneur éventuel peut lui convenir, a cherché à mesurer le risque que l'on ferait courir au malade en lui injectant un sang sans savoir s'il lui est incompatible. Tenant compte de la répartition des sujets entre les quatre groupes sanguins classiques, il montre que le nombre des combinaisons possibles s'élève à 10.000. D'après ses calculs, sur ce nombre, 6.581 combinaisons seraient favorables contre 3.149 défavorables. Il en conclut qu'en chiffres ronds, en injectant à un malade quelconque du sang d'un donneur quelconque sans examen préalable de leurs sangs, on a deux chances d'avoir un résultat favorable contre une d'avoir des accidents. Cette donnée permettra à l'opérateur de décider dans un cas donné si l'état du malade justifie le risque qu'on lui fait courir.

Les résultats morphologiques de la culture physique de développement (avec présentations). — *M. Ruffier*. — La culture physique de développement modifie considérablement la forme des sujets qui la pratiquent régulièrement. Elle assure une structure athlétique à des sujets que rien, dans leur constitution et leur hérédité, ne prédisposait à un développement musculaire au-dessus de la normale. Cette structure athlétique s'accompagne d'une santé remarquable et d'une résistance exceptionnelle à la maladie, même chez des sujets originairement chétifs.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage. Quelques résultats éloignés. — *M. Jean Guisez*. — Quoiqu'il s'agisse le plus souvent d'un traitement palliatif permettant pour un temps plus ou moins long le retour de l'appétit et de la déglutition normale, l'auteur peut avancer aujourd'hui qu'un certain nombre de ces malades présentent toutes les apparences de la guérison quoique le traitement remonte à plus de deux ans, et chez certains à 4, 5, 9, 11 et 16 ans. Le cancer de l'œsophage est, la plupart du temps basicellulaire, limité aux parois de l'œsophage, on s'explique qu'il est facilement attaquable par le radium. La difficulté consiste à appliquer exactement les tubes au niveau et dans toute l'étendue du mal et à ce qu'il reste bien en place. L'auteur est resté fidèle à l'emploi de la longue sonde porte-radium et rejette complètement l'usage des appareils courts qui ne restent pas en place. Des applications successives faites dans des cas favorables ont obtenu la disparition complète de la tumeur.

Le carnet individuel des aliénés. Pyromanie chez un aliéné remis en liberté. — *M. Dabout* rapporte *plusieurs cas de pyromanie chez des aliénés sortis ou évadés des asiles* ; cette nouvelle communication fait suite à celle du même auteur sur les homicides et attentats commis par aliénés reconnus remis en liberté. Ces homicides et incendies volontaires sont des délits évitables si l'on crée un carnet médical individuel pour chaque aliéné, qui l'accompagnerait dans ses transferts d'asile à asile, et si un fichier central, véritable casier sanitaire mental des aliénés en France, permettait de retrouver instantanément le curriculum vitæ de chaque aliéné interné à nouveau. Le nombre des asiles pour aliénés dangereux est actuellement insuffisant, d'autres asiles déjà existants pouraient recevoir cette affectation spéciale.

Syphilis conceptionnelle et réaction de Bordet-Wassermann. — *M. Louis Bory* rapporte un certain nombre d'observations de ces syphilis ocultes de la femme, que traduisent seulement des troubles conceptionnels et qui semblent liées à un mode d'inoculation anormale, faisant pénétrer directement le tréponème dans le sang ou le péritoine, milieux défavorables pour lui. En réalité, l'auteur se demande si l'infection s'est positivement réalisée et si le contraste entre la parfaite santé maternelle et la syphilis évidente du fœtus n'est pas dû à une conservation, peut-être à une culture des germes venus de l'extérieur, avec le sperme par exemple, dans la région ovarienne ou parovarienne, et ainsi capable d'infecter le produit de la conception, milieu idéal de culture du spirochète. La fréquence des réactions de B. W. entièrement négatives dans le sang de la mère, alors qu'elle est positive chez l'enfant est un argument de plus en faveur de cette notion théorique des porteuses de germes, qu'il n'est pas plus malaisé d'admettre à propos de la syphilis que de la tuberculose, la méningite cérébro-spinale, la diphtérie... et de bien d'autres affections.

A. LAVENANT.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 avril 1925.

Pancréatite hémorragique. — M. *Okinczyc* rapporte l'histoire d'une malade de M. Robert Dupont, femme de quarante-deux ans, souffrant depuis dix ans de coliques hépatiques accompagnées à deux reprises d'ictère. Récemment, au cours d'un troisième accès, la région vésiculaire reste distendue, douloureuse, la température est à 38°, le pouls à 110 ; teinte sub-ictérique. A l'opération, on trouve sous le petit épiploon une masse refoulant le mésocôlon ; au pourtour, quelques taches de stéatonécrose, quelques débris sphacélés. Ponction, marsupialisation, drainage. L'intervention est terminée par la cholécystostomie d'une grosse vésicule bourrée de calculs (200 à 300 calculs sont éliminés dans les jours suivants). La fistule pancréatique, après avoir donné pendant six semaines un liquide qui, analysé, ne montra aucun ferment, se ferma spontanément.

Torsion de l'hydatide de Morgagni — M. *Mouchet* rapporte un cas adressé par M. Jean.

VARIÉTÉS

Le cancer dans l'Histoire et dans l'Art

M. Henry Meige, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts vient de faire à la Ligue Franco-Anglo-Américaine contre le cancer, le 28 avril 1925, une conférence sur « Le cancer dans l'histoire et dans l'art », dont voici le résumé :

Le cancer dans l'histoire n'est pas l'histoire du cancer. C'est le relevé des personnages historiques qui furent atteints ou supposés atteints de cancer, et les déductions qu'on peut tirer de cette enquête.

Bien que le cancer n'ait pas été ignoré des anciens, comme en témoignent les écrits d'Hippocrate, les descriptions de Celse, etc., il fut alors souvent confondu avec d'autres affections. Et d'ailleurs les renseignements sur les épisodes morbides de la vie des hommes célèbres de l'antiquité sont extrêmement rares. On ne connaît aucun cas authentique de cancer.

C'est dans l'Histoire de France et des autres royaumes de l'Europe qu'on peut trouver des indications plus précises. La pathologie des princes de la maison de France et des maisons alliées a été bien étudiée, notamment par Auguste Brachet, Corlieu, Cabanès, etc. En dépit de leurs recherches très consciencieuses, l'enquête en ce qui concerne le cancer demeure totalement infructueuse. Aucun roi de France ne paraît avoir été atteint de cancer, depuis le IXe siècle jusqu'au XIXe. Parmi les reines, une seule fut certainement cancéreuse, Anne d'Autriche, qui mourut d'un cancer du sein. Chez une autre, Marie de Médicis, un cancer viscéral peut être suspecté.

Par contre, Napoléon et plusieurs membres de sa famille, son père notamment, furent emportés par des cancers gastriques vérifiés à l'autopsie.

La carence du cancer chez les monarques français, pendant plus de dix siècles mérite d'être retenue et opposée à l'abondance de leurs autres tares : tuberculose, syphilis, arthritisme, etc. Cette constatation peut servir d'argument à ceux qui admettent l'antagonisme du cancer et des maladies infectieuses ou diathésiques. L'exemple de Napoléon, qui eut des poussées tuberculeuses et de multiples manifestations arthritiques, plaide au contraire pour la thèse inverse.

Si les cancers historiques sont rares, le cancer dans l'art l'est encore bien davantage.

On ne connaît aucune figuration représentant avec certitude le cancer. Peut-être dans l'antiquité, faut il signaler quelques-uns de ces ex-votos qui ornaient les sanctuaires consacrés aux dieux guérisseurs et où le cancer serait grossièrement indiqué, en particulier le cancer du sein. Mais ces images votives sont d'une interprétation discutable. Dans les sculptures, les peintures, les gravures, malgré de longues recherches, le cancer n'a pas été retrouvé, tandis qu'au contraire la lèpre est figurée très souvent, et avec une grande exactitude.

Il n'y a guère que les cancers de la face ou ceux du sein qui eussent pu être représentés par les artistes. Les cancers viscéraux ont été longtemps méconnus et ne se traduisent pas par des signes objectifs caractéristiques. L'émaciation de la période terminale, non plus que la teinte spéciale de la peau, même si l'on est tenté d'en retrouver les indices sur quelques œuvres d'art, ne sont pas des signes suffisamment pathognomoniques pour permettre de faire un diagnostic retrospectif du cancer.

En résumé, l'enquête historique sur le cancer est fort pauvre, l'enquête artistique se réduit à néant.

A propos de psychiatrie

On ne peut contester l'intérêt de plus en plus grand que suscite la psychiatrie dans le public médical. Elle ne concerne plus uniquement l'asile d'aliénés et s'attache à autre chose que la classification contemplative de malades incurables, ou guérissant par le seul effet de la bonne nature. Elle tend à s attaquer, d'un point de vue réellement médical, à tous les troubles intermédiaires entre l'état de santé psychique et les cas les plus graves et s'efforce de découvrir des ressources thérapeutiques plus actives. En particulier tous les états névrosiques, psychonévrosiques, les défaillances passagères ou durables, les souffrances mentales atypiques ou l'anxiété caractérisée sont étudiés avec soin.

C'est ce qui explique le succès de théories et de méthodes nouvelles ou récemment répandues en France ; par exemple, les doctrines de Freud et la psychanalyse attirent l'attention d'un grand nombre de médecins Il en est de même en ce qui concerne les conceptions moins connues, de Bleuler. Malheureusement, il arrive trop souvent que toutes ces notions soient exposées de façon imprécise, avec une documentation insuffisante, et ne donnent lieu qu'à des critiques superficielles ou à des enthousiasmes prématurés et, dans beaucoup de cas, en dehors de toute méthode scientifique et médicale. Il demeure difficile, pour beaucoup de médecins, de se renseigner commodément sur les tendances actuelles et les acquisitions de ces doctrines à l'étude.

Il ne manque pas de travailleurs qui en poursuivent l'examen, de côtés divers. Spécialement, l'école de M. le Pr H. Claude, à côté des investigations biologiques, dans leur rapport avec la psychiatrie, s'attache aux recherches de psychologie clinique, appliquée à la médecine de l'esprit.

Il n'est pas sans utilité de trouver groupés ces efforts divers et d'en connaître les résultats. C'est à ce but que s'attache l'*Evolution psychiatrique* (1) ; elle constitue un recueil où sont étudiés divers points des problèmes actuels, et particulièrement de la psychanalyse. Indépendamment de toute dogme, conservant leur liberté d'exposition et de contradiction, divers auteurs y ont réuni des discussions de théories, des études critiques, des documents cliniques, des exposés d'histoires, des applications thérapeutiques et pédagogiques etc., sous forme de travaux originaux et d'analyses.

Cette documentation peut donc intéresser tous ceux, spécialistes ou non qui, par profession ou par goût, s'appliquent à l'observation de l'esprit humain et s'attachent à ce qui peut en atténuer les troubles et les souffrances.

P. M.

(1) L'Evolution psychiatrique. T. I. Payot. Paris et Genève.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur les psychoses erotomoniaques par le Dr Hacquart. *Thèse de Nancy* 1924 (*Société d'impressions typographiques de Nancy*).

La thèse du Dr Hacquart expose d'une façon claire et précise les psychoses dites érotomoniaques. Définie par ses caractères extrinsèques l'érotomonie correspond au désir amoureux — amour-obsession et, encore plus, illusion d'être aimé — chronique, fixe, unique ou prévalant évoluant sous la forme « d'une poursuite d'abord optimiste, et hostile ». Définie par ses caractères intrinsèques, l'érotomanie est une « psychose passionnelle » développée chez des sujets dont « l'aptitude obsessionnelle » et lés tendances paranoïaques sont activées par « l'orgueil sexuel » et le désir amoureux.

Il convient de distinguer l'érotomanie de l'érotisme instinctif (satyriasis, nymphomanie) et des perversions sexuelles, secondement de la simple obsession érotique et de l'érotisme épisodique qui s'observe au cours d'autres psychoses : psychoses démentielles excitation maniaque, intoxications, érotisme diffus ou transitoire dans le délire polymorphe aigu, chez les délirants mystiques, érotisme accompagnant parfois les hallucinations génitales chez les délirants persécutés.

L'érotomanie essentielle est tantôt : a) *Prémonitoire* — c'est le cas le plus fréquent — souvent précédée d'érotomanie fruste, passagère ; elle parcourt divers stades : phases d'espoir, de dépit et de rancune de de Clérambault ; érotomanes contemplatifs ou modérément obsédants d'Esquirol : érotomanes persécuteurs et érotomanes persécutés-persécuteurs de Garnier. Ces diverses phases constituent l'érotomanie pure de de Clérambault, n'aboutissant pas au polymorphisme. Mais, le plus souvent — et cette éventualité seulement constitue l'érotomanie prémonitoire de de Clérambault, — à la suite ou à la place de la troisième phase, se développent des idées de grandeur et de persécution, cette dernière exercée par des tiers et non seulement relative aux incidents de la poursuite, mais encore revêtant la forme de persécution générale. Cette éventualité réalise un des types de l'érotomanie mixte de de Clérambault, englobant d'autre part les deux variétés suivantes. b) *Secondaire* à un autre délire et notamment à un délire de persécution ; c) *Associée* ou développée simultanément avec un autre délire, notamment avec un délire mystique.

L'érotomanie, qui peut se développer à tous les âges, est surtout fréquente à l'âge adulte et dans le sexe féminin. Elle a une durée indéfinie, sans tendance à la démence, sauf dans les cas où le polymorphisme est très accusé et s'accompagne d'hallucinations.

Le diagnostic de l'érotomanie est à faire avec l'amour passionné dont on a longtemps confondu les réactions avec celles des érotomanes, avec les autres passionnels (délires de revendications et de jalousie) et, par suite de l'adjonction si fréquente d'idées de persécution dans l'érotomanie et aussi d'idées érotiques dans le délire de persécution, avec cette catégorie de malades que l'auteur appelle « persécutés érotiques ».

Les réactions des érotomanes découlent soit de l'amour (poursuite bienveillante, exceptionnellement vol par amour), soit de l'exaspération amoureuses et d'idées de persécution surajoutée (poursuite hostile, quérulance, voies de fait, homicide virtuellement possible).

Les érotomanes sujets à des réactions hostiles doivent, en qualité de psychopathes atteints d'un délire chronique, être longuement séquestrés et n'être libérés qu'en s'entourant des plus sérieuses garanties.

Il n'y avait pas jusqu'ici d'exposé synthétique de cette forme de psychose : il faut féliciter l'auteur de l'avoir entrepris.

PAUL BONCOUR

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

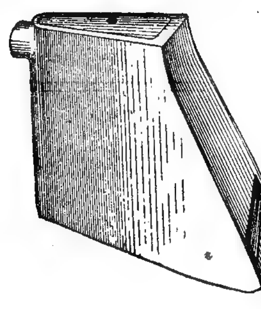
VIENNENT DE PARAITRE :

Le Simulateur devant l'ophtalmologiste-expert, par H. BICHELONNE et A. CANTONNET, in-8°, 204 p, 69 fig. : 16 fr. (Legrand).

Proses datées, par Henri de Régnier. 1 vol. in-12 : 7 fr. 50 (Mercure de France).

Georges Duhamel, par César SANTELLI. 1 vol. in. 16 6 fr. 50 (Mercure de France).

Les Paysans de Ladislas Reymond (Prix Nobel, 1925), par Frank-L- SCHOELL. 1 vol. 4 fr. (Les Belles-Lettres),





Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 21. Le Numéro : 50 Centimes 23 MAI 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03.

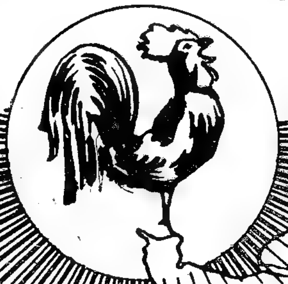
ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

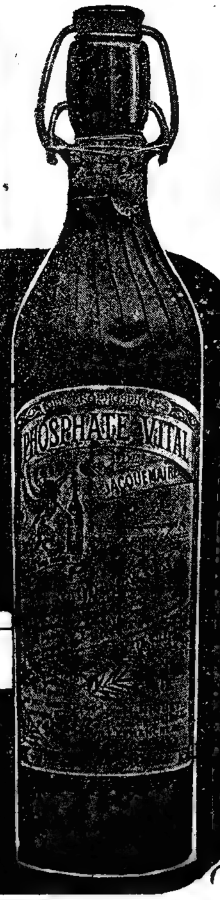
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie........... 40 fr.
Union postale................ 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE




PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

NOUVELLES

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — *Avis.* — Un cours supplémentaire d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par MM. les docteurs Jean Braine et Louis Michon, prosecteurs, commencera le lundi 1er juin 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours : 1. Chirurgie des vaisseaux : voies d'accès élargies sur les principaux troncs vasculaires, pour plaies et anévrismes ; sutures vasculaires ; traitement des varices. — 2. Chirurgie des nerfs : voies d'accès sur les principaux troncs nerveux ; sutures des nerfs ; greffes par la méthode de Nageotte ; sympathectomie périartérielle. — 3. Chirurgie des muscles, des tendons et des ligaments : ténotomies, sutures tendineuses, anastomoses ; réfection des ligaments croisés (opération de Hey-Groves) ; amputation cinématique de l'avant-beas. — 4. Chirurgie des articulations : arthrotomie (type épaule ; résections : orthopédique, pour drainage, pour tuberculose (type genou) ; arthrodèses : tibio-tarsienne, sous-astragalienne et médiotarsienne.— 5. Ostéosynthèse : traitement d'une pseudarthrose de l'humérus avec plaque de Lambotte ou de Lane ; cerclage d'une fracture oblique de jambe avec lames de Patham ; vissage d'une fracture unicondylienne du fémur ; pose des agrafes de Dujarier. — 6. Traitement de l'ostéomyélite : trépanation d'un os long. Ostéotomies : supra-condylienne, sous-trochantérienne. — 7. Traitement des pseudarthroses : technique de la greffe osseuse (procédé d'Ollier-Delagénière, procédé d'Albee, procédé du professeur Cunéo. — 8. Chirurgie de l'épaule et du coude : résections de l'épaule et du coude, traitement des fractures de l'olécrâne. — 9. Chirurgie du pied et de la jambe : orteil en marteau, hallux-valgus ; tarsectomies pour pieds bots, astragalectomie ; amputation de Ricard, de Pirogoff et de Syme. Amputation basse de jambe. — 10. Chirurgie du genou et de la hanche : voies d'accès du genou ; voie transrotulienne, voie transtubérositaire ; cerclage de la rotule, méniscectomie, amputation de Gritti ; arthrotomie, résection et désarticulation de la hanche.

Stations thermales. — Les stations thermales du Mont-Dore, Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme), Miers (Lot), sont ajoutées à celles où les fonctionnaires du service colonial et des services locaux des colonies peuvent être envoyés en traitement dans les conditions prévues à l'article 12, paragraphe 5, du décret du 3 juillet 1897, modifié par les décrets des 10 septembre 1920, 15 septembre 1923, 4 mai et 30 août 1924.

La durée du traitement dans ces stations est fixée à vingt et un jours.

Faculté de médecine. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite.* — Séance du 5 mai. — *Anatomie.* — Question donnée : « Gaines synoviales des fléchisseurs des doigts (mains). »

Physiologie. — Question donnée : « Systole ventriculaire. »

Les prochaines séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 6 h., salle des thèses, no 2.

— Lille. — Les professeurs, les suppléants, les agrégés, les chargés de cours et les maîtres de conférences de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, sont convoqués le samedi 23 mai 1925 à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Lille de Lille en remplacement de M. Breton, décédé.

Cours de vacances, de revision et de perfectionnement. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu,* (Amphithéâtres Trousseau et Bichat ; Professeur : M. A. Gilbert ; Professeur agrégé : M. Maurice Villaret). — Cours de perfectionnement. Grandes vacances : juillet 1925 (29 juin au 10 juillet) : Les notions récentes médico-chirurcales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.

Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 29 juin 1925, à 9 h. 30, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (Amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le Professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; A. Baudoin, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; Herscher et Etienne Chabrol médecins, des hôpitaux ; Lippmann, Jomier, Brin et Saint Girons, anciens chefs de clinique ; Coury, ancien chef de clinique adjoint ; Paul Descomps, Dumont, Henri Bénard, Deval et Mlle Tissier, anciens chefs et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie.

Il comprendra 32 leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu régulièrement, l'après-midi de 15 h. 30 à 18 heures, et le matin avant 10 heures, de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins à partir de 10 heures.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront attribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours. Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs. Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1924-1925 ont lieu, comme tous les ans à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1o) Deux cours de perfectionnement :

a l'un sur les maladies du foie et le diabète (Grandes vacances : du 20 juin au 10 juillet 1925) ;

b) l'autre sur les maladies du tube digestif (Grandes vacances : du 14 au 26 septembre 1925) ;

2o Un cours de revision :

De clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

Un voyages d'études hydrologiques de trois jours dans la région de Vichy est organisé tous les ans à la suite du cours de septembre sur les maladies du tube digestif. Les élèves ayant assisté à l'un des trois cours de vacances de l'année auront le droit de s'inscrire à ce voyage.

Deuxième concours pour la nomination de deux places de chirurgien des Hôpitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le mardi 9 juin 1925, à 9 heures du matin, dans la salle des Concours de l'Administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de Santé), de 14 à 17 heures, du lundi 18 au mercredi 27 mai 1925 inclusivement.

Nécrologie. — Dr LAMBERT, de Combrée. — Dr Arthur SOCKEEL, de Lille. — Dr JARTEL, de Boulogne-sur-Mer.

BIBLIOGRAPHIE

L'urologie en clientèle, par M. LE FUR. In-8. Prix : 30 fr. Maloine éditeur 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

L'urologie en clientèle, de M. LE FUR, est, comme le dit l'auteur, « un vrai livre de pratique urologique s'adressant à la fois à l'étudiant qui termine ses études, au médecin praticien qui désire se familiariser avec l'urologie courante, au spécialiste qui veut connaître et pratiquer la technique de toute l'urologie non chirurgicale ».

L'ouvrage se divise en deux parties distinctes : la première comprend la description des *Instruments d'Urologie courante* et de tout le matériel nécessaire pour l'examen et le traitement des urinaires ; la seconde traite de la *Technique urologique proprement dite* ; *technique d'exploration*, d'abord, montrant la manière d'examiner complètement un urinaire, de façon à établir un diagnostic précis (exploration de l'urètre, de la prostate, de la vessie, des reins, des organes génitaux), *technique thérapeutique* ensuite (différentes sortes de cathétérismes, lavages de l'urètre et de la vessie, instillations, dilatations, urétroscopie, cystoscopie, cathétérisme des uretères et séparation des urines, électrolyse, ionisation, courants de haute fréquence, ponction hypogastrique, etc...).

Le livre se termine par 3 chapitres ayant fait l'objet de travaux spéciaux de la part de l'auteur : *la Vaccinothérapie* et la *Sérothérapie en urologie*, particulièrement dans les blennorragie, l'*Anesthésie chez les urinaires*, *le traitement de certaines formes d'impuissance génitale par la cure locale des lésions de verumontanum*, notamment aux courants de haute fréquence.

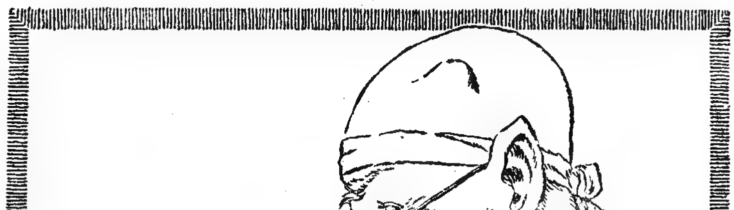
C'est en somme le résumé de l'enseignement urologique donné depuis de nombreuses années par M. LE FUR à sa clinique. Ecrit dans un style clair et facile; avec la compétence et l'autorité qui s'attache au nom de l'auteur en urologie, ce livre est destiné à rendre de grands services au public médical et a sa place marquée dans la bibliothèque de tout médecin praticien et de tout urologue.

La syphilis héréditaire de seconde génération et son traitement, par le Dr Georges HIGOUMENAKIS. In-8 Prix ; 15 fr. Maloine éditeur. 27, rue de l'Ecole-de-médecine Paris VIe.

Avec un esprit très scientifique et soucieux d'étudier impartialement le sujet au double point de vue pathologique et social, l'auteur a traité la question de l'hérédité syphilitique et son traitement.

Problème ardu et passionnant car, en général, à la suite d'accidents graves parfois mortels, alors qu'aucune infection n'est venue contrarier le cours de notre vie, on évoque l'hérédité sans plus s'expliquer ce que veut dire l'hérédité protoplasmique, l'hérédité cellulaire, oubliant totalement les hérédités microbiennes, d'où relève tout notre avenir pathologique, et ce en dépit des arguments cliniques et thérapeutiques les plus évidents.

Une documentation intéressante, des renseignements sur les cas cités et une bibliographie soigneusement élaborée complètent l'ouvrage, appelé à avoir un certain retentissement dans le monde médical.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

TRAVAUX ORIGINAUX

L'action du sucre dans l'estomac

Par M. LOEPER et G. MARCHAL

Toute substance introduite dans l'estomac provoque une triple réaction ; physique, chimique et cellulaire.

La réaction physique est la première en date ; elle rétablit la concentration moléculaire adéquate au milieu gastrique, c'est-à-dire qu'elle concentre les solutions de titre trop faible et qu'elle dilue les solutions trop concentrées (1).

La réaction chimique est une sécrétion d'acide chlorhydrique et de ferments protéolytiques. Elle disloque les molécules albumineuses tandis que la salive agit sur les substances hydrocarbonées. Ainsi se libèrent des molécules nouvelles, dont le volume est souvent plus considérable mais dont la solubilité est plus grande, qui accroissent de façon constante la concentration du milieu gastrique et exigent un appel toujours renouvelé d'eau de dilution. A ces deux réactions primordiales s'ajoute une réaction cellulaire muqueuse et leucocytaire. La réaction muqueuse varie dans des conditions qu'il est encore assez difficile de préciser et qui sont d'ordre chimique et irritatif.

La réaction cellulaire est particulièrement constante ; elle consiste dans un afflux de leucocytes dont nous nous sommes efforcés de préciser les conditions physiologiques et pathologiques. Nous lui avons donné le nom de *leucopédèse* : parce que ce n'est pas une multiplication cellulaire mais une diapédèse ; elle varie avec la nature chimique de l'aliment, avec son action irritante sur la muqueuse gastrique. Elle est plus forte avec les sucres qu'avec l'amidon, avec les peptones qu'avec l'albumine ; elle est assez intense avec l'huile ; elle existe avec les acides, les ferments, le vin et les alcools. Certains médicaments sont des leucopédétiques puissants et constants comme l'atropine, la pilocarpine ; d'autres le sont de façon moins régulière, comme l'adrénaline ; d'autres le sont à un très faible degré comme l'ésérine et l'antipyrine.

La leucopédèse dépend en partie du système nerveux puisque la section du vague en accroît l'importance (2) ; elle est assez constante pour qu'on puisse la considérer comme une réaction essentielle de la muqueuse gastrique.

L'action des leucocytes ainsi diapédésés varie avec l'acidité du milieu gastrique : phagocytes, à un certain degré, dans un estomac hypochlorhydrique, ils ne le sont guère en milieu acide.

Ils se dissolvent le plus souvent et mettent en liberté les produits fermentaires qu'ils contiennent. Ils laissent, comme le dit Fiessinger, une force qui va entrer en action.

Cette force, c'est une action fermentaire, lipasique, amylolytique et protéolytique puisque un extrait leucocytaire additionné d'un peu d'acide jouit d'un pouvoir peptique presque égal à celui du complexe chlorhydropeptique. Cette force est aussi une action de renforcement du suc gastrique physiologique puisque l'extrait leucocytaire mélangé au suc gastrique accroît sa puissance digestive. Cette force c'est encore une action protectrice de la muqueuse et de tout l'organisme contre l'action locale et l'action générale de certaines substances alimentaires ou médicamenteuses.

Il est des estomacs qui font moins de leucopédèse que d'autres. Leur vulnérabilité n'en est que plus grande et l'organisme qu'ils nourrissent est aussi moins parfaitement protégé. On peut donc supposer que la production de cette leucocytose présente un intérêt thérapeutique et que l'administration d'un aliment ou d'un médicament leucopédétique peut diminuer cette vulnérabilité locale et accroître la protection générale de l'organisme tout entier.

Nous connaissons trois leucopédétiques puissants : l'atropine, dont l'introduction dans l'estomac à la dose d'un milligr pour 125 gr. d'eau donne parfois des leucopédèses de 9.000 éléments par millimètre cube : l'eau peptonée à la dose de 1 gr. pour 125 gr. dont la valeur leucopédétique atteint 2000 éléments ; enfin le sucre à la dose de 20 gr. pour 125 gr. d'eau dont l'effet se traduit dans l'heure même par l'afflux de plus de 3.000 éléments.

L'atropine est d'autant plus recommandable qu'elle joint à son action excitante de la leucocytose une action inhibitrice de la sécrétion gastrique mais son emploi ne peut être quotidiennement renouvelé.

L'eau peptonée est d'une action très sûre, mais elle accroît dans des proportions appréciables l'acidité du milieu gastrique.

Le sucre doit leur être préféré parce que la leucopédèse qu'il provoque est très élevée et que son action secrétoire est extrêmement faible.

C'est donc à l'action du sucre dans l'estomac que nous consacrerons ce travail. Nous montrerons qu'il agit à la fois comme protecteur de la muqueuse et comme protecteur de l'organisme et, pour prouver le bien fondé de notre hypothèse, nous l'étudierons d'une part dans l'ulcère de l'estomac, d'autre part dans l'anaphylaxie alimentaire.

***

A vrai dire l'action du sucre dans certains accidents gastriques n'est pas absolument une nouveauté.

Dès 1912 MM. Variot et Lavialle recommandaient dans les vomissements du nourrisson l'usage du lait hypersucré. Presque à la même époque l'un de nous insistait sur les avantages du régime sucré dans le régime et le traitement des ulcères intolérants de l'estomac (1).

L'action du sucre ne diffère guère *dans l'ulcus*, l'hypersécrétion et la gastrite hypergénétique (2) que nous avons étudiée. Elle s'exerce sur la sécrétion d'abord, sur les douleurs tardives ensuite et les vomissements dont la fréquence et l'intensité s'atténuent.

Il est faux de dire que le sucre peut exagérer certaines brûlures ou les provoquer. Le sucre en nature, dissous dans l'eau ou dans une infusion, à une concentration moyenne, ne provoque aucun phénomène anormal. Seules les solutions concentrées de sucre, le sucre cuit des marmelades et des confitures, le miel, peuvent en être déclarés responsables. Et ce n'est pas sous cette forme que nous le recommandons.

---

(1) CARNOT et CHASSEVANT.
LOEPER et ESMONET.
LOEPER et THINK.
BEAURRMEISTER et MEUNIER,
(2) M. LOEPER et G. MARCHAL, Action leucopédétique de la section du pneumogastrique. *C. R.* Soc. Biologie. 19 juillet 1924.

(1) LOEPER. — Leçon de pathologie digestive 2e série (Masson, éditeur 1912.)
(2) M. LŒPER et VERPY. — La gastrite hypergénétique du soldat. *Annales de médecine*, 1918, et Leçons de path. digestive, 4e série. (Masson 1919.)

L'action bienfaisante du sucre tient à deux causes principales : la dilution du liquide gastrique et l'hyperleucocytose qu'il provoque.

Nous allons les passer en revue.

La dilution du liquide gastrique varie avec le titre et le volume de la solution ingérée. Un morceau de sucre pèse 8 à 10 gr. La solution de 8 gr. pour 125 gr. d'eau, soit d'un morceau de sucre dans un verre à Bordeaux, a une concentration de 0°70 environ qui est double de celle du milieu gastrique et fait affluer dans l'estomac une proportion égale d'eau de dilution. Deux morceaux de sucre font une concentration de 1° et demi qui appelle une proportion double d'eau.

Toute ingestion d'eau sucrée dilue donc le milieu gastrique et diminue l'action corrosive ou irritante d'un suc trop acide.

Mais le sucre est aussi un hyposécréteur. Administré seul comme l'a vu Hernando (1), comme l'a avancé encore Meunier (2), il provoque une légère sécrétion gastrique. Mais cette sécrétion est minime et passagère. Les dosages de ces auteurs ne dépassent guère la 40e minute. Elle ne va guère au-delà.

Pour que la sécrétion se prolonge, il faut une substance qui jouisse d'une action élective sur la cellule gastrique et cette substance doit être albuminoïde.

Mélangé à un repas d'épreuve, voire même à du thé, le sucre réduit la sécrétion, un repas quelconque, du thé pur sucré provoquent une sécrétion acide deux fois moindre que lorsqu'ils sont administrés seuls.

Cette diminution de l'acidité ne dépend pas seulement de l'eau introduite avec le sucre ou de l'eau qu'il appelle pour sa dilution, car elle est proportionnelle non à la concentration ou à la dilution secondaire mais bien au taux total de sucre introduit dans l'estomac. Il n'y a guère de différence entre l'action d'une solution à 10 % ou à 10 p. 200 mais il y a une différence entre 10 gr. et 20 gr. de sucre quelle qu'en soit la dilution.

On peut donc affirmer que le sucre a une action inhibitrice et cette action est plus forte que celle de l'eau salée, de l'eau peptonée et même de l'eau pure.

A la dilution et à l'inhibition sécrétoire se joint, dès que la concentration moléculaire du milieu gastrique est rétablie, soit vers la 20e ou 30e minute ; la leucopédèse, c'est-à-dire la diapédèse des leucocytes vers la cavité de l'estomac.

Cette diapédèse est d'autant plus intéressante que l'estomac hyperchlorhydrique ou ulcéreux est fort pauvre en éléments migrateurs. D'abord parce que l'acidité excessive du milieu digère entièrement les leucocytes et les fait disparaître au fur et à mesure de leur production ; ensuite parce qu'il les sécrète toujours en proportion infime.

C'est même ce qui différencie l'ulcus du cancer. Dans le cancer, 4 fois sur 5 la leucopédèse est intense, normale, ou supérieure à la normale ; dans l'ulcère et l'hyperchlorhydrie 7 fois sur 9 elle est inférieure ou nulle.

Nous avons dit plus haut que les leucocytes jouent un rôle protecteur. Si ce rôle est réel, on peut affirmer que l'estomac ulcéreux est mal protégé. Il faut voir dans cette *insuffisance leucopédétique* une particularité curieuse de la *muqueuse des ulcéreux*, peut être le résultat d'une action vagotonique, puisque le vague inhibe la leucopédèse.

L'idée vient naturellement de donner à ces malades de l'atropine pour les deux motifs que l'atropine est un hyperleucopédétique et un hyposécréteur mais le sucre fait aussi bien, peut être utilisé de façon quotidienne et répétée (1).

Une solution de saccharose ou de glucose fait affluer dans le milieu gastrique une abondante proportion de leucocytes et, comme elle dilue le suc gastrique et inhibe sa sécrétion, elle empêche la dissolution brutale et la digestion.

Ainsi s'effectue la protection de la muqueuse et se trouve facilitée la réparation de la plaie gastrique, à l'abri de cet opercule cellulaire, jusque-là constamment détruit.

Telles sont les raisons pour lesquelles il faut donner du sucre aux hyperchlorhydriques et aux ulcéreux ; à ceux-là à titre préventif, à ceux-ci à titre curatif.

***

Le sucre est encore capable de *protéger l'estomac* contre *l'action irrtante* de certains médicaments ou de certains produits alimentaires.

Depuis longtemps, on administre un grand nombre de produits sous forme de sirop ou de granules. L'expérience a montré qu'ils sont ainsi mieux supportés que lorsqu'ils sont administrés purs ou simplement dilués dans l'eau et que l'adjonction du sucre à un médicament quelconque n'est pas seulement destinée à flatter le goût.

Nous avons, en étudiant plus spécialement l'aspirine et l'antipyrine, souvent remarqué que ces médicaments additionnés de sucre ou de sirop de sucre ne produisaient plus sur certains estomacs l'action irritante, les crampes, les spasmes et les brûlures qu'ils provoquaient habituellement.

Il est des muqueuses particulièrement sensibles. Il en est même qui se sensibilisent à la longue. Elles réagissent ou s'altèrent au contact de produits qui n'attaquent point les autres muqueuses et qui les laissaient même autrefois indifférentes.

On ne peut parler ici d'anaphylaxie générale. Le phénomène est tout local comme est local l'érythème initial qui suit une injection de sérum ou d'extrait organique ou un frottis quelconque de l'épiderme chez un sujet prédisposé. C'est une véritable intradermo-réaction gastrique (2) sur laquelle l'un de nous insistait déjà en 1910. Cette réaction, le sucre est encore capable de l'atténuer. Il est remarquable de voir sous son influence disparaître même des réactions émétisantes, les diarrhées que déterminent immanquablement chez certains sujets des médicaments auxquels ils sont sensibles ou vis-à-vis desquels ils se sont sensibilisés.

Ce qui se passe pour les médicaments se produit aussi pour les protéines alimentaires : poissons, mollusques, viandes et œufs.

Nous pourrions citer de nombreux sujets chez qui la seule injection de bouillon de poisson provoquait, après 1/2 heure et même moins, des nausées ou de la diarrhée, phénomènes trop précoces pour que l'on puisse toujours incriminer une réaction générale, ou de simples brûlures que ne peut expliquer une réaction locale et chez qui l'adjonction de sucre empêcha les accidents de se produire.

---

(1) Hernando. — Action de quelques medicaments sur la sécrétion gastrique. (*Presse médicale*, n° 75, 19 sept. 1923, p. 797).
(2) Meunier. — *Presse médicale*, n° 26, 1er avril 1925, p. 421.

(1) Loeper et Marchal. — L'action leucopédétique et hypersécrétante de l'atropine sur l'estomac. (*Bulletin* de la Société de Biologie, 1 mai 1924.)
Loeper et Marchal. — Leucopédèse gastrique et int. alimentaire. *Bulletin* de la Société de Biologie 19 juillet 1924.)
(2) Loeper. — Leçons de pathol. digestive. 1° série, 1e leçon, 1910. (Masson éditeur.)

Cette *anaphylaxie muqueuse* est le premier temps de *l'anaphylaxie générale* c'est-à-dire d'une intoxication qui franchit plus ou moins rapidement la barrière gastrique pour frapper ensuite l'organisme tout entier et y déterminer les chocs et les hémoclasies bien connus.

Pour prévenir ces chocs, pour atténuer l'action toxique générale de ces substances, le sucre est encore un aliment de premier ordre. Et nous en donnerons la preuve en citant quelques observations de prévention d'urticaire ou d'éruption cutanée.

Une malade est prédisposée dès son enfance à l'urticaire. Depuis plusieurs mois, elle accuse l'alternance de brûlures, d'urticaire et de douleurs gastriques. Les éruptions ortiées sont surtout intenses après le poisson, la charcuterie, le porc, les œufs, les fraises. Une épreuve de bouillon de poisson provoque de l'œdème palpébral et une urticaire au thorax. L'adjonction de sucre permet d'éviter les accidents.

Chez une autre malade les éruptions sont si constantes qu'elles prennent sur le visage un caractère eczémateux, que chaque ingestion de poisson accentue immanquablement. L'administration de sucre avec les aliments fait en trois jours disparaître l'eczéma.

Un autre malade est sensible à l'aspirine dont il a fait abus pour combattre des douleurs d'épaule rebelles.

Il lui est actuellement interdit d'en prendre sous peine d'éruption érythémato-papuleuse à tendance pigmentaire qui apparaît une demi-heure après l'ingestion du médicament. Nous lui conseillons de prendre l'aspirine avec du sirop de sucre et dorénavant il supporte 1 gr. sans aucune irritation cutanée.

Nous possédons encore 6 à 7 observations du même genre qu'il ne paraît pas utile de reproduire en détail ici et dont certaines sont dejà insérées dans la thèse de l'un de nous (1.)

Nous avons déjà dit que ce rôle préventif du sucre ne lui appartenait pas exclusivement. L'atropine fait de même. De même aussi une solution de peptone. Et fait curieux, l'ésérine agit en sens inverse et, maintes fois, elle nous a semblé exagérer les réactions locales et générales ou les faire reparaître quand elles avaient disparu (2).

Si nous rappelons l'action de ces médicaments, c'est qu'elle nous apporte, croyons-nous, la clef du problème.

Pour qu'un même phénomène se produise sous l'influence de produits si différents, il faut qu'une réaction commune les unisse et cette réaction ce n'est ni la sécrétion muqueuse qui est faible avec la peptone et plus forte et avec le sucre, n i la sécrétion acide qui est faible avec l'atropine et forte avec l'ésérine, marquée avec la peptone, et réduite avec le sucre. C'est la réaction leucocytaire, la leucopédèse qui, avec les 3 produits préventifs, atropine, sucre et peptone, est accrue considérablement et de même sens.

Tel sujet qui ne faisait que 800 à 1000 leucocytes avant l'antipyrine ou l'aspirine seule, administrées à la dose de 0.50 cgr. dans 100 gr. d'eau, fait 2 à 3.000 leucocytes quand on ajoute à cette même quantité de médicament, une proportion de 10 à 20 gr. de sucre. Tel autre qui, avec le bouillon de poissons, faisait une leucocytose infime voit sa leucopédèse monter à 3.000 éléments s'il prend en même temps de l'eau ou de la tisane sucrée. L'un et l'autre avant le sucre faisaient une éruption ortiée ; après le sucre il n'en présentent plus aucune.

Minutes	125 cc. de bouillon de poisson	Même aliment + 10 gr. de sucre
15	364	3.992
30	372	832
60	2.684	3.548
90	1.268	3.224
	Eruption	Pas d'éruption

Le tableau ci-dessus est particulièrement démonstratif.

La sécrétion chlorhydrique est sensiblement la même dans les deux cas, du moins dans la première heure et ce n'est certes pas à ses variations d'une épreuve sur l'autre qu'on peut attribuer le résultat obtenu.

On ne peut non plus attribuer ce résultat comme lorsqu'il s'agit de l'atropine à une action du médicament sur le tonus neuro-végétatif puisque le sucre ne paraît avoir sur ce tonus aucune influence appréciable.

Il est donc possible, par l'accroissement simple de la leucopédèse, de réduire la toxicité d'une substance médicamenteuse ou alimentaire, et d'en atténuer le pouvoir anaphylactisant.

Le sucre provoque cet accroissement dans des conditions inoffensives et sans l'intervention d'un autre facteur chimique ou nerveux.

***

Il y a certes des échecs dans l'application de cette méthode. Et ces échecs peuvent tenir à l'impuissance leucopédétique de la muqueuse ; à une sensibilité spéciale et immuable du sujet ; à l'excès d'acide chlorhydrique qui persiste à digérer les leucocytes ; à son absence totale même qui ne leur permet pas de rompre leur enveloppe et de diffuser dans le liquide les produits qu'ils contiennent.

Il est impossible de remédier à la première de ces causes. On peut parer à la seconde en ajoutant de l'atropine à la solution sucrée, à la troisième en y associant un alcalin, à la quatrième en y versant quelques gouttes d'acide lactique. Et le résultat, nous nous en sommes rendu compte, surtout dans le dernier cas, est souvent concluant.

Mis à part des échecs inhérents à toute méthode nous croyons pouvoir conclure de façon générale :

Que le sucre atténue les douleurs des ulcéreux et facilite la cicatrisation de l'ulcus ;

Qu'il diminue l'action irritante de certains médicaments et de certains produits alimentaires ;

Qu'il s'oppose fréquemment aux phénomènes locaux et généraux, anaphylaxie muqueuse et anaphylaxie générale des intoxications alimentaires et médicamenteuses ;

Que son action est toute de protection locale et de défense générale :

Qu'il exerce cette action, par la dilution certes qu'il réalise d'un suc gastrique acide ou d'un produit toxique, mais aussi et surtout par la *leucopédèse* qu'il provoque, qu'il réveille ou qu'il accentue.

(1) G. Marchal. — La leucopédèse gastrique. Thèse de Paris, 1925).

(2) M. Loeper et G. Marchal. — Action hypoleucopédétique et hypersécrétante de l'ésérine. (*C. R.* de la S. de Biologie, 19 juillet 1924.

Le Borate de soude dans l'hyperthyroïdie,

Par M. LOEPER et J. OLLIVIER

Le nombre des médicaments proposés contre le goitre exophtalmique est considérable. Les uns, comme l'ipéca, préconisé par Trousseau, comme la quinine et ce salicylate de soude, semblent agir spécialement sur le parenchyme thyroïdien ; d'autres, comme le bromure et la valériane, sont de simples sédatifs du système nerveux.

Aucun n'est vraiment spécifique ni de la maladie ni des accidents par lesquels elle s'accuse. L'action, assez inconstante et infidèle, varie avec les cas observés et le terrain sur lequel se développe la maladie.

On a fondé de grands espoirs sur le sérum de chèvre éthyroïdée, de Ballet et Enriquez, qui peut donner dans un grand nombre de cas de très beaux résultats et même sur la thérapie thyrotoxique, préconisée en Amérique, et sur laquelle M. Guillaume a fait récemment une communication intéressante.

Nous voudrions dire aujourd'hui quelques mots du borate de soude et montrer comment il est digne de prendre sa place dans l'arsenal thérapeutique de la maladie de Basedow.

***

Le borate de soude est un sel alcalin que MM. Feré, Gowers et Dijond ont introduit en médecine. Biborate, tétraborate désignent le même produit dont la richesse en bore est de 11 cgr. environ par gramme.

C'est un médicament antispasmodique qu'on a utilisé avec quelques succès dans l'épilepsie et que nous-mêmes avons appliqué avec d'assez beaux résultats au traitement de certaines gastropathies.

On le donne à la dose de 2 à 3 gr. et plus par 24 heures. Comme il est peu soluble dans l'eau on l'additionne souvent de glycérine qui accroît sa solubilité.

Son action est évidemment due à son radical boré.

Elle se rapproche de celle du citrate boricopotassique préconisé par MM. Marie et Crouzon dans l'épilepsie où le bore joue également le principal rôle.

Nous n'avons pas utilisé dans le goitre le tartrate boricopotassique, mais assez souvent nous avons associé dans une même solution le citrate et le borate de soude, constituant ainsi, à des doses identiques de 2 à 4 gr., une sorte de citrate boricosodique dont la chimie n'a pu réaliser la stabilité.

Nous dirons plus tard comment agit le borate de soude. Mais auparavant nous voudrions donner les quelques observations que nous avons recueillies.

La première concerne une jeune femme de 32 ans atteinte depuis un an d'hypertrophie énorme du thyroïde avec tachycardie de 140, tremblement, amaigrissement et émotivité considérables et qui vînt nous trouver d'abord pour des troubles digestifs. Radiothérapie, électrothérapie, bromure et quinine furent administrés sans grand profit.

Forts des résultats obtenus dans certains états gastriques par le borate de soude, nous lui avons administré pendant un mois quotidiennement 3 gr de ce sel puis du citrate boricosodique.

La tachycardie tomba à 90, le tremblement et l'insomnie disparurent, le poids reprit, l'excitation nerveuse et psychique s'améliora notablement. Bien plus le volume son corps thyroïde diminua de moitié.

Cette malade prend encore 3 gr. du mélange tantôt par voie buccale ou par voie rectale et se maintient en équilibre de façon remarquable.

Une autre malade est une femme de 50 ans atteinte d'insuffisance mitrale, d'hypertrophie thyroïdienne surtout droite et d'hypertension artérielle.

Pendant longtemps elle se soignait pour sa tension.

Elle vint un jour nous demander conseil pour des palpitations constantes et pour un amaigrissement de 5 kilos.

Elle présentait une émotivité extrême et une tachycardie de 120. En trois semaines, avec le citrate et le borate de soude, son pouls revint à 80 et son poids reprit de 3 kilos. Son corps thyroïde, il est vrai, ne fut point modifié.

Une troisième malade est une femme de 30 ans atteinte de troubles gastriques et de diarrhée dont la présence d'un goitre et de tachycardie fit suspecter l'origine thyroïdienne. Elle avait en outre un peu de tremblement, une légère exophtalmie et une instabilité nerveuse extrême Améliorée d'abord dans ses troubles digestifs et sa diarrhée, elle vit bientôt s'atténuer sa tachycardie, ses réactions nerveuses et son tremblement par le borate de soude.

L'exophtalmie même s'atténua notablement.

Nous pourrions citer trois autres observations de maladie de Basedow fruste dans lesquelles le borate de soude réduisit assez rapidement les réactions cardiaques et nerveuses et même de façon indiscutable le volume de la thyroïde. Elles se rapportent à trois malades d'hôpital guéries depuis deux ans et âgées de 20 à 26 ans.

Donc, là où échouent le bromure, la valériane et la quinine, la même où sans succès fut appliquée la radiothérapie, le borate de soude ne fut pas dépourvu d'efficacité et son action se manifesta sur les symptômes digestifs, sur les réactions nerveuses et sur les troubles du caractère, sur la tachycardie, souvent même sur le développement de la glande thyroïdienne et aussi sur l'exophtalmie.

***

La posologie du médicament est simple. Il peut être donné à la dose de deux à quatre gr. par jour, en solution à 5 %. On se trouve parfois bien de l'associer au citrate de soude également *à* 5 %. Ce citrate boricosodique est parfois très actif.

L'un et l'autre peuvent être administrés par voie buccale, aux repas ou, chez les sujets particulièrement difficiles, par voie rectale comme on donne souvent le bromure.

Jamais nous n'avons constaté d'incident. Exceptionnellement un peu de prurit ou d'érythème, exceptionnellement quelques brûlures gastriques, pas de diarrhée, pas d'intolérance stomacale, pas de vomissements. L'action sur la tension artérielle mérite d'être signalée. Elle se traduit plutôt par un *abaissement* que par un accroissement, surtout quand le borate de soude est associé au citrate de soude. C'était le cas de notre deuxième malade dont la tension tomba de 24 à 19.

***

Il est intéressant de rechercher comment agit le borate de soude et sur quels éléments nerveux il porte spécialement son action. D'assez nombreux travaux français et

(1) M. LOEPER et TURPIN. — Le borate de soude en thérapeutique. gastrique (*Presse médicale*, 1923.)

LES DIARRHÉES INFANTILES

ET LEUR TRAITEMENT

Les diarrhées infantiles, d'une manière générale, reconnaissent pour cause la suralimentation et l'infection microbienne, conditions qu'on rencontre surtout dans les cas d'alimentation artificielle, mais qu'on observe aussi chez les enfants élevés au sein

Un des meilleurs traitements qu'on puisse leur opposer est certainement la diète hydrique par l'emploi de l'eau de la Reine de Vals.

La Reine de Vals est exempte de tout microbe infectieux, ce qui la rend éminemment propre à la diète hydrique. Elle est assez alcaline pour neutraliser les acides morbides et empêcher le lait d'aigrir ; elle ne l'est pas assez pour entraver l'action du suc gastrique. Elle est légèrement gazeuse, ce qui la rend plus légère et la fait mieux tolérer ; elle ne l'est pas assez pour qu'on ait à redouter coliques et météorisme. Qu'on la donne à un enfant dont le tube digestif est en feu, auquel des pertes incessantes de liquides ont donné une soif intense, il la boira avec avidité — la chose a son importance, elle aussi.

Mais il est indispensable que l'eau de la Reine soit administrée d'une matière méthodique si l'on veut éviter les échecs que seul provoquerait une administration défectueuse.

Chez les enfants élevés au biberon, ce qui est le cas le plus fréquent, il faut d'abord *supprimer absolument* le lait ou tout autre liquide plus ou moins nuisible qui est donné à l'enfant : eau de gruau, eau de pain, etc. Il faut encore nettoyer à fond le biberon qui, naturellement, ne comportera plus de tuyau en caoutchouc. On donnera alors, l'eau de la Reine, *froide, pure sans addition aucune*. La quantité variera selon l'âge de l'enfant : quart, tiers de biberon, moitié même ; ce qui importe, c'est qu'on fasse boire l'enfant et non qu'on laisse à sa disposition un biberon à tube rempli d'eau.

Après un intervalle de temps convenable (une heure ou deux, suivant le cas) on réitère, puis nouvel intervalle et nouvelle ration d'eau, et ainsi de suite.

L'effet est immédiat : dès que l'enfant a bu l'eau, les vomissements s'arrêtent. Il est très rare de voir la première dose vomie et jamais la seconde ne l'est.

D'ores et déjà la situation est singulièrement simplifiée : l'intolérance de l'estomac est supprimée et un calme général se produit. On serait tenté volontiers de reprendre l'alimentation de l'enfant, mais il faut attendre encore et continuer l'eau pure jusqu'à ce que son action ait été plus profonde. L'état du petit malade donne les indications nécessaires.

Quand le moment de reprendre le lait est arrivé, il faut ne le faire qu'avec une prudence extrême et passer d'une manière pour ainsi dire insensible de l'Eau de Vals pure à un mélange suffisamment nutritif.

Après un nombre variable de doses d'eau pure bien supportée, on peut reprendre le lait de la manière suivante : dans la quantité d'eau de la Reine adoptée (quart, tiers ou moitié de biberon), on met une cuillerée à bouche de lait — c'est presque de l'eau pure, le mélange est donc bien supporté. La fois suivante, toujours dans la même quantité d'eau de Vals, on met deux cuillerées de lait —le mélange peu différent du précédent passe encore. La fois suivante, on met trois cuillerées de lait et ainsi de suite en augmentant, à chaque fois, d'une cuillerée de lait, dans la quantité d'eau de Vals invariable jusqu'à ce qu'on arrive à un mélange par moitié, proportion qu'il est utile de maitenir pendant un certain temps.

L'emploi du lait stérilisé n'apporte pas de modification sensible dans cette manière de faire ; on en est quitte pour mettre moins de lait dans les flacons à stériliser, ouvrir un flacon à chaque fois et procéder au mélange comme avec le lait ordinaire.

Dans les cas mêmes où l'on croit devoir recourir à l'usage du lait concentré, qui parfois réussit où le lait stérilisé échoue, il est facile de délayer ce lait concentré dans l'eau de Vals.

Mais il demeure entendu que la diète hydrique, par l'eau de la Reine pure, doit toujours précéder toute tentative d'alimentation ultérieure.

Il est fort rare qu'avec cette manière de procéder les vomissements reviennent ; si, par hasard, ils réapparaissaient, il conviendrait de supprimer à nouveau le lait, de donner l'eau de la Reine pure et de reprendre la méthode en son entier.

En même temps que les vomissements disparaissent, la diarrhée se modifie : l'odeur et la réaction des selles changent rapidement, leur couleur devient plus normale, elles prennent peu à peu un caractère franchement muqueux. L'affection est alors devenue relativement bénigne ; elle disparaît souvent d'elle-même, ou, si elle se prolonge, elle devient facilement justiciable d'une potion au bismuth.

En résumé, l'action de l'eau de la Reine est d'abord tempérante, puis substitutive. Ajoutons qu'en aucun cas, elle ne peut être nuisible et qu'elle n'empêche l'usage d'aucun médicament pas même de l'acide lactique, si son indication spéciale se rencontre.

L'usage de l'eau de la Reine n'est pas seulement curatif, c'est encore un des meilleurs moyens préventifs contre la diarrhée, et le nombre est nombreux des mères qui, par précaution, au moment des chaleurs, coupent le lait de leurs enfants avec une quantité d'eau plus ou moins grande.

De même, chez les enfants affaiblis par la maladie, alors que les symptômes dangereux auront été conjurés, il pourra être utile de continuer l'usage de la Reine.

Mais ce qu'il faut éviter, c'est que la bouteille d'eau de Vals reste débouchée pendant un temps plus ou moins long, qu'elle soit mal bouchée, qu'elle reste exposée à la chaleur. Il est facile de tenir la bouteille renversée dans un pot et de la laisser séjourner à la cave : de cette façon, elle conserve ses qualités jusqu'à la fin de la bouteille.

Ce qu'il faut éviter bien davantage encore, c'est qu'on se serve d'eau conservée en vidange depuis un temps plus ou moins long, des semaines, des mois, parfois même une année ?

Quelque invraisemblables que puissent paraître de semblables causes d'insuccès, elles existent et le médecin doit se tenir en garde contre elles.

Chez les enfants élevés au sein, les vomissements et la diarrhée sont plus rares : on les voit pourtant survenir à la suite d'indigestions répétées, les mères n'apportant aucune régularité dans les tétées et laissant généralement l'enfant absorber une quantité de lait trop considérable.

La première chose à faire en pareil cas est de modifier l'hygiène défectueuse : mais l'eau de la Reine peut encore se montrer très utile : on la donne alors par cuillerées avant chaque tétée pour faciliter la digestion.

Si les vomissements continuent, on cesse le lait pour donner l'eau de Vals pure et on reprendra, après leur disparition, l'alimentation au sein d'une manière méthodique.

L'administration de l'eau est alors plus difficile qu'avec le biberon, mais les résultats qu'elle donne sont encore excellents.

Ce traitement des diarrhées infantiles par la Reine de Vals n'est plus une nouveauté : préconisé, il y a trente-cinq ans environ, il a été accueilli avec la faveur la plus marquée par le corps médical, et une expérimentation prolongée n'a fait que confirmer sa valeur.

Si nous avons cru devoir le rappeler au moment où les diarrhées infantiles vont redevenir la maladie saisonnière prédominante, c'est que les communications faites aux sociétés savantes ou les articles parus dans la presse médicale le laissent vraiment un peu trop dans l'ombre.

Nous ne voulons certes pas dire que les moyens qu'on préconise ne donnent pas de résultats — mais nous ne pouvons pas non plus ne pas nous étonner qu'on fasse le silence sur un traitement qui, à lui seul, a donné plus de succès que tous les autres réunis.

A. G.

étrangers ont été publiés mais ne comportent pas de conclusion définitive.

Est-ce un médicament antispasmodique, ou un sédatif à la manière du bromure ? A-t-il quelque affinité pour le sympathique ainsi qu'en témoignent parfois l'accroissement du réflexe oculocardiaque et aussi l'hypotension. Se fixe-t-il sur certains points du bulbe ou du système nerveux central ?

Le bore se comporte-t-il comme un catalyseur ainsi que le pensent MM. Bertrand et Aguillon qui l'étudièrent chez les végétaux.

Nous avons pensé que le bore *pouvait agir surtout par son affinité pour le corps thyroïde.*

Nous avons entrepris des études du *métabolisme* basal que nous publierons ultérieurement et nous avons recherché quelles modifications l'ingestion expérimentale de bore était capable d'apporter dans la *structure* et dans la sécrétion de cet organe.

Nous donnerons, dans une prochaine communication, le résultat de ces différentes recherches expérimentales ou cliniques qui semblent confirmer cette hypothèse.

Nous nous contenterons pour l'instant de dire que le borate de soude est capable d'atténuer la plupart des symptômes de la maladie de Basedow et que les résultats cliniques tendent déjà à démontrer que l'amélioration obtenue dépend d'une action *élective du bore sur le corps thyroïde.*

GYNÉCOLOGIE

La phase folliculaire de l'activité ovarienne

Il fut un temps où, en généralisant indûment les beaux travaux expérimentaux de Bouin et Ancel, tous les processus endocriniens de l'ovaire étaient rapportés au corps jaune.

En 1914, je protestais contre cette systématisation et j'indiquais mes préférences pour une théorie qui ferait leur part à tous les éléments ovariens satellites de l'ovule. Je suis resté dans cette idée. Aussi ai-je lu avec un vif intérêt la thèse de Courrier (1), consacrée à l'éclatante réhabilitation d'un de ces éléments méconnu, le follicule de Graaf.

C. se propose tout d'abord de mettre en évidence l'existence d'un cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Ce cycle sexuel, conditionné par l'ovaire, a une évolution qui correspond étroitement à celle de cet organe et qu'on peut diviser en deux phases : la première phase, folliculaire, se place au moment où l'ovisac atteint sa maturité ; la seconde phase, lutéinique, coïncide avec la période d'état du corps jaune.

L'auteur décrit en détail tous les phénomènes qui caractérisent la phase folliculaire, puis leur déterminisme qui se lie à une hormone ovarienne, présente dans le liquide folliculaire.

***

Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. — L'ovaire tient sous sa dépendance toutes les modifications du tractus et des glandes génitales ; le cycle œstrien est en effet aboli après la castration.

(1) Robert Courrier. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Etude de la phase folliculaire. Thèse de Strasbourg 1924, édition des *Archives de Biologie*.

La fréquence et la durée de ce cycle varient suivant les différentes espèces. Il existe des animaux qui sont en activité sexuelle continue ; chez eux, les cycles œstriens successifs se poursuivent sans arrêt pendant toute l'année ; la durée du cycle est variable (chez le rat et la souris, il dure 4 à 5 jours, chez le cobaye de 14 à 15, chez la vache de 19 à 21, chez la truie 21 jours, chez le macaque 27 jours, chez la femme 28 jours). L'activité sexuelle de certains autres animaux se manifeste seulement pendant des périodes déterminées de l'année : le hérisson, par exemple, est en activité sexuelle deux fois par an, une première fois au début de l'été, une seconde fois en automne. Le chien a deux périodes par an ; la taupe, la marmotte, la chauve-souris n'en ont qu'une. Au cours de chacun de ces moments d'activité sexuelle saisonnière, il peut y avoir un ou plusieurs cycles œstriens ; la brebis en a trois ou quatre successifs par période d'activité, à moins qu'il y ait grossesse tout au début (Polyoestrien). La chienne n'a qu'un seul cycle œstrien dans chacune de ses deux périodes. La chauve-souris n'en présente qu'un également et comme elle n'a qu'une période d'activité chaque année, elle n'a donc qu'un cycle œstrien annuel (Monoœstrien).

Il est possible de modifier expérimentalement le cours du cycle œstrien par divers procédés. Par un régime pauvre en vitamine A liposoluble, Evans et Bishop sont parvenus à inhiber l'ovulation ; les follicules arrivent bien à maturité, mais la rupture ne se produit pas ; il n'y a pas de phase lutéinique.

La phase lutéinique peut être prolongée en excitant le col de l'utérus comme le firent Long et Evans ou en faisant l'excision des cornes utérines comme la pratiqua L. Loeb (1923) : dans ces deux cas, le corps jaune a une période d'activité plus longue.

Pour suivre la marche du cycle, Stockard et Papanicolaou ont mis en lumière que le contenu vaginal chez le cobaye subit des modifications cytologiques au cours de ce cycle.

Le tableau suivant indiquera les phénomènes du cycle sexuel :

Phase folliculaire :

Glande mammaire : début de développement.
Utérus : sécrétion et modifications plus ou moins marquées suivant les animaux.
Oviducte : sécrétion.
Vagin : multiplication des cellules épithéliales.
Acceptation du mâle.

Ponte ovulaire.

Phase lutéinique :

Oviducte : retour au repos dans la plupart des cas.
Vagin : retour au repos.
Glande mammaire : développement considérable.
Utérus : préparation à la nidation de l'œuf, sensibilisation aux déciduomes de L. Loeb.
Régularisation du cycle sexuel : le corps jaune inhibe la maturité folliculaire.

***

La phase folliculaire du cycle sexuel. — Chez une femelle adulte, à activité sexuelle continue, l'apparition de la phase folliculaire est réglée par la phase lutéinique du cycle précédent ; le corps jaune est en effet un organe régulateur du cycle œstrien : 1° durant sa période d'activité il

inhibe la maturité des follicules ; 2° il y a des vaches qui sont stériles parce qu'elles ont un corps jaune persistant qui entrave la croissance des ovisacs ; 3° on suspend l'ovulation chez les oiseaux en leur injectant des extraits de corps jaune de mammifères.

Cependant on trouve, dans l'ovaire de certains animaux, plusieurs générations de corps jaunes ; mais ces corps jaunes ne sont plus actifs ; LONG et EVANS l'ont démontré par la méthode des colorants vitaux.

La durée de la phase folliculaire est variable suivant les espèces : 26 heures chez le rat dont la femelle a un cycle œstrien qui s'étend sur 4 ou 5 jours seulement. Par contre, il existe des animaux qui ont une phase folliculaire très longue : chauves-souris.

Voyons maintenant quels sont les phénomènes de la phase folliculaire.

1° *Modifications de l'ovaire.* — Les follicules, qui atteignent la maturité au moment de la phase folliculaire, sont en nombre variable suivant les espèces.

Le temps qu'un follicule met pour mûrir est relativement bref. Le follicule, destiné à donner issue à l'œuf, augmente considérablement de volume pendant la phase folliculaire et présente d'importantes modifications cytologiques.

Immédiatement avant la sortie de l'ovule, l'ovaire dans sa totalité et surtout la thèque interne du follicule mûr subissent une congestion intense. D'autre part, dans certains cas, on peut assister à une transformation lutéinique partielle de la granulosa, dès avant la ponte.

EVANS et LONG ont montré, qu'en donnant de l'extrait hypophysaire à des rats, on empêche l'ovulation de se produire : il y a transformation lutéinique des cellules folliculeuses.

Il n'a pas été possible de faire une étude précise de l'interstitielle pendant le cycle, mais son évolution cytologique permet d'émettre l'hypothèse qu'elle est en involution pendant le moment de la gestation où le corps jaune fonctionne et qu'elle paraît être au contraire en activité pendant la phase folliculaire.

2° *L'acceptation du mâle.* — Il existe au cours de la phase folliculaire une période pendant laquelle la femelle se prête au coït et en dehors de laquelle elle ne s'accouple pas ; c'est le rut.

Il existe des cas signalés sous le nom de « nymphomanie » où la femelle est en état de rut permanent ; c'est un phénomène anormal au cours duquel les follicules subissent une transformation kystique.

3° *La glande mammaire.* — La glande mammaire doit être rangée parmi les organes qui subissent des modifications au cours de la phase folliculaire. D'ailleurs les modifications subies par la glande mammaire au cours des phases folliculaire et lutéinique sont de même ordre, seule l'intensité de la réaction varie.

4° *L'oviducte.* — Chaque cellule épithéliale est le siège d'un cycle glandulaire comprenant quatre phases : une phase de ciliation, une phase de sécrétion muqueuse, une phase d'excrétion du produit élaboré ; une phase de reconstitution caractérisée par le retour au stade cilié.

La phase d'élaboration serait conditionnée par le follicule mûr et la phase d'excrétion par le corps jaune, d'après MOREAUX. Pour C., au contraire, sécrétion et excrétion relèvent toutes deux de la phase folliculaire quant à leur déterminisme.

De plus, pendant les quelques jours qui précèdent l'ovulation et peu de temps après la ponte, les contractions de la trompe sont rapides. Un peu plus tard, quand le corps jaune est en activité, les contractions sont bien plus lentes.

Le cycle de la trompe est net chez la lapine, la chienne, la truie et la chauve-souris. Par contre on voit, en étudiant la souris et le cobaye, que l'oviducte de ces animaux n'a pas une évolution bien caractéristique. Dans l'oviducte humain, l'épithélium passe par deux phases distinctes durant le cycle menstruel ; dans une première période, qui se place au milieu de l'intervalle intermenstruel, les cellules épithéliales sont très élevées ; dans une seconde période qui coïncide avec le moment où l'endomètre présente son aspect prémenstruel, l'épithélium est très bas et on assiste à l'émission de cellules intercalaires.

Chez la femme d'ailleurs, le problème est complexe et cette question se lie à celle de savoir quelle place occupe la menstruation dans ce cycle oestrien ? Pour les uns, les règles surviennent au moment de l'ovulation, la menstruation se produirait donc en pleine phase folliculaire ; pour d'autres, le flux menstruel est l'un des symptômes qui caractérisent la phase lutéinique ; pour d'autres enfin (Schickelé), l'ovulation se produirait à un moment quelconque du cycle menstruel.

Pour C. cette dernière hypothèse est difficilement acceptable ; il semble que la menstruation, qui est conditionnée par l'ovaire, ait un rythme trop précis pour que le cycle ovarien n'ait aucun rapport avec elle.

Le problème de la localisation des menstrues dans le cycle sexuel ast difficile à résoudre quand on utilise le matériel humain recueilli surtout au cours des circonstances pathologiques. G. CORNER s'est adressé, avec juste raison, aux singes qui présentent une menstruation ; il put en conclure que vraisemblablement l'ovulation se produit 13 jours avant la menstruation.

La sécrétion fournie par l'épithélium de l'oviducte a sans doute un certain rôle pour l'ovule ou pour servir de matériel nourricier aux spermatozoïdes.

5° *Les cornes utérines.* — Les changements de l'utérus préparatoires à la nidation de l'œuf sont variables suivant les animaux. Cependant il y a toujours en général hypertrophie et congestion utérines, augmentation de volume des fibres musculaires, réaction du conjonctif avec apparition fréquente de cellules déciduales, multiplication des éléments de l'épithélium superficiel et des glandes et extravasation sanguine pouvant amener, dans certains cas, un écoulement hémorragique plus ou moins abondant.

Pour C., tous ces processus font partie de la phase lutéinique. Mais il existe pendant la période folliculaire des modifications indéniables anatomiques et moteurs.

Au point de vue de la motricité, nous avons vu que les contractions tubaires, très lentes durant la phase lutéinique, sont rapides pendant la maturité de l'ovisac ; le phénomène se passe en sens inverse pour l'utérus.

Au point de vue histologique, il existe tout d'abord des processus qui ne font que s'ébaucher, mais qui s'accuseront nettement lors de la phase lutéinique : telle est la congestion, tel est surtout l'allongement des glandes.

A côté de ces premières modifications, il en existe une seconde catégorie qui sont vraiment caractéristiques de la phase folliculaire, ce sont les manifestations sécrétoires. Les manifestations sécrétoires qui se passent au niveau de l'utérus lors de la phase folliculaire peuvent fournir un matériel nourricier aux spermatozoïdes introduits vers la même époque dans l'organisme femelle.

BIBLIOGRAPHIE

Collection Shakespeare. *Textes anglais et français en regard*. Volumes parus :

Macbeth. — Traduction de J. Derocquigny,
Les Sonnets. — Traduction de Charles-Marie Garnier.
Comme il vous plaira. — Traduction de Lucien Wolff, Docteur ès-lettres.
Le soir des rois. —Traduction de Félix Sauvage.
Le marchand de Venise. — Traduction de Mme Lebrun-Sudry.
Roméo et Juliette. — Traduction de A. Koszul.
Troïlus et Cressida. — Traduction de René Lalou.
Hamlet. — Traduction de J. Derocquigny.

Chaque volume, avec préface et annotations, imprimé en rouge et noir sur beau papier, format in-16 cavalier, broché (prix majoré : 7 fr.
Les Belles-Lettres, 95, Boulevard Raspail, Paris.

Une vie de cité : Paris de sa naissance à nos jours. Album de 600 illustrations d'après les documents accompagnés d'un texte, par Marcel Poete. Un beau volume grand in-8° (520 pages), couverture illustrée, 75 fr. ; 65 fr. pour les acheteurs du T. I. paru précédemment. Librairie Auguste Picard, 82, rue Bonaparte. Paris.

Marcel Poëte a voulu donner un complément naturel et indispensable à ses volumes sur « Paris » si bien accueillis du public. Il a pensé que raconter la vie de la grande ville ne suffisait pas et qu'il fallait mettre sous les yeux des lecteurs d'une façon matérielle, les événements et les transformations successives dont il donnait le récit. Disposant, grâce à sa situation particulière de directeur de l'Institut d'Histoire et de Géographie de la Ville de Paris, de la plus complète collection de documents iconographiques relatifs à Paris, il a pu faire un choix de dessins, gravures, etc., permettant de suivre la vie entière de la grande cité. Les miniatures depuis le XIVe siècle, les peintures, les dessins et les gravures depuis le XVIe siècle, les photographies à partir de la 2e moitié du XIXe siècle nous donnent des panoramas, ou parties de la ville, des édifices ou monuments, des scènes de rues ou d'intérieurs, bref une image de la vie parisienne sous ses diverses formes. Quelles que soit la part d'interprétation personnelle de l'artiste dans toutes les représentations antérieures à la photographie, la vie de la ville s'en dégage sûrement et aisément. Des précisions se gravent en l'esprit, et, devant l'œil souvent charmé par la grâce et l'ingéniosité du dessin apparaissent vivants et inoubliables un coin de Paris disparu, la silhouette de la ville à une date lointaine, la place et l'aspect d'un édiffice, le genre d'existence de telle ou telle partie de la société, la physionomie de la rue, la nature de certains lieux.

Non seulement le cadre où vivaient nos ancêtres est ainsi mis sous nos yeux intéressés et curieux, mais les acteurs eux-mêmes surgissent avec leurs occupations journalières à toutes époque, depuis les humbles et pittoresques forains et ambulants jusqu'aux riches négociants, aussi bien sous Charles V que sous le IIe Empire, les seigneurs et les financiers, les gens de plaisir comme les plus modestes travailleurs, ceux qui distraient comme ceux qui font vivre la cité. Les séries des « cris de Paris », les promenades, les gravures de modes, les caricatures sont là pour nous renseigner et nous fournir le choix le plus riche de toutes les silhouettes et physionomies.

Les six cents gravures qui composent cet album ne sont pas seulement instructives, elles sont charmantes et certaines délicieuses, car beaucoup d'entre elles sont dues à des artistes qui comptent : Callot, Silvestre, Pérelle pour le XVIIe siècle, Saint-Aubin, Jaurat, Cochin, Moreau, Rigaud au XVIIIe siècle, Prieur, Dorgez, Opiz pour la Révolution, le Consulat et l'Empire, Marlet, Bacler d'Albe, Boilly, Gavarni, Daumier, Adam, Martial, etc., pour le XIXe siècle.

Mais il ne suffit pas d'avoir sous les yeux un choix de gravures, si bien fait soit-il, il faut les comprendre, en saisir tout le sens et en tirer tous les renseignements qu'elles peuvent renfermer au point de vue général. Aussi M. Marcel Poëte a-t-il rédigé, pour chaque figure, une légende étendue, donnant tous les renseignements utiles. En outre, elles sont groupées chronologiquement par chapitre, comprenant chacun une période importante de la vie de Paris, et l'auteur a rédigé un texte se rapportant à cette histoire iconographique de la ville, avec renvoi, par un numéro, à chaque gravure ; on aura ainsi dans ce volume une vie de la cité, racontée et figurée.

D'autre part, cet album est le complément indispensable et attendu des deux volumes de texte de l'ouvrage de l'auteur, consacré à l'histoire de notre célèbre capitale, dont le premier déjà paru conduit le lecteur jusqu'à la fin du XVe siècle et dont le second est en préparation.

6° *Le vagin.* — Dans certaines espèces, les lèvres de la vulve sont soudées pendant le repos, l'orifice vaginal s'entr'ouvre au moment du rut.

C. rappelle que pour LATASTE (1892) l'épithélium vaginal des mammifères subit des modifications qui se reproduisent périodiquement. Ce rythme de la muqueuse vaginale est lié à l'ovulation : on assiste immédiatement avant l'époque génitale à une brusque exagération de l'activité multiplicative de l'épithélium ; aussitôt après cette époque, on observe une desquamation des assises épithéliales.

En 1917, STOCKARD et PAPANICOLAOU introduisirent dans l'étude de la physiologie génitale femelle une méthode qui rendit de grands services. Ils eurent l'idée d'examiner le contenu du vagin et firent des frottis de ce « vaginal smear » recueilli à l'aide d'un petit speculum. Voici leurs principales constatations :

STADE 1. — L'ovaire renferme des follicules mûrs. Le liquide vaginal est constitué par une sécrétion muqueuse formée par les cellules épithéliales desquamées.

STADE 2. — Rupture du follicule. La sécrétion vaginale a pris une consistance crémeuse épaisse. Le nombre des cellules épithéliales desquamées est considérable.

STADE 3. — Métamorphose lutéinique. A ce moment, se produit une invasion leucocytaire intense dans la lumière du vagin : c'est la phase de sécrétion séreuse.

STADE 4. — Caractérisé, lorsqu'il existe, par une légère hémorragie vaginale (cobaye.)

Histologiquement, la phase folliculaire s'accompagne d'un épaississement de la muqueuse du vagin ; à cette multiplication cellulaire active succède une phase de régression caractérisée par la desquamation des éléments épithéliaux.

* * *

Déterminisme des modifications de la phase folliculaire. — Tous les phénomènes qui caractérisent l'activité génitale de la femelle sont sous la dépendance de l'ovaire. D'ailleurs les facteurs externes, les conditions de nutrition, jouent sans aucun doute un rôle considérable dans les manifestations génitales ; c'est ainsi que la qualité et l'abondance des aliments, les conditions d'abri et de température ont une influence manifeste. Certains animaux vivant en liberté n'ont qu'une ou deux portées par an, celles-ci deviennent plus nombreuses si les femelles vivent à l'état domestique. La cohabitation avec le mâle exerce sur les ruts de la femelle une influence accélératrice (COSTE, 1847 ; REGAUD et DUBREUIL, 1908). Mais il faut bien se rendre compte que tous ces facteurs agissent sur la physiologie génitale par l'intermédiaire de l'ovaire.

Pour expliquer l'action de l'ovaire, les résultats obtenus après transplantation et greffe ovarienne apportent un argument sérieux à l'appui de la théorie humorale.

On peut se demander quelle est la partie du parenchyme ovarien capable de fournir l'hormone ; les travaux de BOUIN et ANCEL ont démontré que le corps jaune conditionnait la préparation de l'utérus à la nidation de l'œuf et le développement gravidique de la glande mammaire.

On a attribué tour à tour à toutes les formations ovariennes la cause des manifestations de la phase folliculaire. Il est un fait certain, c'est que le corps jaune n'intervient sûrement pas dans le déterminisme de ces phénomènes. Si l'on étudie en effet le premier rut d'une jeune femelle, ou les chaleurs des animaux à cycles séparés par un long repos, on constate que les modifications de la phase folliculaire surviennent malgré l'absence de tout corps corps jaune dans l'ovaire.

E. ALLEN et DOISY ont pu isoler, des follicules de truie et de vache, une substance active. Ce produit injecté à des souris et à des rats préalablement castrés cause des changements typiques du rut. Le liquide folliculeux de vache, de truie ou de femme, injecté à des cobayes castrés depuis de longs mois, reproduit en 48 heures les manifestations caractéristiques de la phase folliculaire au niveau des cornes utérines et du vagin.

L'injection de liquide folliculaire de truie à une femelle de hérisson hibernante provoque au niveau du vagin les changements caractéristiques de l'activité sexuelle.

Les recherches chimiques permettent d'obtenir des extraits de ce liquide folliculaire qui sont actifs et capables de susciter des phénomènes physiologiques normaux.

Henri VIGNES.

PSYCHIATRIE

L'aphasie

Nature. Symptômes et diagnostic,

Par R. BENON,

Médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes.

SOMMAIRE. — A. *Historique.* — B. *Définition : les mots, les idées. Langage intérieur, langage extérieur, pensée.* — C. *Description : aphasie de Wernicke, anarthrie de Pierre-Marie, aphasie de Broca.* — D. *Diagnostic.* — E. *Pronostic et traitement.*

L'aphasie reste une question complexe dans ses origines et dans ses causes. Quelle est sa nature exacte ? Quelles sont ses relations avec la pensée et le langage extérieur ? Cliniquement, elle offre maintes fois des formes frustes, difficiles à reconnaître. Toujours, elle passionne l'observateur à cause des inconnus qu'elle porte en elle.

A. **Historique**. — Aphémie de BROCA, 1861 (aphasie motrice). — Aphasie sensorielle : WERNICKE, 1874. — Surdité verbale et cécité verbale, KUSMAUL, 1876. — Anarthrie de PIERRE-MARIE, 1906.

B. **Définition**. — L'aphasie est une perte partielle de la fonction du langage. On sépare les troubles du langage (aphasie) : des troubles de la mémoire (amnésie), des troubles de la reconnaissance (agnosie), des troubles de la parole (dysarthrie). L'aphasie (perte de la compréhension et de la signification des *mots*) ne peut pas être considérée comme un affaiblissement de l'intelligence, c'est-à-dire comme une variété de démence (perte des *idées*). Que la diminution intellectuelle s'associe assez souvent à l'aphasie, cela est juste, mais cela est une autre question. Le langage intérieur est-il altéré dans l'aphasie ?

On peut définir le langage intérieur, semble-t-il, de deux façons : 1) On peut le confondre avec la pensée. Cette assimilation est-elle justifiée ? La pensée n'existe-t-elle pas sans langage intérieur ? Est-elle indépendante des mots ? Préexiste-t-elle à ces mots ? Les mots nécessaires ne nous

viennent pas toujours lorsque nous voulons exprimer notre pensée, ou les mots prononcés ne correspondent pas toujours exactement à notre pensée, ou même ils peuvent être sans rapport avec elle. Et encore, pour traduire notre pensée, nous créons des mots nouveaux. L'indépendance de la pensée vis-à-vis des mots paraît donc bien être un fait réel. Des pensées sont possibles sans le secours de mots ; mais aussi, sans un langage riche et nombreux, la pensée est réduite à peu de chose. — 2) Si on ne confond pas langage intérieur et pensée, qu'est-ce que le langage intérieur ? Disons d'abord que le « langage extérieur » apparaît comme le résultat d'une fonction motrice propre (voix et parole), spécialisée en vue de l'expression commune des idées à l'aide de sons, signes et gestes très divers. Lorsque ce langage est altéré, c'est l'aphasie motrice ou anarthrie de P. Marie. Le langage intérieur, lui, est un phénomène psychologique très spécial, qui fait que nous avons conscience, soit avant de vouloir parler à haute voix, soit même sans cela, de pouvoir, à l'aide de la parole ou de la voix, revêtir notre pensée des mots ou des cris nécessaires pour la traduire. Le langage intérieur n'est pas touché dans l'aphasie motrice. L'est-il dans l'aphasie de Wernicke ? Cette aphasie est-elle la maladie du langage intérieur ? En fait, le langage intérieur, qui est l'expression, ou le signe, pour nous seul, de nos sensations et pensées, n'est ni plus ni moins troublé, dans l'aphasie sensorielle, que le langage extérieur. Cela explique, chez l'aphasique de Wernicke, la conservation de l'intelligence ou de la pensée.

Cette conservation de l'intelligence n'est pourtant que partielle, parce que, pour être actif, le cerveau a besoin d'un langage varié et précis. De là, cette insuffisance, cette incapacité, presque toujours profondes, des aphasiques sensoriels à exercer une profession quelconque, une gérance de fortune quelque peu complexe, en un mot à vivre de la vie commune, d'autant que presque tous ont des troubles du caractère, de l'humeur, surajoutés à leur syndrome aphasique. L'intelligence chez eux est donc déficitaire simplement parce que la fonction générale des langages intérieur et extérieur est gravement diminuée.

La question des images mentales, ou la question des représentations mentales, ou la question des souvenirs et idées, ne se relie que secondairement à l'aphasie, qui est avant tout la perte de la compréhension des mots, et non la perte des idées.

C. **Description**. — Du point de vue descriptif, l'aphasie comprend : 1° l'aphasie de Wernicke ; 2° l'anarthrie de Pierre-Marie ; 3° l'aphasie de Broca. L'anarthrie de Pierre-Marie n'est pas une aphasie, ce n;est pas non plus une variété de dysarthrie, c'est probablement une variété d'apraxie ; on pourrait peut-être la désigner sous le nom d'apraxie verbale : elle a sa place ici pour la compréhension de l'aphasie de Broca. En principe, il n'y a qu'une aphasie, l'aphasie de Wernicke.

1. **L'aphasie de Wernicke**. — C'est l'ancienne aphasie sensorielle ou aphasie de compréhension : elle est constituée par des manifestations de surdité verbale, de cécité verbale, d'agraphie, de paraphasie et de jargonophasie, sans modification de l'articulation verbale proprement dite. Cliniquement le malade parle, et, parle même volontiers, sinon d'abondance (étude de la parole spontanée et de la parole dans la lecture à haute voix) ; mais les syllabes sont altérées, les mots sont employés les uns pour les autres, à tort et à travers (paraphasie). Exemple : « D. Donnez-moi votre chapeau. — R. Chez nous... Passez-moi le doigt... Je sais... le pantalon, passez-moi la culotte ». — Souvent le malade forge des mots extraordinaires ; son langage est devenu un jargon incompréhensible, indéchiffrable (jargonaphasie). Exemple : « Donnez-moi votre chapeau. — R. Votre chapeau. Donnez, donnez... Popopich... votre popopich... » Et ce sont des exclamations, des périphrases, des répétitions, plus ou moins variées, plus ou moins incohérentes.

On constate, en outre, que le malade comprend peu, mal ou pas du tout, la parole parlée (surdité verbale), soit qu'on lui pose des questions orales simples ou compliquées, soit qu'on lui donne des ordres oraux simples ou compliqués. D'autre part, il présente de la cécité verbale (alexie, difficulté complète ou partielle de la lecture) : il ne peut lire un manuscrit ou un imprimé, répondre aux questions ou exécuter les ordres (simples ou compliqués), qui sont exprimés par écrit. On note aussi de l'agraphie (étudier l'écriture spontanée ou sous dictée, et la copie) : le malade ne comprend pas ce qu'il écrit.

Au point de vue somatique, il n'existe pas de signe de paralysie des membres.

2. **L'anarthrie de Pierre-Marie ou « aphasie » motrice**. — C'est l'ancienne aphasie d'expression, ou aphasie sous-corticale de Déjerine, ou aphasie motrice pure. Le malade est incapable d'articuler les mots ou il les articule très mal ; il dispose souvent pour parler de quelques monosylllabes, de lambeaux de phrases stéréotypées. S'il ne peut émettre le mot qu'il veut prononcer, il accompagne l'effort tenté d'une mimique intelligente très expressive, avec, surtout, des signes d'énervement ou de découragement. Il comprend tout ce qui se dit autour de lui, il saisit parfaitement tout ce qu'il lit. Par rééducation, on parvient à réaliser avec lui des conversations du type elliptique, dit parler nègre ou télégraphique ; d'autre part, il arrive assez vite à écrire de la main gauche non paralysée. (Il s'agit d'un droitier et il y a hémiplégie droite.)

3. **L'aphasie de Broca**. — C'est l'aphasie de Wernicke avec en plus l'anarthrie de Pierre-Marie ; c'est donc l'aphasie vraie avec la perte de l'articulation verbale. L'aphasie de Broca est le type le plus fréquent de l'aphasie. Le malade ne comprend rien aux langages parlé et écrit ; il est incapable d'articuler les mots ou presque ; il est enfin hémiplégique du côté droit. Les malades gauchers sont rares et alors le type clinique somatique est inverse.

D. **Diagnostic**. — Le diagnostic positif n'est pas toujours facile : les cas les plus communs relèvent de l'aphasie de Broca ; les formes légères d'aphasie sensorielle sont celles qui sont le plus souvent méconnues. On a décrit sous le nom d'aphasie amnésique un trouble du langage caractérisé par l'absence des mots, bien que les idées soient présentes et que l'articulation verbale ne fasse pas défaut ; il s'agit dans ces cas tantôt d'amnésie simple, tantôt d'aphasie de Wernicke. Certains malades asthéniques, chez lesquels l'asthénie mentale est très accusée, ont de la difficulté à trouver leurs mots ; ils suivent mal une conversation : on ne les confondra pas avec des aphasiques du type Wernicke. En outre, l'aphasie n'est pas de la démence ; l'aphasie est la « maladie » du langage ; la démence, syndrome d'affaiblissement intellectuel global ou partiel, est une « maladie » de l'intelligence, dans laquelle sont diminuées les fonctions de mémoire, d'attention, de jugement, de raisonnement. Un aphasique type Broca, privé de la compréhension du langage parlé et du langage écrit, incapable d'articuler les mots, hémiplégique enfin, est contraint de vivre d'une vie mentale très limitée.

Est-il dément, affaibli, intellectuellement ? Il n'est pas toujours aisé de le démontrer, mais le fait paraît commu-

nément exact. Un aphasique type Wernicke, atteint de surdité et de cécité verbales, de paraphasie, de jargonaphasie, d'agraphie, est un malade dont l'activité intellectuelle est encore, obligatoirement, assez compromise. La question de la démence ne se pose pas pour l'anarthrique qui, d'ailleurs, n'est pas un aphasique. Nous pensons que chez un certain nombre d'aphasiques, l'intelligence reste saine, normale ou sensiblement normale, mais que, le plus souvent, elle s'affaiblit plus ou moins rapidement, plus ou moins profondément, sans doute à cause des lésions organiques circonscrites, uniques ou multiples, qui accompagnent l'affection. Dans ces derniers cas, aphasie et démence coexistent.

E. **Pronostic et traitement.** — Le pronostic est sombre dans l'aphasie de Broca, grave dans l'aphasie de Wernicke. Dans l'anarthrie, la rééducation partielle de la parole, l'éducation de la main non paralysée, sont des éléments de pronostic favorables. Le traitement physique est d'ordre général et varie avec l'étiologie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 2 mai 1925.

M. le Dr ***Tricot-Royer*** lit une communication sur les lépreux à Anvers, **la dernière page de leur histoire.** — Cette notice concerne spécialement les lépreux qui recevaient asile à Terziecken, alors dans la banlieue anversoise hôpital spécial desservi par le personnel d'infirmiers religieux ; les malades passaient devant une commission d'examen et on proclamait *coram populo* dans une cérémonie à la cathédrale, le nom de ceux qui étaient reconnus atteints ; on a conservé la liste des personnes qui subirent cette « visitation » de 1730 à 1782, date de la fermeture de l'hôpital par ordre de Joseph II qui supprime par décret du 17 mars 1783 six communautés religieuses à Anvers ; l'immeuble fut vendu en 1798, la chapelle subsiste encore rue de la Cuiller.

M. le Dr ***Tricot-Royer*** présente ensuite une **tabatière hollandaise à gravures médicales** provenant d'une vente récente à Anvers où figuraient 14 de ces boîtes, dont le musée Frans Claes d'Anvers possède aussi une dizaine de spécimens. Cette très belle tabatière est décorée de l'écusson de la Ville d'Amsterdam surmonté de la couronne royale et soutenu par des lions. Le ciseleur a représenté sur la custode en medaillon un homme qui marche péniblement en s'appuyant sur des béquilles, il s'agit d'une victime des prêtresses de Vénus ainsi que l'atteste le quatrain gravé en flamand :

« J'ai cherché hélas, et j'ai trouvé
« Et me voici un grand chagrin
« Que ne puis-je resté chez moi bien tranquille
« Jamais je n'aurais dû me servir de béquilles.

« Mais l'inscription du couvercle le rappelle à la confiance et au réconfort.

« Je crois fermement par la foi et l'amour, toute bénédiction « vient de Dieu ; là où réside la paix se trouve Dieu lui-même « qui répartit ses bienfaits parmi les gens paisibles. » M. Tricot-Royer décrit encore quelques autres tabatières de la même collection.

La communication de ***Paul Delaunay,*** extrêmement importante ne peut être résumée en quelques lignes. Il suit la médecine de l'ancien régime aux temps modernes dans les Ecoles et les Facultés de médecine, à l'Académie et dans les syndicats actuels. Le principe religieux, axe de gouvernement sous la monarchie, domine toutes les écoles de médecine, sauf celle de Strasbourg où les médecins luthériens sont nombreux. L'esprit d'indépendance de la profession pousse au XVIIIe siècle quelques médecins vers le jansénisme comme plus tard le goût de la nouveauté les conduira vers l'Encyclopédie.

Le tableau du médecin sous la Révolution est à retenir : d'abord enthousiaste, il lutte contre les derniers privilèges jusqu'au moment où il souffre dans son esprit de caste en voyant disparaître les siens.

Il est logé à la même enseigne que l'empirique puisqu'il n'est plus protégé par la Faculté qui vient d'être abolie. Les jeunes partent aux armées comme simples volontaires, après une instruction professionnelle active. Puis c'est vers 1830, le retour à la vie corporative, les syndicats remplaçant les anciennes corporations et peu à peu se forme le type du médecin de nos jours, bien différent du médecin de campagne de Balzac et de l'officier de santé de Flaubert. Depuis la guerre la tyrannie de la collectivité règne en maître et tend à assujettir les derniers indépendants.

Le médecin est à la veille de devenir fonctionnaire, attaché à un dispensaire et vivant d'un traitement fixe, quel que soit son travail. Cette communication est suivie de quelques commentaires d'***Hervé*** et de ***Ménétrier*** qui précisent des points de détail.

Lutaud présente une nouvelle étude sur un médecin de Balzac : Horace Bianchon. Les étapes de sa carrière rappellent exactement celles de la carrière de Bouillaud. Interne en 1818 à l'Hôpital Cochin, il fait à 30 ans une grande découverte et est nommé professeur à la Faculté à 35 ans. Bouillaud avait découvert au même âge les rapports de l'aphasie avec les lésions du lobe antérieur du cerveau. Il précédait Broca. En 1839, il formulait la célèbre loi de Bouillaud, qui fixait définitivement sur lui l'attention du monde médical et lui assurait une place importante parmi les consultants. D'esprit libéral, il avait combattu avec les polytechniciens à la barrière de Clichy. En 1840 il est élu député ; il assiste à la Révolution de 1848 à côté de Lamartine, son ami et son médecin, remplace bientôt à la Faculté le doyen Orfila avec qui il entre en conflit à propos de la gestion des deniers de l'Ecole de médecine, conflit qui amena une cabale et la perte de cette situation, après des débats animés à l'Assemblée nationale, où les partis se partagèrent sur les noms de l'ancien et du nouveau doyen. En 1864, Bouillaud est membre de l'Institut, situation qui devait le consoler de sa retraite en 1864.

Il est alors remplacé dans sa chaire par Trousseau, son ancien adversaire. Avec l'âge, le vieux maître est devenu mésoniste : il combat le traitement du rhumatisme par le salicylate de soude proposé par Germain Sée, critique les découvertes de Pasteur, prend le phonographe pour l'appareil d'un prestidigitateur ventriloque. Bouillaud avait connu Balzac au temps de sa vie pauvre d'étudiant, dans les pensions du Quartier latin. Depuis il avait fait sa carrière en même temps que le romancier devenait célèbre. Une fois de plus l'auteur, de la Comédie Humaine avait choisi son héros parmi les hommes de son temps.

Dr Jean VINCHON.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 1er mai 1925.

Kyste pelvien d'origine ovarienne développé après une hystérectomie. — M. ***Lanos*** rapporte l'observation d'une malade opérée pour péritonite aiguë d'origine annexielle (hystérectomie abdominale totale). Hystérectomie difficile expliquant la persistance de débris ovariens, infection, irritation du péritoine par le drainage : toutes causes qui ont été invoquées pour expliquer la formation de ces kystes.

A propos de ces kystes, M. ***Dartigues*** rappelle qu'il a décrit depuis longtemps des cas analogues sous le nom de cysthématomes menstruels post-opératoires en insistant sur la recrudescence périodique de ces kystes provenant de débris ovariens.

Appendicite et grossesse tubaire. — M. ***Blanc*** analyse un travail de M. Tussau (de Lyon). Il insiste surtout sur la difficulté

du diagnostic dans certains cas et sur l'aggravation du pronostic qui en est la conséquence.

Fracture transcervicale du col du fémur avec impotence fonctionnelle très fruste. — Il s'agit d'un cas présenté par MM. ***Leuret, Chaufour*** et ***Duhau*** et qui concerne une jeune femme atteinte, à la suite d'une chute de bicyclette, d'une fracture du col sans impotence fonctionnelle et rendue évidente seulement par la radiographie. Engrènement, fracture incomplète ? Il est difficile de conclure, même avec la radiographie.

Fracture de la diaphyse humérale. — M. ***Séjournet*** présente à la Société deux beaux résultats du traitement de cette fracture à l'aide de son appareil qui engaîne le bras, maintient la fracture et à l'aide de lames de caoutchouc fixées à la peau exerce l'extension et la contre extension continue, tout en laissant libres les mouvements de l'épaule et du coude.

M. ***Bouchard*** (Trois-Rivières. Canada) présente deux observations, l'une de tumeur colique avec large résection, l'autre de fibro-myome de la vessie.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 mai 1925.

Anorexie mentale. — M. ***Sédillot*** présente l'observation d'une jeune fille de 15 ans ayant perdu, en 5 mois, 17 kgs de poids (poids initial 50 kgs. Poids actuel 33 kgs).

L'anorexie mentale avait débuté en même temps que des troubles endocriniens : suppression brusque des règles et hypertrychose. Hypothermie, frilosité excessive, constipation opiniâtre, etc. Après 50 jours de traitement thyroïdien, il y a reprise de poids de 1 kg. 700, et disparition de tous les symptômes endocriniens.

M. ***Léopold-Lévi***, à l'appui du cas présenté, rappelle ses travaux antérieurs relatifs aux rapports entre le corps thyroïde et l'anorexie mentale, aux effets du traitement thyroïdien sur la faim et l'engraissement.

La goutte aiguë du rhino-pharynx. — M. ***Flurin*** étudie les symptômes de la goutte aiguë du rhino-pharynx et montre les erreurs de diagnostic auxquelles prête cette affection trop peu connue et qui est loin d'être un « mythe », comme le croient certains auteurs. Il faut toujours y penser en présence d'un phlegmon de l'amygdale ; seule, d'ailleurs, l'incision presque toujours pratiquée, lève les doutes, puisque dans l'angine goutteuse, il n'y a pas eu, il n'y a pas et n'y aura jamais de pus. On peut tirer de l'étude de la goutte aiguë du rhino-pharynx de très intéressantes déductions pour éclairer la pathogénie de certaines rhino-pharyngites chroniques qui ne guérissent que lorsqu'un traitement général aide à la thérapeutique locale.

Appareillage pour explorer la perméabilité des trompes de Fallope. — M. ***Bloch-Vormser*** présente un appareil destiné à explorer la perméabilité des trompes de Fallope par l'insufflation d'air. Cette nouvelle technique permet de préciser la cause de certains cas de stérilité primitive ou secondaire, et de leur appliquer un traitement approprié.

Réaction de renforcement du liquide céphalo-rachidien. — M. ***Goureau*** est l'auteur d'un procédé de renforcement des réactions du liquide céphalo-rachidien inspiré de la méthode de Hecht pour le sang et qui consiste à n'utiliser que le liquide C. R. sans addition de sérum de cobaye, ni de sérum anti-mouton, mais additionné de quantité égale du sérum sanguin du malade lui-même, dans les cas où la réaction de Bordet Wassermann ordinaire est négative dans le liquide céphalo-rachidien aussi bien que dans le sang.

Sur 43 cas où il a appliqué ce procédé, 37 fois, il y a eu concordance entre la réaction de Bordet-Wassermann et la *réaction de renforcement.*

Dans tous ces cas, la lymphocytose était normale ; les lymphocytoses oscillaient entre 0.1 et 1 par mm. c. Il s'agissait de malades bien traités ou vraisemblablement indemnes de syphilis.

Dans 6 cas, il y a eu discordance, la réaction de renforcement étant plus alors que la réaction de B.-W. était moins. Or, dans ces 5 cas, il y avait *lymphocytose anormale* (entre 2.8 et 31.6) et les malades avaient été peu ou point traités de leur syphilis.

Hystérectomie pour utérus fibromateux, traité par radiothérapie et toujours hémorragique. — M. ***Petit de la Villéon*** présente une pièce opératoire et insiste sur l'excellence du traitement des tumeurs utéro-ovariennes par l'opération, parce que, à son avis, l'opération permet seule : 1° un diagnostic précis ; 2° une thérapeutique choquante au minimum et efficace ; 3° une thérapeutique conservatrice.

Cures thermales et capacité respiratoire. — M. ***A. Liacre*** s'appuyant sur des mesures de la capacité respiratoire recueillies chez des malades thermaux, estime que, chez la grande majorité d'entre eux, la cure thermale, sans l'aide d'aucune méthode de rééducation respiratoire, suffit à faire augmenter cette capacité. Les chiffres relevés par lui et par d'autres auteurs qui ont mis en œuvre, concuremment, cure thermale et rééducation respiratoire, sont tout à fait comparables. Celle-ci semble donc inutile pendant la cure thermale. Il y a d'ailleurs intérêt à ne pas surcharger les cures thermales d'une série de méthodes adjuvantes : dans une cure thermale, l'eau est l'élément indispensable, nécessaire. Son administration judicieuse suffit à déterminer des résultats thérapeutiques indiscutables.

Les éléments cliniques qui permettent de dépister une stase cæcale au début. — M. ***Mazeran*** (de Châtel-Guyon). — Les accidents qui découlent de la rétention des matières fécales dans la partie haute du gros intestin, sont considérables. Reconnaître la stase au début, c'est prévenir ses complications.

M. ***Mazeran*** résume tous les symptômes qu'il a observés chez ses malades, et étudie tous les procédés de contrôle tirés de la radioscopie, de la coprologie, de l'examen des urines et du sang, permettant un diagnostic précoce et rapide de cette affection.

Recrutement des hygiénistes et enseignement de l'hygiène. — M. ***R. Martial*** termine la série de ses communications et de ses graphiques en montrant comment et pourquoi le recrutement des hygiénistes de carrière ne saurait se faire que dans le corps médical. Il expose sa conception du haut enseignement de l'hygiène, qui est aussi celle des hygiénistes praticiens actuellement en fonctions. Elle repose sur les points suivants : nécessité d'un institut d'hygiène avec professeurs spécialisés, ne faisant pas de clientèle et sachant la pédagogie ; dosage judicieux des matières de cet enseignement, durée des études : deux ans ; institut pourvu de tous les moyens matériels et techniques. Non-nécessité du diplôme, stage préalable de médecin praticien de deux ans : le nouvel hygiéniste devant se trouver sans cesse en contact et en collaboration avec les médecins praticiens. Entrée en fonctions comme stagiaire auprès d'un hygiéniste de carrière.

Prurit et autohématothérapie. — M. ***Bécart*** rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un prurit présent depuis quinze ans, ayant échoué à tous les traitements et même à l'autohémathothérapie, et qu'il réussit à guérir définitivement par l'injection intraveineuse d'auto-sang défibriné.

De l'abus de l'ostéosynthèse. — M. ***Petit de La Villéon*** s'élève contre ce qu'il appelle la « folie de l'ostéosynthèse », abus qui ont comme résultat de déprécier une opération qui est bonne en elle-même, mais à condition qu'on n'en multiplie pas les indications. Du point de vue du chirurgien, l'opération c'est le plus simple, mais du point de vue des fracturés, l'appareillage, c'est le plus simple. Sur 100 fractures fermées, 5 à 10 au minimum relèvent du traitement sanglant ; les autres relèvent de l'appareillage. Aller plus loin, c'est tomber dans l'abus de l'ostéosynthèse.

A. LAVENANT.

BIBLIOGRAPHIE

La Pharmacie en Bas-Poitou sous l'ancien régime, par Yvonne Michon. Paris Occitania, E. H. Guitard, éditeur, 6 passage Verdeau, Paris, 1925 in-8, 192 p. ; 16 frs.

L'histoire est une des conquêtes les plus récentes et les plus complètes du féminisme. Il y a douze ans environ une jeune fille fut admise pour la première fois à l'Ecole des Chartes. Maintenant cette Ecole du Moyen Age, aux études sévères, reçoit annuellement plus de femmes que d'hommes.

La pharmacie comme l'histoire, tente de plus en plus les femmes et elles réussissent parfaitement. Mlle Yvonne Michon est à la fois historienne et pharmacienne, et originaire de la Vendée. Ces trois qualités réunies l'ont incitée à étudier l'histoire de la pharmacie dans le Bas-Poitou.

S'inspirant très heureusement dans son plan des diverses monographies d'histoire pharmaceutique déjà publiées pour d'autres régions, Mlle Yvonne Michon après de sérieuses recherches dans les archives, a suivi pas à pas depuis l'époque la plus ancienne jusqu'à 1789, la vie corporative des apothicaires de Fontenay-le-Comte et de la région.

Son travail, très vivant, se termine par un intéressant chapitre sur la récolte du salpêtre en Vendée sous la Révolution.

Il intéressera grandement tous les curieux d'histoire scientifique et d'histoire corporative.

Monisme vitaliste, par le Dr M. Cassaigneau. (Mécanisme de la fonction nerveuse.) Paris, Editions Occitania, 6, passage Verdeau IXe Gr. in-12, 360 p. ; fig. ; 16 frs.

Avec une logique implacable, l'auteur s'attaque aux barrières qui parquent séparément le domaine physique et le monde vivant. Il montre à quel prix les lois de la physique peuvent s'adapter aux phénomènes qui caractérisent la vie des individus et des espèces et continuer à les régir au cours de l'activité organique jusque dans les manifestations les plus subtiles que sont les fonctions psychiques.

Quand on lit cet ouvrage une quantité de processus physiologiques ou biologiques s'éclairent à propos de la nutrition ou de la circulation du sang ; les causes déterminantes de la création d'un tissu nerveux, comme celles qui dirigent la complexité des localisations de ce tissu deviennent intelligibles ; le rôle réel du système nerveux et le mécanisme de son activité perd son mystère. Nous réussirons enfin à saisir le procédé que les centres cérébraux utilisent pour interpréter l'image qui se forme sur la rétine pour apercevoir soit des couleurs soit du mouvement. Enfin l'origine du subconscient, sa raison d'être et son rôle sont exposés.

Dans la dernière partie, le Docteur Cassaigneau aborde les champs de la conscience et de la pensée avec une précision objective qui est celle d'un précurseur.

Contribution à l'étude des maladies professionnelles (Loi du 25 octobre 1919) par M. Henri Piriou. Préface de M. L. Jouhaux. 1 vol. in-8, 236 p. broché : 15 fr. Muzard, éditeur, 26, Place Dauphiné. Paris.

Cet ouvrage contient, outre les commentaires sur la loi du 25 octobre 1919, de nombreuses décisions de jurisprudence indiquant le dernier état de la question.

Revue des cours et conférences. Parait le 15 et le 30 de chaque mois. Sommaire du n° du 30 avril 1925 : André Lalande : Raison constituante et raison constituée (II). — M. Marion : L'agriculture et les classes rurales aux XVIIe et XVIIe siècles (V). — G. Michaut : L'éternel « problème de Tartuffe ». Une solution nouvelle (I). — C. Oursel : Saint-Philibert de Tournus. — G. Ascoli ; Voltaire (XI). — H. Gillot : Eugène Delacroix d'après son « Journal » (XII). — P. Lejeay : Plaute (XV). Le n° : 3 fr. Abont. : 40 fr. Librairie Boivin, 3 et 5, rue Palatine. Paris.

Horace-Bénédict de Saussure, par D. W. Freshfield D. C. L., avec la collaboration de Henry Montagnier, traduit de l'anglais par Louise Plan. Préface de L. W. Collet. Grand in-8°, 432 pages ; 16 illustrations ; hors texte. Prix : 35 francs. Librairie Dardel-Chambéry.

Le nom d'Horace Bénédict de Saussure est associé à la conquête héroïque du Mont-Blanc. On sait universellement qu'il fut un initiateur de l'alpinisme et un remarquable physicien.

Ce qu'on sait moins, c'est comment, professeur de philosophie l'Académie de Genève, il se voua à la géologie, — à la suite d'un

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

En raison du succès obtenu par la « Route d'Hiver des Alpes », la Cie P. L. M. a décidé de proroger, jusqu'au 14 juin 1925, dans le sens Nice Aix-les-Bains Mont-Révard, le fonctionnement des Services automobiles qui devait prendre fin le 16 mai.

Jusqu'au 16 mai, les services auront lieu, comme précédemment : au départ de Nice, les jeudi et dimanche, au départ d'Aix-les-Bains, les mercredi et dimanche.

Du 16 mai au 14 juin, ils seront exécutés exclusivement au départ de Nice, les jeudi et dimanche, en suivant le même itinéraire par D gne et Grenoble.

♣ ♣ ♣

voyage qu'il fit en Italie pour rétablir sa santé — ; comment dès lors il parcourut les Alpes en alpiniste infatigable et en naturaliste passionné et méthodique, les Alpes où les gens cultivés d'alors ne voyaient que « d'horribles splendeurs » à contempler de loin ; comment il eut la claire vision de tout ce que la géologie est en droit d'attendre de l'exploration des montagnes ; comment enfin, à la géologie, il rattachait la minéralogie, la physique et la chimie, toutes les sciences dites naturelles et la météorologie, poussée par une curiosité presque universelle et par la noble ambition de « saisir des faits et des rapports généraux ».

Ce qu'on ignore, c'est ce que fut de Saussure philosophe, quel rôle il joua comme citoyen de Genève, quel homme il fut enfin, dans le privé et dans la vie publique.

Pour dresser le portrait d'une aussi belle figure, pour faire revivre une existence aussi riche d'intérêt et d'évènements, il fallait un écrivain doublé d'un alpiniste et d'un naturaliste. Pieusement et avec la fervente collaboration de M. Henry-F. Montagnier, M. Freshfield a élevé au grand précurseur le monument d'une biographie complète, vivante et harmonieusement composée.

Le Dix-huit Brumaire, par Jacques Bainville, 1 vol. in-16 broché. de la collection « Récits d'autrefois ». Prix : 5 fr. Librairie Hachette, 79, Boulevard St-Germain, Paris.

Les *Récits d'autrefois* ne sont pas des romans historiques où la fiction se mêle à la réalité, mais de pittoresques reconstitutions, où rien n'est avancé qui ne soit d'une scrupuleuse authenticité, où nulle part n'est laissée à l'invention, où l'attrait de la chose vécue ajoute à l'intérêt du récit.

Dans le premier de ces véritables « romans de l'histoire », M. Jacques Bainville, brillant et solide historien, évoque le coup d'Etat mouvementé du *Dix-huit Brumaire* qui, en mettant brusquement fin à la Révolution, devait ouvrir un ordre de choses tout nouveau. A 125 ans de distance, que de rapprochements on fera entre la période du Directoire et la nôtre, toutes deux troublées et à la recherche d'une paix durable à l'intérieur comme à l'extérieur.

Ma Petite Bicyclette. Sa pratique, par Baudry de Saunier. 1 vol. Prix : 10 fr. de la collection Baudry de Saunier. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Excellent petit volume, digne de figurer dans cette collection *Baudry de Saunier* qui, pratique, claire, remplie de gravures, traite de tout pour tous.

La Revue hebdommadaire et son supplément illustré, paraissent le samedi. Abont : un an : 60 fr. Le n° : 2 fr. Librairie Plon et Nourrit, 8, rue Garancière. Paris.

L'impératrice Eugénie, par G. Lacour-Gayet forme un bel album in-4° (18 × 24), de 104 pages de texte et 40 planches en héliotypie, dont une en couleurs, le tout présenté sous portefeuille de luxe. Il est publié dans la séduisante collection d'amateur « Documents et souvenirs », en deux éditions : 1° Edition de luxe sur Hollande Van Gelder, tirée à 25 exemplaires, dont 20 numérotés de 1 à 20 et 5 marqués A et E. Prix : taxe de luxe comprise, 150 fr. 2° Edition sur fil Lafuma pour les textes et vélin de Torpes pour les planches, 75 fr. Supplément pour reliure demi-chagrin, tête dorée, montage sur onglets, 25 fr. Editions Albert Morancé, à Paris, 30 et 32, rue de Fleurus.

Eugénie de Montijo, à qui Dieu donna tant de choses et à qui il enleva, un par un, tout ce qu'il lui avait donné, en lui laissant l'amertume des regrets comme seul compagnon de route, » devait tenter la plume de maint historien.

Naître en Espagne, rencontrer comme par hasard dans la vie l'héritier de la gloire militaire la plus éclatante du siècle, devenir impératrice des Français, tomber avec l'Empire dans une guerre malheureuse, perdre, dans un accident d'une étrange fatalité, ce fils, héritier de tant de gloire et de tant d'infortune, vivre de longues années encore dans le deuil et revenir, pour y mourir, dans l'Espagne de sa jeunesse : quel destin !

Beaucoup de choses ont déjà été dites, beaucoup restaient encore à dire sur cette femme, dont la figure, témoin d'un siècle presque entier, attendait du temps seul la justice qui devait lui être rendue et qui commence à l'être.

L'ouvrage que nous publions aujourd'hui a été inspiré par l'idée de ne rien omettre d'essentiel et de ne rien cacher non plus. L'étude de M. G. Lacour-Gayet sur la dernière impératrice des Français est comme une esquisse rapide de sa vie et de son rôle, mais une esquisse qui s'est efforcée d'être complète en exposant ce caractère de femme et son action dans ses manifestations diverses. Le moment est venu où l'on peut parler de l'Impératrice, avec la sérénité qui convient à une étude d'histoire, qui reste de l'histoire impartiale et véridique.

Les illustrations reproduisent des documents rigoureusement authentiques, choisis parmi les pièces de collections particulières, en majorité inconnues. L'ouvrage y gagne ici en intérêt et en agrément à la fois.

L'historien, le bibliophile, le curieux simplement, y trouveront le double plaisir de l'esprit et des yeux et réserveront à cette belle édition l'accueil que lui promet son incontestable valeur artistique et documentaire.

Ninon de Lanclos. *Portraits et documents inédits*, par Emile MAGNE. 1 vol. Prix : 9 fr. Editions Emile-Paul, 14, rue de l'Abbaye, Paris.

Peu de femmes du temps passé attirèrent, autant que Ninon de Lanclos, la curiosité du public. Des biographies innombrables, depuis le XVIIIe siècle, lui furent consacrées. Malheureusement, l'érudition, jusqu'à ces dernières années, sans discipline et sans méthode, dédaignait de rechercher le document historique. Elle recueillait des traditions ou bien elle suppléait, par l'imagination, aux insuffisances de ses enquêtes. Si bien qu'elle entoura Ninon de légendes vivaces, desservant sa mémoire, sacrifiant les attraits de son intelligence aux séductions de son physique.

M. Emile Magne, dans son ouvrage nouveau, a voulu nous restituer une Ninon véritable. Détruisant les légendes, utilisant uniquement des documents d'archives, des lettres inédites, des actes notariés, il est parvenu à reconstituer la vie de son héroïne sous ses aspects divers. Il nous la montre livrée aux plaisirs des épicuriens dans sa jeunesse, acquise à l'âge mûr aux doctrines sceptiques, enfin, la vieillesse venue, cherchant dans les préceptes stoïciens un apaisement aux inquiétudes de son esprit.

Dans ce travail remarquable, l'amie de St-Evremont, du chevalier de Méré, de Scarron, du grand Condé, de La Rochefoucauld, de Boileau, de Lully, de Mme de la Sablière et de tous les personnages illustres du grand siècle, la collaboratrice de Molière, la maîtresse d'un salon où Voltaire enfant connut un accueil maternel, apparaît sous sa physionomie réelle, toute de grâce et d'intelligence constituée.

M. Emile Magne, dont le public apprécia les importants ouvrages sur l'Hôtel de Rambouillet, Tallemant des Réaux, Scarron, etc... a su, grâce à ses brillantes qualités d'écrivain, dégager le charme de cette figure incomparable. Il donne, en outre, sur la famille de Ninon, son père en particulier, jusqu'à l'heure inconnu, sur ses amants, le marquis de Villarceaux entre autres, sur sa maison et le décor matériel de sa vie, sur son action parmi les groupes de précieuses galantes, sur ses luttes contre la Compagnie du Saint-Sacrement, etc... mille détails inédits de grand intérêt. Son volume est, de plus, orné de portraits authentiques de Ninon et du fameaux portrait de Mme de Maintenon sortant du bain, attribué à Villarceaux et resté introuvable jusqu'à l'heure présente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les Syndromes d'aortite postérieure (aortite thoracique, aortite abdominale), par Ch. LAUBRY, A. MOUGEOT et J. WALSER, in-8, 234 p., 19 fig. ; 7 pl., 3 en coul. : 35 fr. (Doin).

La Désinfection. Pratique et Législation, par DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, in-8, 64 p., 4 fr. (Maloine).

Archives urologiques de la clinique de Necker, publiées par le Pr F. LEGUEU. Tome IV, in-8 : 50 fr (Maloine).

Les Actualités thérapeutiques infantiles en 1924, par ROUÈCHE et R. AUSSET, in-8 : 6 fr. (Maloine).

La Rétention d'urine dans les fibromes utérins, par BONNET, in-8 : 8 fr. (Maloine).

Le Métabolisme de base en physiologie, par E. TERROINE ; **en pathologie**, par E. ZUNG, in-8, 188 p., 9 fig., cart. : 20 fr. (Les Presses Universitaires).

Opothérapie endocrinienne. Bases physiologiques. Syndromes. Posologie de l'opothérapie par les glandes à sécrétion interne, par Guy LAROCHE, 256 p., 17 fig. : 12 fr. (Masson).

Formulaire d'opothérapie de clinique, organothérapie, par Marcel LAEMMER, 152 p. : 10 fr. (Masson).

Vagotonies. Sympathiconies. Neurotonies. Les états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, par A. C. GUILLAUME, 284 p., 14 fig. : 14 fr. (Masson).

Manuel élémentaire de puériculture, par Mme le Dr MULON, 2e éd., augmentée 236 p., 21 fig. ; 10 fr. (Masson).

La Tétanie infantile. Recherches cliniques et expérimentales, par le Dr TURPIN, 224 p., avec tableaux : 16 fr. (Masson).

Le Traitement du Diabète, par Marcel LABBÉ, 152 p. : 8 fr. (Masson).

Traitement des fractures et luxations des membres, par J. LEVEUF, Ch. GIRODE, P. MORNARD, R. MONOD, 456 p., 274 fig. : 25 fr. (Masson).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 22 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 MAI 1925.

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

CENTENAIRE DE J.-M. CHARCOT

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

NOUVELLES

Assistance publique. — Le concours de médecin des hôpitaux vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs Binet, Léchelle et Leblanc.

Un second concours pour 3 places de médecin des hôpitaux s'ouvrira le 4 juin. Le jury est provisoirement composé de : MM. les docteurs Israëls de Jong, Baudouin, Lortat-Jacob, Faure-Beaulieu, Lermoyez, Pissavy, Courcoux, Abrami, Trémolières, Rivet et Cadenat.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Sont admissibles aux épreuves définitives : MM. de Gaudart d'Allaines 64, Girode, Lorin, Boppe 63, Petit-Dutaillis 62, Bloch (Jacques), Bloch (René) 61, Maurer 59.

Epreuve opératoire. — *Séance du 16 mai.* — Questions données : Ligature de la carotide externe. — Désarticulation du poignet. — MM. Bloch (Jacques) 27, Bloch (René) 26, de Gaudart d'Allaines 26, Maurer 24, Lorin 26, Boppe 27, Petit-Dutaillis 27, Girode 27.

Concours d'électro-radiologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Guibert, Aubourg, Beaujard, Bourguignon, Carnot, Lapointe, Robineau.

Exposé des titres. — MM. Foubert 16, Delapchier 21, Gibert 25, Kahn 25, Coliez 20, Lepennetier 23, Nahan 21, Gally 22, Saidman 19, Moutard 18, Piot 24, Chaperon 22.

Epreuve écrite. — Questions données : Electrologie. — La diathermie. Moyens de production et modes d'application des coutants diathermiques. Leurs effets physiologiques et leurs applications thérapeutiques.

Radio-diagnostic. — Diagnostic des ombres calculeuses observées dans les régions du grand et du petit bassin.

Radiothérapie. — Influence de la quantité et de la qualité du rayonnement X dans le traitement des tumeurs. Etablir un plan d'irradiation pour le traitement radiothérapique d'un cancer du sein récidivé.

Lecture : Notes données : MM. Chaperon 16 1/2, Coliez 26 1/2, Delapchier 15, Gally 24, Gibert 17, Kahn 18 1/2, Lepennetier 18, Moutard 16, Nahan 15, Piot 12.

Epreuve pratique : *Séance du 17 mai.* — Question donnée : Monter le secondaire d'un appareil de radiothérapie superficielle. — Mesure de l'étincelle, mise en place d'une pastille de Sabouraud. — Expliquer le fonctionnement des appareils placés sur le circuit et les inconvénients d'un montage défectueux. — MM. Chaperon 16, Nahan 10, Delapchier 11, Lepennetier 18, Kahn 15.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux.— 4 candidats : MM. Lagrange, Monbrun, Hartmann et Cousin.

Composition provisoire du jury : MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud, Morax, Monthus, Cantonnet, Coutela, Lortat-Jacob et Rieffel.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Composition écrite. — *Séance du 7 mai.* — Diagnostic des névralgies faciales.

Lecture des copies. — *Séance du 8 mai.* — MM. Merville 26, Leclercq 20, Raison 28, Gornouec 23, Puig 29, Dubois 25, Boissier 24, Richard 27.

1re Ep. clinique. — *Séance du 11 mai.* — MM. Boissier 15, Puig 19, Raison 15.

Séance du 13 mai. — MM. Boissier 17, Raison 16, Gornouec 15, 2e Epreuve clinique. — *Séance du 15 mai.* — MM. Boissier 17, Raison 16, Gornouec 16.

Séance du 18 mai. — MM. Richard 19, Merville 17, Puig 17.

Concours de l'internat en pharmacie. — Sont-après concours, reçus internes des hôpitaux dans l'ordre suivant : M. Fontaine, Mlles Lambin, Fourmont, MM. Piettre, Simon, Charpentier, Castel, Cesbron, (René), Cesbron (André), Mlle Boudard, MM. Edgard-Rosa, Meneux, Gallier, Gaffre (André), Cabrol, Cahen, Daniel, Vergnoux, Heurtault, Robert, Boutroue, Mlle Lefebvre, MM. Coudrain, Gaffre (Jean), Mlles Marlin, Boutin, Dumery, MM. Tronche, Carlier, Froidevaux, Mlle Bonnard, MM. Menobian, Delaunay, Mlle Michel, MM. Chatron, Goudouin, Mlle Logerot, M. Morin, Mlles Leblanc, Rodiet, M. Mallet, Mlle Allègre.

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — *19 mai.* — M. ZÉRAH (J.). Traitement de l'amibiase par le stovarsol. — M. JACQUET (G.). Traitement des pleurésies purulentes et des fistules pleurales. — M. JUGE (Ch.). Des indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse.

M BELAIDU (J.). Signe du Douglas dans les ruptures de grossesse. — M. BERTRAND (L.). La paume de la main (sa morphologie, etc.). — M. LELEU (A.). La synostose radio-cubitale. — M. VEIL (P.). Les tumeurs des paupières et de la conjonctive.

22 mai. — (Thèses vétérinaires.) — M. CUROT. Fécondation et stérilité.

23 mai. — (Thèses vétérinaires.) — M. PARIS. De la septicémie des nouveau-nés et son traitement. — M. OFEREAU. Etude des formes atypiques de la fièvre vitulaire.

Conférences d'ophtalmologie pratique. — Ces conférences ont lieu dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker-Enfants-Malades.

Elles commenceront le lundi 15 juin, et continueront les lundis, mercredis et vendredis à 2 heures.

Elles sont faites pour ceux qui exercent ou se préparent à exercer la médecine générale.

Elles sont gratuites. S'inscrire dans le service d'ophtalmologie.

Faculté de médecine de Strasbourg. — *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — Un cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques du 12 septembre au 7 novembre 1925 sous la direction de M. le professeur L. M. PAUTRIER.

Droit d'inscription, 200 francs.

S'inscrire en écrivant directement au profesesur PAUTRIER, 2, quai Saint-Nicolas.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de familles confortables, au prix moyen de 20 francs par jour.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales méthodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses sera organisé s'il réunit cinq adhésions minimum ;

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier ils se constitueront une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle.

Droit d'inscription, 150 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur PAUTRIER.

Nécrologie. — Dr J.-B. LAFAYE.

CONGRES DES ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES

Paris, 28 mai - 1er juin 1925.

La guérison tardive des maladies mentales.

M. **Jean ROBERT**, rapporteur.

La guérison tardive des maladies mentales est un fait clinique sur lequel est attirée depuis longtemps l'attention des psychiatres. Cette notion de guérison survenant parfois après de longues années de maladie, arrêtant ainsi d'une façon heureuse l'évolution d'un trouble mental, considéré comme incurable sur la foi de symptômes cliniques dont la signification démentielle était jugée irréfutable, explique l'étonnement et la perplexité des observateurs devant cette évidente faillite de leur pronostic. Esquirol, Guislain, Morel, recommandaient déjà des pronostics prudents à leurs élèves.

La conclusion générale que M. J. Robert dégage de son étude « c'est qu'il n'existe aucune raison rigoureusement médicale de désespérer de la guérison des états psychopathiques que nous avons envisagés aussi longtemps que n'apparaîtront pas dans leur expression clinique les symptômes de la série organique démentielle ou les altérations définitives de l'activité psychique. Aussi longtemps que l'observation clinique nous permettra de retrouver chez les malades des vestiges de vie intellectuelle ou affective, l'hypothèse d'une dissociation, d'un désengrenage de la fonction psychique susceptible de se réparer devra se présenter à notre esprit. Et, pour dire toute notre pensée, nous n'avons aucune répugnance à admettre la possibilité d'une rééducation du psychisme, d'un rétablissement de l'harmonie mentale sous l'influence d'une psychothérapie qui, loin d'être systématique, saurait judicieusement s'adapter à chaque sujet ».

Les encéphalopathies infantiles familiales

Docteur **CROUZON**, rapporteur.

Dans le groupe des encéphalopathies infantiles, le rapporteur ne retient que les familiales, c'est-à-dire celles qui frappent habituellement de nombreux sujets d'une même famille à la même génération, et se répètent dans cette même famille dans les générations successives, qui affectent dans une même famille une forme symptomatique et une évolution presque absolument identique chez chacun des sujets atteints, et débutant à peu près au même âge chez tous les enfants d'une même génération qui apparaissent chez ces sujets comme la conséquence d'une tare originelle du germe devenant manifeste par le seul fait du développement, et le plus souvent indépendant de toute influence extérieure d'une affection acquise ou d'un accident de la vie intra-utérine ; enfin, chez lesquels ces divers caractères constituent la règle et non l'exception.

Dans ce groupe, il existe 1° des encéphalopathies infantiles familiales typiques, les unes toujours infantiles, les autres quelquefois et exceptionnellement infantiles ; 2° des encéphalophaties infantiles familiales atypiques.

Dans sa description, l'auteur passe en revue successivement :

Les psychoses infantiles familiales.
L'idiotie amaurotique familiale.
La maladie de Wilson et les maladies apparentées à la dégénérescence hépato-lenticulaire (maladie de Westphal-Strumpell avec pseudo-sclérose et spasme de torsion).
Les diplégies cérébrales infantiles de formes diverses.
L'atrophie cérébelleuse idiotique.
L'hérédo-ataxie cérébelleuse.
La myoclonie épilepsie.
Les chorées et tremblements familiaux.
Les affections oculaires familiales.

Enfin l'auteur y fait une longue énumération des encéphalopathies atypiques infantiles de caractère familial.

L'auteur, dans ses conclusions, montre que dans l'étude de chacune de ces encéphalopathies, il existe encore un certain nombre de points obscurs et met en évidence les points qui peuvent être l'objet de discussions ou de recherches ultérieures (étiologie et anatomie pathologique de l'idiotie amaurotique ; pathogénie de la maladie de Wilson ; lésions de la myoclonie-épilepsie ; rapprochements nouveaux à faire dans les maladies familiales atypiques, etc.)

En outre, dans son rapport, l'auteur fait une étude d'ensemble sur les maladies familiales atypiques et expose quelques considérations générales sur le caractère familial, sur les lois de l'hérédité, sur l'étiologie et l'anatomie pathologique générale dans les maladies familiales, en envisageant spécialement les encéphalopathies infantiles présentant ces caractères.

La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique.

Par MM.

Marcel BRIAND. et **Maurice BRISSOT.**

Rapporteurs.

Les problèmes de médecine légale civile, qui peuvent se poser à l'occasion des personnes atteintes d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sont à peu près les mêmes que ceux soulevés à l'occasion de tous les troubles mentaux, mais avec des modalités différentes. Ils ont trait, pour la plupart, à des questions de capacité.

Il existe, en droit français, deux sortes de capacité : la capacité politique et la capacité civile.

En quoi consiste la capacité ? — On ne saurait en donner une définition sans penser à M. de La Palisse. C'est, en effet, le droit que possède tout individu majeur, c'est-à-dire âgé de 21 ans révolus, d'accomplir tous les actes politiques ou civils qui ne lui sont pas interdits par les circonstances dont il sera question plus loin. La capacité est donc la règle et l'incapacité l'exception.

La capacité politique consiste dans la possibilité d'exercer les droits constitutifs de la qualité de citoyen. L'interdit et le simple prodigue, n'étant pas autorisés à exercer un commerce, ne peuvent ni élire les juges consulaires, ni siéger dans un tribunal de commerce.

Si l'inscription sur les listes électorales est refusée à un interdit, cette inscription est de droit pour tout aliéné qui n'est pas retenu, dit l'art. XV, du décret organique de 1852, à moins qu'il ne soit séquestré dans un établissement public, en vertu de la loi du 30 juin 1838. D'une manière générale, les textes s'appliquant à l'interdit sont d'interprétation stricte et ne s'étendent pas au prodigue pourvu d'un conseil judiciaire.

La capacité civile, de beaucoup la plus importante, est celle relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux et qu'on appelle droits civils. Elle n'appartient qu'à ceux possédant la jouissance et l'exercice de ces droits. L'incapable est limité dans l'exercice de ses droits civils (conseil judiciaire) ou bien il les perd d'une façon complète (interdiction) et alors un tiers (tuteur) se substitue à lui pour leur accomplissement.

Avant d'entreprendre l'étude de la capacité civile et des différents problèmes qu'elle pose, du point de vue médico-légal, dans certains états d'affaiblissement des fonctions intellectuelles, les auteurs rappellent la condition juridique des actes des aliénés qui diffère selon laquelle se trouvent, en droit, placés ces malades.

La méthode déductive, allant du général au particulier, permet aux rapporteurs, après une revue des principaux actes juridiques susceptibles d'être contestés de faire mieux comprendre les restrictions qu'il peut y avoir lieu d'apporter à *la capacité civile dans les états d'affaiblissement intellectuel.*

Après avoir étudié l'affaiblissement psychique dans la démence sénile simple ou compliquée d'idées délirantes, la presbyophrénie, l'artério-sclérose cérébrale, la sclérose en plaques, la chorée chronique, la maladie de Parkinson, la syphilis cérébrale, les états organiques liés aux lésions circonscrites du cerveau, les tumeurs ou corps étrangers, proprement dits, de l'encéphale, MM. Briand et Brissot s'étendent longuement sur les différents troubles du langage. A leurs yeux l'aphasie, dans ses modalités et ses degrés, soulève avec les traumatismes du cerveau les plus nombreux problèmes médico-légaux soumis à l'expert.

Le lecteur comprendra qu'un rapport, sur « la médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique », ne saurait se terminer par des conclusions nettes, précises, fermes et définitives. On ne peut, en effet, passer en revue toutes les circonstances à l'occasion desquelles un médecin expert devra se prononcer. Il serait donc téméraire de lui tracer une règle rigide, parce que, le plus souvent, il se trouvera en face de « cas d'espèces », lesquels, bien qu'envisagés sous l'angle de certaines données générales, comportent une solution individuelle.

C'est surtout à l'occasion des aphasiques moteurs ou sensoriels que surgissent les problèmes médico légaux. Ils sont d'autant plus fréquents que de tels malades se laissent facilement dominer par une volonté supérieure à la leur.

Quoi qu'il en soit, l'appréciation de la capacité civile dans les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sera toujours des plus délicates et souvent remplie de difficultés, surtout quand il s'agira de dispositions à titre gratuit. C'était aussi l'opinion du conseiller Sacaze qui peut ainsi se résumer :

L'expertise médico-légale est de la plus haute importance, quand il s'agit d'établir l'état mental et la capacité d'un donateur ou d'un testateur. Si celui ci est vivant, le rôle du médecin est facile, mais s'il est décédé, la tâche de l'expert devient singulièrement ingrate, car il n'y a plus d'examen possible du donateur ou testateur. Dans ce cas, la preuve de la démence — si elle existe — devra être recherchée à la fois, et dans l'acte attaqué (examen de la pièce écrite, des caractères de l'écriture, etc.,) et dans la vie du donateur ou testateur.

Lorsque l'acte incriminé ne donne lieu à aucune remarque, il ne reste plus à l'expert qu'à pratiquer des investigations sur les antécédents personnels et héréditaires du sujet, son genre de vie habituel, les modifications de son caractère, etc..,

Le mobile de l'acte incriminé doit, aussi, être pris en considération dans l'appréciation de l'état mental d'un affaibli. Voici, par exemple, un homme ayant des enfants d'une femme avec laquelle il vit sans être marié. Par suite de circonstances diverses, il ne les a pas reconnus. Un ictus le frappe, le voilà plus ou moins diminué intellectuellement. Averti par cet accident, il pense à régulariser sa situation. Des héritiers éventuels demandent son interdiction. L'expert ne fera-t-il pas acte de bon sens, en recherchant si le projet, sur lequel on s'appuiera pour demander son interdiction, n'est pas, précisément, un acte tendant à prouver, dans une certaine mesure, l'intégrité du jugement de la personne examinée ?

Que le même sujet vienne à accomplir un acte absurde, susceptible de dépouiller ses très proches parents, conjoint, enfants, l'expert n'y verra-t-il pas déjà, comme la signature d'un état démentiel ? Il ne lui restera qu'à en apprécier l'importance. Ce sera là le point le plus délicat de sa mission.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

En raison du succès obtenu par la « Route d'Hiver des Alpes », la Cie P. L. M. a décidé de proroger, jusqu'au 14 juin 1925, dans le sens Nice Aix-les-Bains Mont-Révard, le fonctionnement des Services automobiles qui devait prendre fin le 16 mai.

Du 16 mai au 14 juin, les services seront exécutés exclusivement au départ de Nice, les jeudi et dimanche, en suivant le même itinéraire par Digne et Grenoble.



J.-M. CHARCOT (1825-1893)

Rien n'est plus légitime que d'associer étroitement le Progrès Médical *au centenaire de Charcot, puisque c'est sans doute à Charcot qu'est due la fondation du* Progrès.

Bourneville avait pour son maître un culte presque religieux ; car Charcot a eu le rare privilège de faire Ecole, d'avoir des disciples admirateurs et zélés, tentés de jurer per verba magistri. *Parmi ces élèves enthousiastes, Bourneville fut un des plus actifs. Et tout de suite le* Progrès Médical *fut un journal d'avant-garde. C'était aux temps héroïques de la médecine, quand le microscope était regardé comme une curiosité de dilettante, quand la physiologie, malgré Claude Bernard, était plutôt redoutée qu'aimée des cliniciens, quand la bactériologie n'existait pas encore.*

En 1872, Charcot fut nommé professeur d'anatomie pathologique, et il fit un cours original, profond, richement documenté, aussi bien par une érudition profonde, que par des travaux personnels.

Tous les chapitres de l'anatomie pathologique y étaient représentés. Mais surtout le système nerveux était déjà objet de prédilection pour le Maître. A la Salpêtrière, il avait inauguré dès 1873 des leçons cliniques qui eurent un succès prodigieux : des hommes compétents en histologie, en ophtalmologie, en laryngologie, en électro-physiologie venaient aider l'étude de la neuropathologie. Ce fut une série de découvertes mémorables sur l'ataxie, la sclérose en plaques, les aphasies, les localisations cérébrales, l'hystéro-épilepsie ; de sorte que la transformation de ces leçons bénévoles, non officielles, en une chaire professorale ne fut que la consécration légitime d'un état de choses qui illustrait la Faculté de médecine de Paris.

Sa réputation était devenue mondiale ; pendant près de vingt ans, il fut le grand médecin. *Et pourtant il travaillait toujours. « Le travail, disait-il, est le meilleur des toniques. »*

Son abord paraissait froid ; mais, quand on le connaissait, on s'apercevait bientôt que cette froideur n'était qu'apparente. De fait, il s'attachait à ses élèves et les protégeait avec une telle ardeur, qu'on pouvait plutôt lui reprocher la partialité que l'indifférence.

Quoique on tende parfois à contester quelques-uns des faits (sur l'hypnotisme et l'hystérie) qu'il a mis en pleine lumière, ce qu'il a observé est exact. Les faits ne peuvent pas, malgré la violence des critiques, être révoqués en doute.

C'est une vague qui passe et qu'il faut laisser passer. Le progrès consiste à enregistrer tous les phénomènes, quelle qu'en soit l'explication. Les théories sont fragiles ; mais les phénomènes ne le sont pas. Or Charcot était, avant tout, par sa méthode anatomo-physiologico-clinique, le serviteur des faits ; les théories lui importaient peu. Il s'appuyait avec raison sur Laënnec et Claude Bernard.

Il eut un triple caractère de savant, de médecin et d'artiste. Et son nom restera un des plus brillants de la médecine française.

CHARLES RICHET.

Sur la nature infectieuse de la sclérose en plaques

Par Th. ALAJOUANINE

Parler de la nature infectieuse de la sclérose en plaques semblera bientôt à plus d'un, aussi superflu que d'envisager l'origine microbienne de la poliomyélite antérieure aiguë sporadique ou de l'encéphalite léthargique. Depuis le jour, en effet, où Pierre Marie indiqua, en 1884, ici même, les arguments qui, à son sens, plaidaient en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose multiple, cette opinion a fini par ne plus rencontrer que des partisans. Et cependant le désaccord persiste sur la nature du germe en cause, et l'on peut dire que, si l'idée de P. Marie est universellement admise, elle n'est plus comprise par la plupart dans le sens que lui donnait son auteur. C'est que, si la poliomyélite sporadique, si l'encéphalite léthargique ont pu être reproduites expérimentalement, seul argument décisif en faveur de l'origine infectieuse d'une affection (en dehors de l'isolement d'un germe causal ou de la notion épidémique), il n'en est pas encore de même pour la sclérose en plaques. Aussi, les discussions peuvent-elles se poursuivre longtemps sur le terrain étiologique, au sujet de la nature du germe à incriminer dans la genèse de cette affection. On s'explique qu'il y ait eu des opinions fort différentes, que Pierre Marie ait affirmé du point de vue de l'étiologie clinique, l'origine infectieuse de la maladie, en se basant sur la fréquence assez grande avec laquelle elle est précédée d'affections indubitablement infectieuses, typhoïde, pneumonie, grippe, etc. ; que plus tard cette conception d'origine infectieuse multiple ait fait place, peu à peu, pour beaucoup, à l'idée d'une infection spécifique ; qu'actuellement cette infection spécifique soit entendue de façon fort diverse puisque certains auteurs croient la syphilis cause de la sclérose en plaques, puisque la plupart des expérimentateurs actuellement recherchent son origine dans la présence d'un spirochète et qu'enfin on puisse avoir une opinion divergente des deux précédentes. Nous verrons en effet que l'origine syphilitique de la sclérose multiple n'est guère satisfaisante, que pas davantage n'est prouvée scientifiquement sa nature spirochétosique, aucune démonstration probante n'en ayant encore été donnée, et même plus, à notre sens, la voie abordée dans ces recherches nous paraissant peu logique.

Ce sont précisément ces considérations que nous voudrions brièvement résumer ici, en y joignant quelques suggestions qui nous paraissent plus plausibles sur la nature du germe de cette affection. Simples considérations sur les résultats, souvent négatifs, des travaux sur la question : réflexions personnelles d'ordre clinique, anatomo pathologique ou expérimental, ces lignes ne comprendront donc aucune bibliographie systématique des innombrables travaux parus sur le sujet, et qu'au reste, on trouvera remarquablement résumés dans l'important rapport de notre maître M. le Professeur Guillain et dans la thèse de notre ami Marquézy.

***

La *nature infectieuse* de la sclérose en plaques ne peut faire de doutes : si elle fut d'abord soupçonnée en une vue pénétrante basée sur les rapports de coïncidence avec d'autres maladies infectieuses, toute une série d'arguments plus probants peuvent être tirés de l'allure générale de l'affection et de certains faits spéciaux : c'est son début relativement rapide, tout un cortège symptomatique déjà caractéristique, s'installant souvent en quelques semaines : c'est l'*évolution par poussées*, pendant tout au moins une première période de l'affection, les premiers symptômes apparus pouvant disparaître plus ou moins complètement pour reprendre à nouveau et s'atténuer encore en une série de phases d'augmentation et de décroissance laissant plus ou moins vite un tableau plus ou moins complet de désordres définitifs : c'est l'altération de l'état général, la pyrexie possible au cours de ces épisodes subaigus. Dans des cas plus rares, on peut presque parler de *début aigu*, faits d'une plus grande signification encore ; hémiparésie brusque, amblyopies soudaines, épisode infectieux avec développement rapide de phénomènes ataxiques avec le mélange si spécial de signes pyramidaux et cérébelleux : ces derniers faits de poussée évolutive initiale, bien que rares, sont forts suggestifs ; ils sont très superposables à certaines poussées évolutives de la syphilis du névraxe : nous en avons récemment observé un cas particulièrement intense chez une jeune femme de 30 ans : en quelques jours, s'installe une série de troubles vagues, courbature, céphalée, température, puis apparaît de la somnolence, de la diplopie, ensemble rappelant singulièrement l'encéphalite léthargique : puis au 4e ou 5e jour survient brutalement une amaurose bilatérale, complète en 48 heures, un état de confusion mentale avec délire subaigu : enfin au 12e jour, il existait une paraplégie spasmodique avec abolition des réflexes abdominaux, des troubles sphinctériens, de l'asynergie des membres inférieurs et supérieurs, du nystagmus. Cette évolution aiguë dura plus de deux mois et lentement les symptômes rétrocédèrent à l'exception de la paraplégie et des phénomènes cérébelleux : il s'agit maintenant d'une sclérose en plaques typique. Non moins important et suggestif est l'ordre de faits que nous avons signalés avec M. le professeur Claude : une *poussée évolutive terminale* au cours d'une sclérose en plaque typique, caractérisée par un véritable syndrome de myélite aiguë, ayant débuté par de l'hyperthermie, des douleurs, une monoplégie puis une paraplégie flasques, avec troubles sensitifs marqués, évolution ascendante et mort par des phénomènes bulbaires. Des faits semblables ont été rapportés après ce premier cas par MM. Guillain et Marquezy, Sezary et Jumentié. Ce syndrome myélitique terminal, cette dernière et suprême poussée évolutive n'est pas un argument moins frappant en faveur de l'origine infectieuse que le début aigu de l'affection ou son évolution par poussées. Ces arguments cliniques nous paraissent bien plus décisifs que les arguments tirés de l'anatomie pathologique, la valeur de toutes les périvascularites comme preuve d'infection ayant été justement remise en question, l'importance des lésions vasculaires étant également de signification discutable ; de même les altérations du liquide céphalo-rachidien ne constituent pas des arguments très valables, la lymphocytose étant inconstante et pouvant s'observer aussi bien dans des affections de nature toxique. Les arguments cliniques sont bien plus forts, indubitables, et il n'y aurait d'ailleurs pas lieu de s'y attarder, s'ils n'apportaient des suggestions à la question beaucoup plus obscure de la nature de l'infection cause de la sclérose en plaques.

***

Maladie infectieuse indubitable, la sclérose en plaques est certainement due à une *infection spécifique*. L'identité du tableau clinique présenté par la plupart des cas avec plus ou moins d'intensité, l'identité d'évolution surtout, plaident déjà en ce sens. Le fait que les enquêtes étiologiques ne montrent d'ordinaire aucune infection dans les antécédents, que l'affection se présente comme primitive, le confirme. La question est un peu obscurcie, il est vrai, par ce qu'on peut appeler les *pseudo-scléroses en plaques*. En dehors de son évolution, de ses poussées, la sclérose multiple a un tableau clinique essentiellement commandé par des lésions disséminées et leur topographie. De loin en loin, on peut observer des cas de myélite à foyers multiples donnant lieu à des scléroses médullaires pouvant simuler la sclérose en plaques, en unissant à une paraplégie spasmodique, des phénomènes cérébelleux plus ou moins marqués. C'est le cas de la syphilis en particu-

lier, bien que les réactions biologiques, au début, tout au moins, suffisent à en faire la preuve, sans parler souvent du simple inventaire clinique. Mais ces cas exceptionnels mis à part, et qui sont comparables à ce fait qu'une sclérose latérale amyotrophique peut être simulée par une sclérose médullaire s'accompagnant d'atteinte des cornes antérieures, la sclérose en plaques comporte des faits spéciaux très semblables et dont le facteur étiologique est un agent spécial. On a voulu dire qu'il s'agissait toujours de *syphilis* ; un certain nombre d'auteurs ont ainsi soutenu l'étiologie syphilitique de la sclérose en plaques et récemment encore on revenait sur ce point. Sans revenir sur les faits de pseudo-sclérose en plaques syphilitique proprement dite dont nous venons de parler et qui sont des faits assez rares sur lesquels tout le monde peut s'entendre (il n'y a aucun doute qu'une myélite syphilitique disséminée avec phénomènes cérébelleux, surtout si, comme il arrive parfois, il y a eu de véritables poussées évolutives, puisse simuler la sclérose en plaques ; mais dans ces cas, la syphilis est prouvée par les antécédents, la clinique ou le laboratoire), il ne semble pas contestable que dans les scléroses en plaques vraies, elles sont légion, rien ne permet de supposer l'origine syphilitique, ni l'absence d'antécédents presque constante (il pourrait y avoir parfois coïncidence), ni l'absence de réactions méningées, qui est la règle, ni surtout l'absence de réactions biologiques qui, au début ou lors des poussées, a une grande valeur, ne permettent de penser à la syphilis ; le fait que la syphilis n'est pas à incriminer dans la sclérose en plaques ne nous paraît pas douteux ; l'étiologie clinique, l'évolution, les critères biologiques, l'anatomie pathologique même en apportent les preuves.

Si la grande cause spécifique de tant de syndromes neurologiques n'a rien à voir avec la sclérose en plaques, il faut avouer que de nombreuses recherches expérimentales n'ont pas permis d'apporter la preuve de l'existence d'un agent causal spécial, qui ne nous paraît pas douteux cependant, nous l'avons dit plus haut. Depuis la suggestion de Buzzard en 1911, c'est un spirochète qu'on a voulu incriminer dans la sclérose disséminée. Si grand a été le zèle des chercheurs dans cette voie que plus d'un a cru mettre en évidence, en effet, dans le liquide céphalo-rachidien des polyosclérotiques, un organisme spiralé. Nous ne rappellerons pas les innombrables travaux sur la question qui fut longuement discutée à la dernière réunion neurologique internationale. Il suffit de dire que ce germe constaté du vivant du malade n'a été retrouvé dans les centres nerveux que dans des observations fort discutables, les figures données ne paraissant pas devoir être interprétées dans ce sens et, surtout, que le dit spirochète n'a jamais pu reproduire expérimentalement l'affection, s'il a pu être passé sur des animaux successifs. Il n'est même pas démontré qu'il ne s'agisse pas de germe appartenant seulement aux animaux d'expérience. Mais bien plus, les résultats positifs de quelques auteurs sont en nombre infime comparés au nombre considérable d'expérimentations négatives. Le moins qu'on puisse dire pour l'instant et c'était la conclusion du travail de Marquézy, est qu'il n'y a pas actuellement de preuve expérimentale certaine de l'*origine spirochétosique de la sclérose en plaques*. Ce ne serait d'ailleurs pas une raison suffisante pour la nier *a priori* : les expériences négatives, même nombreuses, n'ont en biologie aucune valeur démonstrative, puisqu'une simple question de technique suffit à entraver constamment l'efficacité d'une expérimentation. L'origine spirochétosique de la sclérose en plaques aurait certainement pour elle un argument sérieux, c'est l'existence dans cette affection d'une modification des réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien (réaction de Lange à l'or colloïdal, réaction de Guillain, Laroche et Léchelle au benjoin colloïdal à type subpositif), proche de celle donnée par le spirochète de la syphilis. Et d'ailleurs l'existence de spirochète dans le liquide céphalo-rachidien des syphilis nerveuses n'a été mentionnée que dans des cas qui se citent, sans que pour cela, jamais personne n'ait mis en doute l'intervention du tréponème dans l'étiologie de ces affections et bien entendu l'expérimentation, là aussi, a été négative. Ce ne sont donc pas des résultats expérimentaux négatifs ou non probants qui nous font douter de la nature spirochosique de l'affection ; plus important nous semble le fait, qui n'a pas été souligné, que la constatation d'un spirochète dans le liquide céphalo-rachidien des malades atteints de sclérose en plaques semble contraire à bien des points de pathologie générale. On comprend mal la présence d'un germe pathogène que l'on trouverait (et même directement) dans un liquide qui n'en attesterait aucunement la présence ; autrement dit l'absence de réaction méningée histologique importante, l'absence fréquente, même en pleine poussée, de réaction cellulaire du liquide à la ponction lombaire, ce qui est la règle, semble choquante à constater si l'on admet qu'il vit au niveau des méninges et dans le liquide un germe, surtout un spirochète dont on connaît, par l'exemple de la syphilis, l'importance dans la production d'une irritation méningée. Si l'on ajoute que dans les affections du système nerveux où le germe semble arriver par la voie sanguine comme pour la poliomyélite, l'encéphalite, et (c'est le cas de la sclérose en plaques, du point de vue anatomique) le liquide céphalorachidien ne présentant que peu ou pas de réaction, ne peut servir à reproduire l'affection, mais qu'on ne la reproduit qu'avec les centres nerveux injectés directement aux animaux, on aura encore une nouvelle raison de douter de la valeur de la technique suivie.

C'est dire, que, puisqu'on doit considérer la sclérose en plaques comme une affection essentiellement nevraxitique, c'est, non pas au liquide céphalo-rachidien, mais à la substance nerveuse elle-même que l'on doit s'adresser pour une expérimentation rationnelle. Bien entendu il faudrait s'adresser à des cas aigus ou s'étant terminés des poussées et non pas à des cas anciens où peuvent ne plus exister que des cicatrices, des scléroses déshabitées. C'est ce que nous avons fait dans le cas signalé plus haut, observé avec M. H. Claude et terminé par myélite aiguë ascendante. Nous avons prélevé un fragment des centres nerveux au niveau du maximum des troubles sensitifs correspondant, comme le montra l'examen histologique, à un important foyer de lésions récentes et un fragment du bulbe ; nous l'avons injecté en émulsion filtrée et non filtrée dans le cerveau de lapins. Notre expérimentation fut d'ailleurs négative, mais elle nous paraît logique alors que l'injection de liquide nous semble en contradiction avec les faits anatomo-cliniques et la pathologie générale de l'affection. Notre hypothèse en effet, quant à la nature du germe, devant cette affection essentiellement nevraxitique, est, comme le montre l'exemple de la poliomyélite antérieure aiguë, de l'encéphalite épidémique, qu'il doit s'agir d'une affection due à un *virus essentiellement neurotrope*, puisque les localisations viscérales sont nulles, et probablement d'un ultra-virus, d'un virus filtrant. Si l'hypothèse d'un spirochète est appuyée par l'existence de réactions colloïdales positives (ce qui n'est peut-être pas l'apanage exclusif des spirochètes), par la comparaison très juste avec l'évolution par poussée de la syphilis du névraxe (mais l'encéphalite évolue aussi par poussées), il n'est pas moins important de souligner les discordances, en particulier l'absence de réactions méningées importantes (et l'on sait que même le spirochète de la spirochétose ictéro-hémorragique donne dans une affection essentiellement hépatotrope, une réaction méningée constante), l'absence de manifestations viscérales dont la présence semble être une règle des spirochétoses. C'est pourquoi l'hypothèse d'une infection neurotrope nous paraît plus plausible, plus concordante avec ce que nous commençons de connaître des infections spécifiques de l'axe cérébro-spinal et l'exemple de l'encéphalite montre que là aussi l'évolution continue avec paroxysmes peut se voir. C'est dans ce sens qu'il nous paraît logique de conduire une expérimentation, portant sur des cas favorables ; c'est-à-dire la technique employée

pour la poliomyélite et l'encéphalite, injection de moelle de cas aigus dans les centres nerveux des animaux de choix (lapins, singes). Notre expérimentation est restée négative dans le cas mentionné plus haut mais ce n'est qu'un cas isolé.

Ces considérations pourront paraître byzantines, et faites de plus de comparaisons que de raisons, en l'absence de toute constatation biologique objective concernant le germe de l'affection. Mais la démonstration du germe de la sclérose en plaques dont la fréquence accrue dans ces dernières années fait des infirmes de plus en plus nombreux, qu'il s'agisse de spirochète ou de virus filtrant neurotrope, est une question qui vaut d'être discutée puisqu'elle pourrait peut-être conduire à une thérapeutique plus efficace de cette redoutable affection. A l'heure actuelle, maladie infectieuse du névraxe, elle doit être traitée comme telle, et comme le conseille notre maître M. Guillain, c'est, dès les premières poussées, aux injections intramusculaires ou intraveineuses d'hexaméthylène-tétramine, de salicylate de soude, de quinine qu'il faut recourir pour essayer d'enrayer l'infection commençante en attendant de l'avenir une thérapeutique spécifique.

Essai de traitement biologique des crises anxieuses, maniaques ou confusionnelles de la psychose périodique,

Par

le Pr H. CLAUDE — J. TINEL — D SANTENOISE

L'étude biologique des maladies mentales entreprise depuis quelques années à la Clinique Ste-Anne n'a pas seulement fourni de précieux renseignements sur la nature, l'évolution et la pathogénie d'un certain nombre de psychoses. Elle nous a de plus conduits logiquement à de nouvelles thérapeutiques particulièrement efficaces dans les différentes formes de la *psychose périodique ou intermittente*.

Le fait n'est pas sans intérêt si l'on songe que les manifestations de cet ordre représentent en somme un des groupes les plus importants de la pathologie mentale.

Sous l'extrême diversité des symptômes cliniques, l'étude biologique permet en effet de retrouver dans la psychose périodique un ensemble de caractères qui attestent une véritable identité de mécanisme pathogénique :

Qu'il s'agisse de crises dépressives simples, de crises anxieuses ou de véritables états mélancoliques : qu'il s'agisse de crises d'excitation maniaques ou confusionnelles, de crises de confusion mentale avec agitation, avec délire ou avec stupeur;

Que ces crises reviennent avec une périodicité régulière à intervalles de quelques semaines, de quelques mois ou de quelques années ; ou bien qu'elles surviennent sans rythme à des intervalles variables ou même comme des manifestations accidentelles, rares ou presque isolées dans la vie d'un individu.

Qu'elles apparaissent à la suite de causes provocatrices évidentes comme le surmenage, l'émotion, un choc moral, une maladie intercurrente ou une dystrophie glandulaire, qu'elles se reproduisent périodiquement au retour de mêmes circonstances, comme à chaque période menstruelle par exemple ou bien qu'elles surviennent inopinément sans cause connue..

Toutes ces crises, si diverses d'allures n'en sont pas moins l'expression d'un seul et même processus pathologique, ce sont les diverses formes de la psychose périodique.

On peut les considérer comme les manifestations d'un trouble humoral, véritable auto-intoxication, avec une fixation toxique sur les centres nerveux, qui se réalise généralement sous forme d'un choc à la faveur d'un certain état de déséquilibre végétatif.

Ce sont donc en somme de véritables *syndromes de choc*, dans le sens le plus large du terme, exactement comparables aux crises de migraine, d'urticaire, d'asthme ou d'épilepsie, et quelquefois du reste alternant ou intriqués avec elles.

Mais tandis que la migraine et l'épilepsie par exemple se manifestent en général comme des chocs espacés, isolés les uns des autres et qui ne laissent après chaque paroxysme à peu près aucune trace de leur passage, il faut reconnaître aux crises de la psychose périodique une évolution sensiblement différente. Elles se présentent au contraire comme constituées par une succession de chocs subintrants dont la répétition finit par provoquer une sidération prolongée de tout l'appareil végétatif, ou une intoxication plus ou moins durable des centres nerveux. On pourrait même diviser l'évolution de chaque crise en deux périodes successives : une période *d'invasion* caractérisée par la succession des paroxysmes anxieux, maniaques ou confusionnels, et une période d'état où se manifestent à la façon d'un état permanent, entrecoupé parfois de quelques rares paroxysmes, les conséquences de ces chocs successifs sous forme d'inertie végétative et d'altération toxique des centres nerveux.

Telle est en quelques mots pour des crises de la psychose périodique, la conception *schématique* à laquelle aboutissent actuellement les recherches biologiques et sur laquelle se fondent les nouvelles orientations thérapeutiques que nous allons maintenant exposer.

***

Si les crises de dépression, d'anxiété, d'excitation maniaque ou de confusion mentale, de la psychose intermittente, étaient bien, comme nous le supposions, de véritables *syndromes de choc*, il devait être possible *par une médication anti-choc*, d'en empêcher le retour ou même d'en arrêter les manifestations, au même titre que l'on supprime les crises de migraine et d'épilepsie.

L'expérience a confirmé de tous points cette conception.

Mais d'autre part si l'état de choc n'existe d'une façon caractérisée qu'à la période d'invasion, et si la période d'état traduit au contraire le résultat durable des chocs successifs avec des altérations toxiques de cellules nerveuses et une inertie complète du système végétatif, le traitement anti-choc n'a plus de raison d'être à la période d'état et doit s'y montrer à peu près inefficace. Ici encore nos conceptions biologiques ont été confirmées de tous points par l'expérience thérapeutique.

Il est par conséquent possible au moyen des différentes méthodes anti-choc que nous passerons en revue, d'empêcher le retour des crises intermittentes ou périodiques, c'est un véritable traitement *prophylactique*, le meilleur et le plus efficace actuellement.

Il est également possible, au début d'une crise, pendant la période d'invasion, d'arrêter le développement de cette crise, d'empêcher par conséquent les résultats durables des chocs successifs, et d'obtenir assez rapidement la guérison. C'est un véritable traitement *abortif*.

Par contre il nous a été jusqu'ici à peu près impossi-



ble de modifier l'évolution d'une crise arrivée à la période d'état ; en dehors de certains cas particuliers, la crise poursuit, en dépit de tous les traitements essayés, son évolution régulière ; nous ne possédons encore actuellement aucun moyen d'en accélérer la guérison.

Le plus simple et le plus constant des traitements anti-chocs est l'administration de *gardénal* ou *luminal* à doses suffisantes, c'est-à-dire de 20 à 30 cg par jour. On connaît son efficacité dans l'épilepsie et les résultats à peu près comparables qu'il donne dans la migraine ou dans l'asthme; les expériences de Garrelon et Santenoise ont démontré vis-à-vis du choc peptonique et du choc anaphylactique, la réalité de son action anti-choc en rapports sans doute avec l'atténuation des réflexes végétatifs et en particulier de l'excitabilité para-sympathique.

C'est le premier traitement que nous avons essayé dans les crises périodiques.

Son action *prophylactique* est remarquable ; administré par exemple d'une façon régulière et continue à des malades qui présentent des crises périodiques survenant d'ordinaire à quelques semaines d'intervalles, il les supprime souvent d'une façon radicale, ou ne laisse subsister que des crises extrêmement légères, très atténuées.

Dans les cas où les crises surviennent à intervalles réguliers, comme par exemple les crises mensuelles cataméniales d'excitation, de dépression anxieuse ou de confusion mentale, on peut souvent même interrompre l'usage du gardénal pendant la période intercalaire pour reprendre la médication gardénalique quelques jours avant la date prévue d'invasion et la continuer pendant la durée possible de la crise. Le procédé réussit assez souvent, mais on peut être surpris parfois par un décalage de la crise.

La difficulté devient certainement plus grande lorsqu'il s'agit de crises plus espacées, survenant par exemple à plusieurs mois de distance, à plus forte raison lorsque les périodes intercalaires durent une ou même plusieurs années. On hésite naturellement à prolonger si longtemps l'usage du gardénal dont l'efficacité peut du reste diminuer par l'accoutumance. C'est alors non plus comme médication prophylactique que le gardénal peut être employé mais comme médication d'arrêt ou de blocage de la crise, au moment où s'en manifestent les premiers symptômes ; ce procédé est particulièrement efficace lorsqu'il existe des signes précurseurs permettant de prévoir l'imminence de la crise.

Mais dans ces cas, comme médication d'arrêt, l'action du gardénal se montre bien souvent insuffisante et incomplète ; il peut enrayer partiellement la crise, en atténuant sensiblement la violence, la durée et les résultats de l'invasion paroxystique ; il suffit rarement à l'arrêter, et l'on doit en général lui associer d'autres médications anti-chocs telles que la belladone, l'adrénaline, ou les diverses injections intraveineuses que nous étudierons plus loin.

La teinture de *belladone* par son action paralysante sur le parasympathique, se montre expérimentalement un excellent anti-choc.

On peut à doses minimes l'associer au gardénal dans la médication prophylactique ; mais elle peut, surtout à doses plus élevées de vingt, trente et quarante gouttes par vingt-quatre heures, renforcer l'action du gardénal au moment d'une invasion de crise.

Il en est de même de l'*adrénaline*, en injections souscutanées de un ou même deux milligrammes par jour qui, par la stimulation du sympathique et l'inhibition indirecte du parasympathique, peut être avantageusement associée au gardénal pour enrayer les chocs successifs qui constituent la période d'invasion.

Nous préférons cependant en général utiliser dans ce but les *injections intra-veineuses*.

On constate en effet que presque toutes les injections intra-veineuses constituent une remarquable médication anti-chocs, soit qu'elles provoquent des chocs légers capables de supprimer les chocs ultérieurs, soit par une inversion de l'équilibre vago-sympathique ou par tout autre mécanisme. Ce fait, démontré surtout par les expériences de Garrelon et Santenoise, a déjà largement été utilisé dans le traitement de la migraine. Nous en constatons journellement l'efficacité dans les diverses manifestations de la psychose périodique.

Nous parlons ici d'*injections intra-veineuses* en général, car c'est en réalité le mode d'introduction qui importe beaucoup plus que la substance injectée. On peut obtenir des résultats de même ordre par un grand nombre de substances, arsénobenzols, sels mercuriels ou métaux colloïdaux, solutions peptoniques, injections de carbonate de soude ou de citrate de soude, de chlorure de calcium ou d'hypophosphite de chaux, etc.

Les injections intra-veineuses peuvent être utilisées comme traitement prophylactique. C'est un fait qui nous a été révélé par certains cas de suspensions remarquables des crises, observés pendant toute la durée d'un traitement spécifique par l'arsénobenzol ou l'énésol intraveineux, chez des malades qui, atteints de psychose périodique, avaient secondairement contracté la syphilis. On voit souvent dans ces cas se produire non seulement une suspension des crises pendant les périodes de traitement, mais encore se réaliser à la suite du traitement des accalmies très prolongées, que nous n'attribuons pas simplement aux chocs, mais aux modifications humorales réalisées: on les observe surtout à la suite des traitements arsenicaux : c'est en somme de l'*eutrophie arsenicale*.

Nous avons souvent obtenu également une action prophylactique très nette par des injections intraveineuses d'hypophosphite de chaux ou même de chlorure de calcium pratiquées deux ou trois fois par semaine. Mais l'action de ces substances est certainement moins durable que celle des arsenicaux.

C'est dans le traitement abortif des crises que se révèle surtout l'utilité des injections intra-veineuses de sels minéraux ; elles sont particulièrement précieuses en raison de leur toxicité nulle et de la possibilité de les répéter tous les jours ou même en certains cas, deux fois par jour.

Après bien des essais nous donnons la préférence généralement aux sels de calcium (chlorure de calcium, injections quotidiennes de 5 à 10 cc. d'une solution à 10 p. 100 ; hypophosphite de chaux, 0.20 à 0.30 cgr. pour 2 à 3 cc.)

Nous avons cependant obtenu de bons résultats avec le carbonate de soude (20 cc. d'une solution à 2 gr. 5 p. 100), avec le citrate de soude (5 cc. d'une solution à 20 p. 100) ou même l'hyposulfite de soude, les hypophosphites de soude ou de magnésie.

Si l'on pratique, par exemple, au cours d'un paroxysme anxieux une injection de chlorure de calcium, on est surpris en effet de constater souvent, après la disparition de la bouffée de chaleur assez intense que provoque pendant quelques secondes l'injection, une sédation immédiate et remarquable de l'anxiété.

Cette sédation n'est évidemment pas durable ; elle ne persistera parfois que deux ou trois heures, mais souvent aussi, et surtout après trois ou quatre injections quotidiennes, on la verra se prolonger jusqu'à 12, 18 et 24 heures. Il suffira souvent d'y associer la médication gardénalique, pour voir s'arrêter en quelques jours l'invasion d'une crise anxieuse, maniaque ou confusionnelle.

Et si l'on prolonge cette médication aussi longtemps que dure la menace de la crise, on va pouvoir amener assez rapidement le malade jusqu'à la guérison, sans qu'il ait à subir les terribles paroxysmes anxieux de la période d'invasion, ni à réparer péniblement les altérations toxiques des centres nerveux ou l'état d'inhibition végétative qui succèdent à la répétition subintrante de ces paroxysmes.

L'association du gardénal et de l'injection intra-veineuse quotidienne au chlorure de calcium ou à l'hypophosphite de chaux, représente pour nous actuellement le meilleur traitement *abortif* des crises d'anxiété, d'excitation ou de confusion mentale de la psychose périodique.

En réalité ce n'est là que le type schématique du traitement. Chaque malade, pourrait-on dire, à ses réactions particulières et ses susceptibilités spéciales ; il faut souvent quelques tâtonnements pour établir la formule qui lui convient, choisir la substance à injecter, ou même la modifier suivant les circonstances ; car dans les cas où se prolonge la menace d'invasion de la crise, l'effet d'une injection intra-veineuse donnée tend à s'épuiser et perd progressivement son efficacité.

Il devient souvent nécessaire de changer la nature du produit injecté, d'en faire varier les doses ou même de recourir à quelqu'autre méthode anti-choc.

A l'efficacité remarquable de ce traitement abortif appliqué à la période d'invasion, il faut opposer son impuissance à peu près complète lorsque les crises sont arrivées à leur période d'état. On obtient cependant parfois des résultats remarquables, mais c'est dans les cas, assez rares en somme, où la crise a conservé, malgré son évolution prolongée, le caractère paroxystique. On peut obtenir alors la même disparition des paroxysmes qu'à la période d'invasion et déterminer assez rapidement la fin de la crise.

***

La thérapeutique anti-choc met encore à notre disposition bien d'autres procédés de traitement, mais qui, à notre avis, sont d'un usage moins général et doivent être réservés à certains cas particuliers.

Les injections intra-veineuses d'*or ou d'argent colloïdal* déterminent aussi par le choc provoqué une sédation remarquable des paroxysmes ; mais elles épuisent plus rapidement leur activité, et fatiguent souvent le malade par la répétition des réactions thermiques.

Nous avons obtenu parfois d'excellents résultats par l'*auto-hémothérapie*, mais c'est un traitement exclusivement prophylactique ; pratiqué dans l'intervalle des crises il en provoque souvent une atténuation progressive et parfois même une disparition prolongée, agissant à la fois sans doute par un mécanisme de choc et par une certaine action antitoxique.

On peut employer de même pour empêcher le retour des crises les injections répétées de *sérum de cheval*, suivant le procédé préconisé par Bouché et Hustin pour la migraine et l'épilepsie. Une injection préparante sous-cutanée de 10 cc. met le malade en état de sensibilisation anaphylactique ; après l'apparition au 9e jour de l'érythème sérique.

On renouvelle tous les 8 ou 15 jours une injection sous-cutanée de un ou deux centimètres cubes qui provoque chaque fois une réaction locale pseudo-phlegmoneuse de quelques jours. Pendant toute la durée du traitement, le malade est à peu près à l'abri de tout retour offensif de la crise. C'est donc un traitement surtout prophylactique, assez pénible d'ailleurs.

Nous n'en avons par contre obtenu aucun résultat au cours même des crises, pendant lesquelles du reste les réactions sériques de réinoculation deviennent nulles ou remarquablement atténuées.

Il en est de même en général des injections intra-musculaires de peptone ou *de lait*. Répétées toutes les semaines les injections de lait peuvent être utilisées comme traitement prophylactique ; mais au cours des crises, de même que les *abcès de fixation* à la térébenthine, elles sont très rarement efficaces, ou bien ne provoquent en général qu'une sédation momentanée. La difficulté même de les répéter avec une certaine fréquence, en raison de leurs réactions fébriles et douloureuses, les rend de beaucoup inférieures, même à la période d'invasion, aux injections intra-veineuses.

***

Telles sont les principales médications auxquelles a donné naissance la conception des crises périodiques considérées comme syndrome de choc.

Aucune de ces thérapeutiques n'est — on le remarquera — véritablement pathogénique. Elles visent à supprimer le mécanisme physiologique de ces crises, c'est-à-dire à empêcher le production du choc, à l'occasion duquel semblent, en général, suivant notre conception, se produire les décharges et fixations toxiques. Elles ne traitent ni l'état humoral constitutionnel, cause initiale de la psychose périodique, ni le déséquilibre vago-sympathique qui favorise ses manifestations. Elles laissent par conséquent libre cours à tous les essais thérapeutiques tendant à modifier le terrain des malades ; mais il faut avouer que jusqu'ici ces divers essais, cures de désintoxication, ou traitements opothérapiques, ont été bien rarement suivis de succès.

En l'absence de médications véritablement pathogéniques, ces méthodes de traitement nous paraissent donc constituer un progrès considérable.

Le nombre s'accroît chaque jour de malades en observation depuis deux et trois ans dont les crises autrefois fréquentes ont été supprimées, espacées ou atténuées sous l'action des divers traitements prophylactiques.

D'autres sujets à crises plus rares bénéficient du traitement abortif. Il se forme actuellement autour de la clinique Ste-Anne toute une clientèle de malades qui ont subi déjà un ou plusieurs internements pour des crises mélancoliques, maniaques ou confusionnelles, et qui accourent à l'asile dès les premiers signes d'invasion d'une crise nouvelle.

Soumis immédiatement au traitement pendant un séjour de quelques semaines ou de quelques jours dans le service libre, ou souvent même traités simplement tous les jours à la consultation, ils font des crises atténuées et avortées, dont il est facile de comparer la bénignité avec la violence des crises antérieures. Ils parviennent ainsi sans réactions trop pénibles, et parfois même sans interrompre leur travail, jusqu'au terme de la crise.

On ne peut naturellement parler de guérison puisque les malades restent toujours sous la menace d'une rechute possible. Il est peut-être cependant possible de

l'espérer : à mesure en effet que se répètent les crises chez les malades livrés à eux-mêmes, il semble bien qu'elles deviennent plus intenses et plus rapprochées comme s'il se constituait une susceptibilité spéciale ; inversement on peut espérer que la suspension prolongée de ces crises ou leur atténuation progressive, peuvent aboutir dans certains cas à une sorte de désensibilisation, équivalant peut-être à une guérison véritable.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

D. SANTENOISE. — Recherches sur les variations de la formule leucocytaire dans quelques cas de manie et de mélancolie (Soc. de Psychiatrie, 20 octobre 1921.)

TINEL et SANTENOISE. — Réactions vago-sympathiques dans les accès maniaques et anxieux. (Soc. Psychiatrie, 19 janvier 1922.)

D. SANTENOISE. — Anaphylaxie et déséquilibre organo-végétatif dans la folie intermittente. (Thèse, Paris, février 1922.)

TINEL et SANTENOISE. — Anaphylaxie et vago-sympathique (*Journ. médical français*, mars 1922.)

TINEL et SANTENOISE. — Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie et d'épilepsie. (*Presse méd.*, 15 avril 1922.)

LOGRE et SANTENOISE. — Essais de traitement préventif des accès maniaques et anxieux. (Congrès des aliénistes et neurologistes, Quimper, août 1922.)

CLAUDE TINEL et SANTENOISE. — Etude comparée du R. solaire et du R. oculo-cardiaque.

SANTENOISE et TINEL. — Vago-sympathique et folie intermittente. (Soc. de Psychiatrie, 21 décembre 1922.)

SANTENOISE — Système nerveux végétatif et intoxications. (Réunion biologique neuro-psychiatrique, 9 janvier 1923.)

GARRELON, SANTENOISE, TINEL. — Vago-sympathique, anaphylaxie et intoxication. (*Presse méd.*, 7 avril 1923.)

SANTENOISE. — Psychose périodique et périodicité neuro-végétative. *Presse méd.*, 25 avril 1923.)

SANTENOISE et ABELY. — L'état neuro-végétatif chez les anxieux. (Soc. médico-psych., avril 1923.)

CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA. — Fugues, perversions instinctives, et psychose périodique. (Soc. clinique mentale, 16 juillet 1923.)

TINEL. — Le choc hémoclasique dans les crises anxieuses. (Soc. Psychiatrie, 18 déc. 1924.)

TINEL. — Traitement des crises anxieuses par les injections intra-veineuses de chlorure de calcium. (Soc. Psychiatrie, 19 février 1925.)

L'influence de Charcot sur Freud

Par **H. CODET et R. LAFORGUE.**

S'il ne nous appartient pas ici d'étudier dans son ensemble l'œuvre de Charcot et d'apprécier ce qu'il en subsiste d'intangible, nous voulons seulement indiquer la part notable qui lui revient dans un ordre de recherches déterminé. En effet, en ce moment où les doctrines et les méthodes psychanalytiques sont de plus en plus connues, discutées et étudiées en Franee, il n'est pas sans intérêt de se rappeler que S. Freud travailla en 1885 et 1886 à la Salpêtrière. Lui-même il se plaît à en évoquer le souvenir et à insister sur l'influence qu'a eue le « Maître Charcot » dans l'orientation de ses recherches personnelles. Naguère (1), il affirmait l'impression profonde que lui avaient laissée, entre autres, ces deux enseignements : « on ne doit jamais se lasser de considérer toujours à nouveau les mêmes phénomènes (ou d'en subir les effets) et l'on ne doit pas se soucier de la contradiction même la plus générale quand on a travaillé d'une façon sincère, »

Il n'est pas contestable que Charcot joua un rôle capital dans la formation méthodique de générations médicales. Mais encore était-il intéressant de chercher à préciser la part de son influence dans la genèse de la psychanalyse elle-même et de connaître, sur ce point, l'opinion de son créateur. Interrogé à ce sujet, M. le professeur Freud nous a fort aimablement répondu que son jugement n'avait point varié depuis l'époque de la mort de Charcot, jugement qu'il avait alors publié dans un article (1).

Il rappelle d'abord l'influence personnelle considérable que le Maître avait acquise sur son entourage, grâce à sa puissante personnalité. Il l'attribue, principalement, « au rayonnement de son être, à son aimable franchise, à la bonté avec laquelle il était à la disposition de ses élèves et à l'amitié qu'il leur a témoignée pendant toute sa vie. Le temps qu'il passait dans son service était caractérisé par une collaboration affectueuse avec ses élèves ; il ne refusait son conseil à personne. »

Abordant ensuite le côté du problème qui nous intéresse plus spécialement ici, Freud parle de l'action de Charcot dans l'étude de l'hystérie. Il est certain que, depuis l'époque où les manifestations hystériques avaient cessé d'être considérées comme d'origine surnaturelle, l'attention médicale était plutôt sévère pour elles. On ne reconnaissait aucune incapacité pathologique à l'hystérique, on n'accordait aucun crédit à ses allégations. « Grâce à l'influence de Charcot, on en vint à des conceptions plus scientifiques. Le médecin chercha à faire abstraction du sourire ironique qu'il avait pour l'hystérique. Celle-ci n'était plus considérée comme obligatoirement simulatrice, depuis que Charcot garantissait, avec toute son autorité, la réalité et l'objectivité des phénomènes hystériques ». Certes, l'étude dogmatique qu'il en a laissée fut sujette à revision. Il n'en reste pas moins qu'il a envisagé l'hystérie comme un chapitre particulier de la neuropathologie. C'est par sa méthode elle-même que ses élèves et continuateurs ont pu réviser une part de son œuvre propre.

Cherchant à la délimiter, à en préciser les formes, Charcot s'est appliqué également à établir la nature même de l'hystérie, et il fut, d'après Freud, le premier à fournir une explication générale des phénomènes hystériques. Il eut « l'idée géniale de reproduire ces symptômes d'une façon expérimentale chez les malades, en les mettant, par l'hypnose, en état de somnambulisme. Il trouva ainsi que les paralysies sont le résultat de représentations qui dominent l'esprit de malades, se trouvant dans une disposition spéciale ». Pour la première fois, il y avait une interprétation pathogénique des manifestations hystériques. La description et l'interprétation des faits ont pu être reprises, soumises à la critique, mais une voie importante était ouverte aux recherches. Freud le rappelle, non sans modestie : « C'est grâce à ces conceptions que Pierre Janet, Bleuer et d'autres ont pu esquisser une théorie des névroses susceptible de satisfaire l'esprit scientifique ».

Quant à la cause de l'hystérie et de ses accidents, Charcot la plaçait dans un état héréditaire, les circonstances ne jouant qu'un rôle accessoire d'agents provocateurs. Néanmoins, dans son enseignement oral, il ne manquait pas d'affirmer que, pour les cas de cet ordre, il faut toujours chercher une explication dans la sexualité ; et Freud rappelait ce principe dans une étude ultérieure sur les obsessions. Mais, il a poussé plus loin que son maître l'investigation pathogénique, cherchant à préciser l'im-

(1) Le Disque vert. 2e année. 3e série. 1924. Paris-Bruxelles.

(1) S. FREUD. — Charcot, In *Wiener medizine Wochenscrift*, 1893.

portance des circonstances extérieures et de leur répercussion affective. Aussi écrivait-il : « Quand on observe chez un être humain tous les signes d'un état affectif douloureux, se manifestant par des larmes, des cris, de la colère, on est en droit de supposer l'existence chez lui d'un processus psychique s'extériorisant par des phénomènes physiques. Un homme sain, dans cette situation, serait capable de dire quel conflit le torture ; l'hystérique répondrait qu'il ne comprend rien à sa douleur. Le problème est donc de savoir comment il se trouve engagé dans un conflit qu'il ignore et dont il souffre sans savoir pourquoi. En l'observant consciencieusement, en étudiant sa vie, on trouve dans son comportement inconscient l'origine d'un conflit qui, précisément, se manifeste d'une façon analogue au symptôme observé. On en arrive à admettre qu'il se trouve dans un état d'esprit spécial qui ne lui permet pas d'établir à un moment précis toutes les relations entre la cause et les effets d'un conflit moral ».

Partant de cette notion, il était intéressant de comparer les diverses attitudes psychologiques observées dans une telle situation, avec celles de la veille ou du sommeil, lorsqu'un sujet est capable d'extérioriser une quantité de sentiments, sans en prendre conscience. Ainsi devenait possible la théorie de la dissociation de la personnalité pour expliquer les manifestations que nous observons dans l'hystérie.

Certes, Freud reconnaît bien, tout le premier, que ses théories propres sont sujettes à transformation et à évolution. Mais il se plaît à rappeler que son maître Charcot, dont le portrait domine son cabinet de travail, lui a enseigné que les théories, si précieuses soient-elles, « n'empêchent pas les faits d'exister ». En tout cas, on peut reprendre ce qu'il écrivait en 1893 : « Quoique le progrès de la science doive transformer beaucoup de ce que nous lui devons, il n'est pas douteux que la gloire de Charcot sera toujours au-dessus du changement des opinions et du temps ».

Que devient le lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien ?

Par le Dr Jacques FORESTIER
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Médecin consultant à Aix-les-Bains.

Au mois de mars 1922, nous faisions connaître, avec notre maître J.-A. Sicard, une nouvelle méthode de diagnostic radiologique et de localisation des compressions intra-rachidiennes par l'usage de l'huile iodée injectée dans le liquide céphalo rachidien. Cette huile végétale, contenant 40 % d'iode, et par conséquent très opaque aux rayons X, peut être injectée à la dose de 1 à 2 centimètres cubes, soit par ponction lombaire, soit par ponction occipito-atloïdienne. Quel que soit le point de l'injection, elle suit l'action de la pesanteur et, si le sujet s'est tenu vertical, parcourt la cavité sous-arachnoïdienne pour aller s'amasser dans le cul-de-sac lombo sacré où elle apparaît sous une forme de bille opaque, parfois fragmentée en partie, et entourée de petites satellites.

Si l'injection a été faite au-dessus du point où la cavité sous-arachnoïdienne se trouvait pathologiquement modifiée, l'huile opaque vient s'arrêter dans sa chute au contact du bord supérieur de la cause compressive.

Tel est le principe de la méthode d'exploration par le lipiodol sous-arachnoïdien qui a fait l'objet en 1924 d'une belle thèse de notre collègue et ami Laplane (1).

Dès nos premiers travaux nous n'avons pas été sans nous demander quel serait le sort ultérieur de l'huile iodée ainsi introduite dans une cavité close dont nous ne connaissions pas le pouvoir absorbant. Il semble bien que, dans certains cas particuliers, la crainte de voir survenir des accidents d'enkystement, de réactions pseudo-tumorales ou même de méningite enkystée, ait entravé l'ardeur des expérimentateurs.

Il s'agit de savoir :

1° Si le lipiodol introduit par voie sous-arachnoïdienne est absorbé rapidement ?

2° S'il l'est lentement, quelle est son évolution ultérieure ?

Sur le premier point : aucun doute n'est maintenant possible : pas plus que dans la plupart des tissus de l'organisme, le lipiodol n'est absorbé rapidement dans la cavité sous-arachnoïdienne : il faut des mois et même des années pour que le lipiodol disparaisse totalement.

Mais ce fait est-il de nature à contre-indiquer l'emploi de la méthode ? Autrement dit, le lipiodol persistant dans le canal rachidien, est-il susceptible de persister indéfiniment, et peut-il engendrer des accidents bénins ou graves ?

Telle est la question que nous avons à résoudre (2).

A cet effet une étude chimique du produit s'impose ; elle doit être complétée par l'examen clinique des sujets injectés, l'examen anatomique et histologique des pièces chirurgicales ou nécropsiques, enfin par une étude radiographique.

1° Etude chimique du lipiodol.

Le lipiodol est une *huile végétale*, huile d'œillette, corps gras à chaîne ouverte, qui offre la propriété de fixer une certaine quantité d'iode métalloïdique en l'incorporant à sa molécule. Il s'agit donc là, non d'une solution, ce qui laisserait à l'iode tous ses caractères de causticité et d'irritation, mais d'une *combinaison chimique* avec un métalloïde, qui perd son individualité à tel point que les réactions chimiques habituelles sont incapables de le mettre en évidence. Ceci nous explique deux faits :

1° Etant une huile végétale, le lipiodol n'a pas de tendance à donner de kyste, de tumeur par corps étranger, comme en déterminent l'huile de vaseline et la paraffine qui sont des carbures d'hydrogène, produits minéraux. Il n'y a donc aucune raison pour que cette huile ne soit pas absorbée comme les autres huiles végétales.

2° L'état de combinaison de l'iode dans le produit explique que celui-ci est aussi bien toléré en quelque point que ce soit de l'organisme qu'une huile végétale qui en est totalement dépourvue.

En effet, l'assimilation des substances grasses dans l'organisme est réglée par un phénomène qui a été décrit sous le nom de lipodiérèse par Roger et Binet (3). Tous les tissus possèdent la propriété de détruire les molécules grasses en les dissociant en leurs éléments fondamentaux mais il y a des différences d'activité suivant les tissus.

Lorsque ce phénomène s'effectue aux dépens du lipiodol,

(1) Louis LAPLANE. — Le radio-diagnostic des affections intra-rachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien. Thèse Paris 1924, chez Amédée Legrand.

(2) SICARD et FORESTIER. — Modalités de résorption du lipiodol épidural et sous-arachnoïdien. Société de Neurologie, 5 février 1925.

(3) ROGER et BINET. — La lipodiérèse pulmonaire. *Presse médicale*, 1er avril 1923.

il aboutit à la mise en liberté de l'iode, qui est éliminé par les émonctoires, et en particulier dans les urines. Aussi le dosage de l'iode urinaire est-il un facteur précieux pour préciser la résorption du lipiodol introduit dans l'organisme.

2° Etude de l'élimination urinaire.

Avec J.-A Sicard et R. Fabre (1), nous avons étudié systématiquement l'élimination urinaire de l'iode sur des sujets qui avaient reçu la même quantité de lipiodol dans les muscles, dans la trachée, dans les veines et dans le liquide céphalo-rachidien.

Si l'on opère sur la totalité des urines pendant 24 heures et si on emploie des méthodes de dosages sensibles (technique de Bernier-Piéron modifiée par Fabre), on peut déceler l'iode urinaire au 10e de milligramme quotidien.

L'étude de la courbe d'élimination pendant les dix jours qui suivent l'injection montre que celle-ci passe par un maximum quel que soit le mode d'injection vers le 3e ou le 5e jour ; ensuite la courbe tend à devenir horizontale, ou du moins s'abaisse très progressivement (figure 1.)

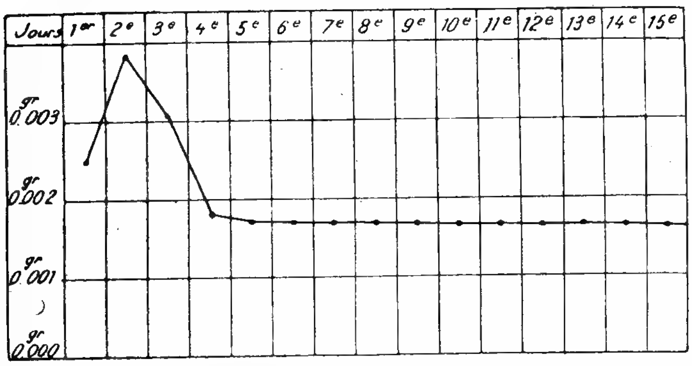


FIGURE I. — Graphique de l'élimination de l'iode par les urines après injection sous-arachnoïdienne de 2 cc. d'huile iodée (1 gr. 08 d'iode). (SICARD, FABRE et FORESTIER).

Alors que l'urine d'un sujet normal ne contient pas d'iode, l'élimination urinaire pour 2 cc. de lipiodol sous-arachnoïdien (1.08 gr. d'iode) est d'environ 2 à 3 milligrammes ; pendant les 8 ou 10 premiers jours, 0.95 % environ de l'iode injecté a été éliminé. Lorsqu'il s'agit d'une injection intra-musculaire à la même dose, le taux quotidien peut être de 7 milligrammes à 1 centigramme au début, et la quantité totale des 10 premiers jours, de 3 à 5 % de la dose d'iode injectée.

Par voie intra-veineuse ou intra-trachéale, l'élimination est beaucoup plus importante, mais ce qui est intéressant à ajouter c'est que, tant qu'il persiste une ombre de lipiodol visible à la radiographie, le dosage de l'iode urinaire montre qu'il existe une élimination très minime mais appréciable d'iode. Un an ou deux ans après l'injection, le dosage chimique que nous avons pratiqué et qui a été pratiqué par Laplane montre une élimination d'un demi-milligramme environ par 24 heures ; le taux a donc diminué de moitié par rapport à celui du 30e jour. Si on fait un calcul très simple, on se rend compte qu'à ce taux l'élimination pendant une année représente à peine le dixième de la masse totale de lipiodol injecté.

Ce contrôle démontre deux faits :

1° Que l'élimination est lente ;

2° Qu'elle est continue, c'est-à-dire qu'il n'y a pas d'enkystement du lipiodol.

(1) SICARD, R. FABRE et J. FORESTIER. — La lipodiérèse chez l'homme. Soc. de Biologie, 3 mars 1923.

3° Etude clinique.

Avant d'être utilisé par voie sous-arachnoïdienne, le lipiodol avait été injecté dans les muscles, le tissu cellulaire sous-cutané, les bronches, etc. Si on a soin d'employer un produit pur, ayant gardé sa limpidité, sa transparence et sa couleur ambrée claire, en un mot un produit non altéré, jamais on n'observera d'accidents consécutifs. Pour de très grosses doses, qui ne sont pas des doses radiographiques, parfois un endolorissement passager et léger, mais il n'y a jamais d'induration persistante, jamais d'abcès, jamais de tumeur par réaction cellulaire, comme on en observe avec les huiles minérales.

2 cc. de lipiodol injectés dans le liquide céphalo-rachidien d'un sujet normal provoquent souvent une petite réaction qui débute vers la 6e heure : un peu de céphalée, une sensation de raideur rachidienne, quelquefois des douleurs dans les membres inférieurs, des « impatiences » ; beaucoup plus rarement ces phénomènes vont jusqu'à une rétention passagère d'urine. Dans la généralité des cas, un peu d'élévation thermique : 37°8, 38° pendant 24 heures. Puis tout se calme. Cette réaction est celle que manifeste le liquide céphalo-rachidien à toute introduction de substance étrangère quelle qu'elle soit.

A la ponction lombaire faite le lendemain, on note un peu d'augmentation de la tension du liquide, qui est, en général, clair, très rarement légèrement opalescent, présentant une petite hyperalbuminose, et surtout une grosse réaction cellulaire à polynucléaires non altérés qui ne dure guère plus de 48 heures.

Chez les sujets qui présentent une altération du système nerveux, les uns tolèrent remarquablement le lipiodol : tels sont les paralytiques généraux qui supportent l'injection sans aucune réaction. Chez d'autres, atteints de compression médullaire extra-durale, mal de Pott, néoplasme vertébral, les réactions sont à peu près les mêmes que chez les sujets normaux.

Dans les processus méningés, ce sont les réactions vives qui sont habituellement observées. Chez le tabétique, il peut y avoir passagèrement un réveil des douleurs fulgurantes, si le sujet a un tabès évolutif. Dans les arachnoïdites, on observe parfois de petites crises douloureuses à irradiation localisée.

En général, vers le 2e ou 3e jour, le lipiodol ne donne aucun signe clinique, bien que, étant mobile dans le liquide céphalo-rachidien, subissant les influences de la pesanteur pour s'amasser dans les parties déclives, il puisse se déplacer tout le long du rachis si le sujet prend des positions spéciales de Trendelenbourg ou genu-pectorale.

Si l'on examine à étapes éloignées : deux mois, trois mois, deux ans et plus, les sujets qui ont reçu du lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien, on peut dire qu'ils ne s'aperçoivent nullement de sa présence. C'est ainsi que nous avons eu l'occasion de revoir dernièrement des malades atteints de lumbago chronique, de lombarthrie, de tabès, de mal de Pott consolidé, qui ont reçu il y a 36 ou 39 mois, 2 cc. de lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien.

Chez aucun d'eux il n'a été possible de déceler de trouble neurologique imputable à la présence du reliquat de lipiodol encore visible radiologiquement.

4° Etude anatomique et histologique.

Pour constater les réactions de l'organisme vis-à-vis du lipiodol injecté dans la cavité sous-arachnoïdienne

nous avons, ainsi que notre collègue Laplane, pratiqué des examens dans deux ordres de circonstances :

1° Au cours des opérations pratiquées pour compression intra-rachidienne ;

2° Dans les autopsies. Ces dernières ont été pratiquées soit chez des sujets indemnes de toute lésion intra-durale et qui avaient reçu du lipiodol, soit chez des sujets atteints d'affections méningées.

Sauf les cas de méningite chronique (tabès) où il semble que la réaction d'absorption du lipiodol soit un peu rapide, les résultats sont absolument les mêmes dans les deux cas.

De 10 *à* 15 *jours* après l'injection, on trouve le lipiodol en gouttelettes, à surface rugueuse, mais libres à l'intérieur du liquide céphalo-rachidien ; peut-être est-il possible de trouver parfois à leur voisinage un léger voile d'arachnoïdite.

Au bout d'*un mois* 1/2 *à deux mois*, on trouve le lipiodol *fixé physiologiquement*, comme dit Laplane, par une lame extrêmement mince, qui l'entoure en tous les points où les gouttes n'adhèrent pas à l'arachnoïde. L'examen histologique de ce voile ne nous montre aucune organisation cellulaire.

Au cours d'une opération pour enlever une tumeur qui a été repérée par le lipiodol, la présence de ce lipiodol n'entraîne aucune adhérence particulière ni d'hémorragie consécutive.

Environ 10 *mois à un an* après l'injection, le lipiodol est alors *fixé anatomiquement* : telle est du moins la constatation faite par notre collègue Laplane et rapportée dans sa thèse. Il est alors emprisonné dans des tissus organisés qui forment une gangue aux gouttelettes de lipiodol et qui, à première vue — mais seulement en apparence — sont d'aspect kystique. En effet la cavité remplie de substance huileuse montre à la coupe histologique une organisation très spéciale : lame discontinue plasmodiale parsemée de noyaux, réaction macrophagique ; à la périphérie, discrète infiltration inflammatoire à type lymphoïde. En résumé résorption macrophagique, lente, du lipiodol enkysté.

Cet examen histologique démontre que le lipiodol fixé est lentement résorbé et d'une façon continue. Dans quelques cas, comme le prouve la radiographie, le lipiodol gardant sa mobilité est sans doute plus lentement résorbé puisqu'il échappe en partie aux ferments cellulaires. Dans tous les cas, il faut s'en tenir à ces données, qui montrent sans conteste la remarquable tolérance de la cavité sous-arachnoïdienne à l'égard du lipiodol.

5° Etude radiographique.

Nous avons signalé l'aspect que prenait le lipiodol dans la cavité sous-arachnoïdienne normale, sa chute à travers l'espace sous-arachnoïdien, son aspect dans le fond du cul-de-sac et sa mobilité suivant les positions prises par le malade. Quels sont les résultats fournis par l'examen radiographique en série chez un sujet ?

Chez les *normaux*, du point de vue méningé, il semble bien, pendant longtemps, que la résorption soit nulle, mais c'est une apparence due à la faiblesse de l'élimination, car les clichés pris à un an de distance montrent des différences fort appréciables. Ces différences sont évidemment moins appréciables que pour les injections intra-musculaires ou épidurales (fig. 2 et 2 *bis*). On trouve alors des taches à contours plus irréguliers, une fragmentation des gouttes, qui indique que le lipiodol a perdu sa mobilité dans le liquide céphalo-rachidien et a été anatomiquement fixé.

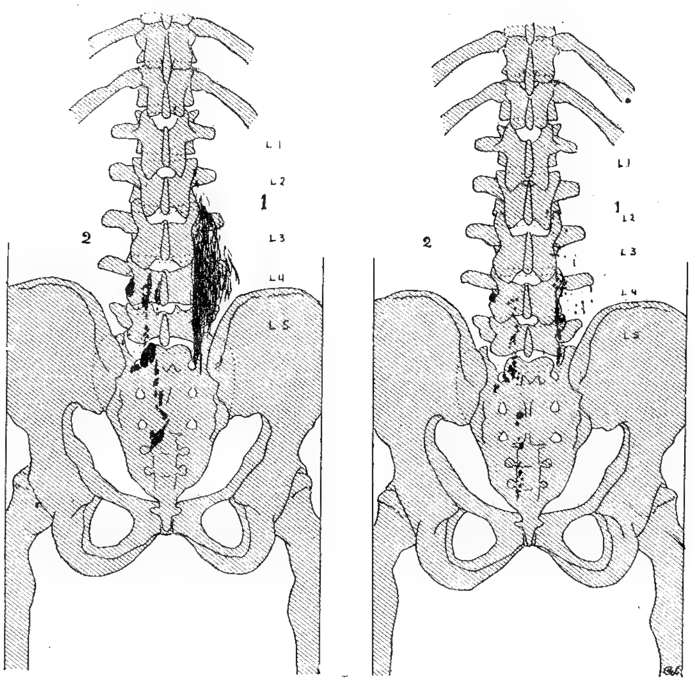


FIGURE II. — *Sujet normal.* — En 1. Injection *intramusculaire* lombaire de 4 cc. de lipiodol. En 2. Injection *épidurale* lombaire de 2 cc. de lipiodol. Schéma radiographique (cliché Contremoulins). (SICARD et FORESTIER).

FIGURE II *bis.* — *Le même sujet. Trente-neuf mois après.* — Il ne reste plus que des traces de lipiodol. Tolérance parfaite. (SICARD et FORESTIER).

Dans le *mal de Pott* (fig. 3 et 3 *bis*), laissant la cavité sous-arachoïdienne libre, la résorption est à peu près du

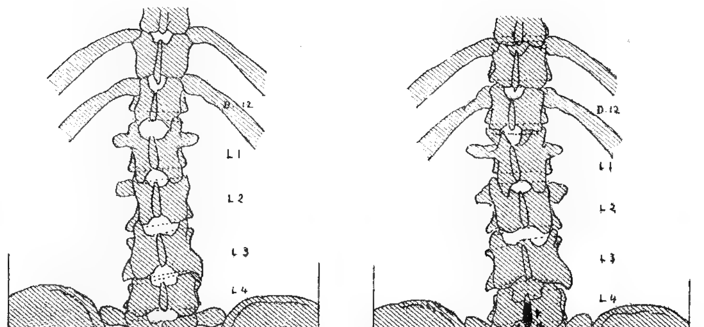


FIGURE III. — *Mal de Pott lombaire.* — Injection *sous-arachnoïdienne* lombaire de 2 cc. de lipiodol. Cavité normale, lipiodol en gouttes dans le cul-de-sac lombo-sacré, mobilité dans la cavité. (SICARD et FORESTIER).

FIGURE III *bis.* — *Même malade. Trente-huit mois après.* — Résorption partielle du lipiodol et fixation du reliquat dans le cul-de-sac lombo-sacré, perte de la mobilité. Tolérance parfaite. (SICARD et FORESTIER).

même ordre que celle des sujets normaux. Nous n'avons pas eu l'occasion de suivre assez longtemps des sujets où le lipiodol s'était arrêté à la hauteur d'une plaque de pachyméningite pottique, il ne semble pas cependant que les résultats doivent être très différents.

Au cours du *tabès* (fig. 4 et 4 *bis*), lorsque celui-ci est en période évolutive, la résorption paraît un peu plus rapide. Dans un cas avec ostéo-arthropathie vertébrale lombaire, nous avons vu le lipiodol très notablement résorbé en l'espace de 34 mois.

Dans les cas de tumeur compressive intra ou extra-durale, les malades ayant été opérés et le lipiodol ayant été enlevé au cours de l'opération, le problème de la résorption ne s'est pas posé. Ajoutons toutefois qu'après opération, nous n'avons pas craint avec notre maître

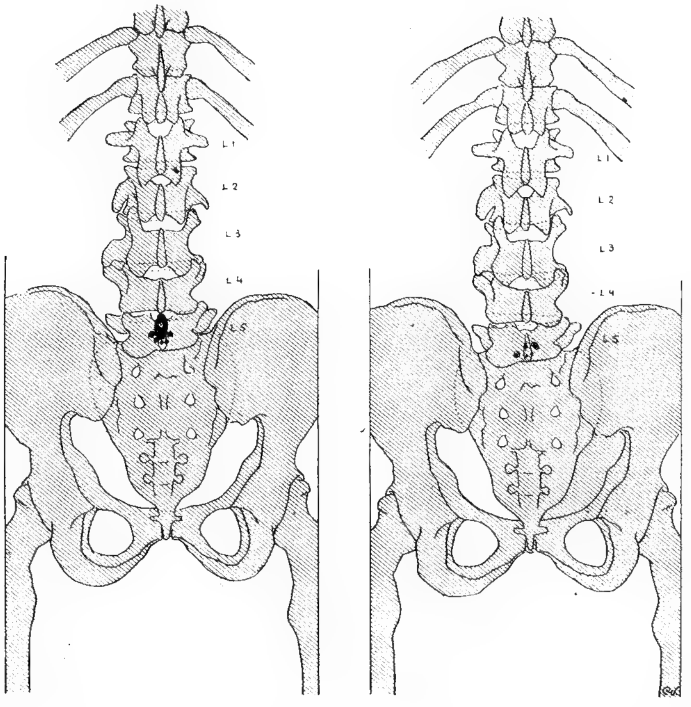


FIGURE IV. — *Tabes avec ostéoarthropathie vertébrale lombaire.* — Injection *sous-arachnoïdienne* dorso-lombaire de 2 cc. de lipiodol. Aspect en gouttelettes dans le cul-de-sac lombo-sacré. (SICARD et FORESTIER).
FIGURE IV *bis.* — *Même malade. Trente-quatre mois après.* — Résorption importante du lipiodol. Il ne reste que quelques gouttelettes. Tolérance parfaite. (SICARD et FORESTIER).

J.-A. Sicard, d'injecter à nouveau du lipiodol sous-arachnoïdien, afin de vérifier la perméabilité de la cavité, sûrs que nous étions de ne causer aucun symptôme défavorable. Une bonne dizaine de malades opérés par M. Robineau à l'hôpital Necker sont actuellement parfaitement guéris après extraction de tumeur intra-durale et gardent dans leur cul-de-sac lombo-sacré une petite masse de lipiodol qui ne donne aucun symptôme.

Lipiodol ascendant. — Il y a quelques mois, MM. Sicard et Binet (1) proposaient d'utiliser pour l'exploration sous-arachnoïdienne du lipiodol dilué dans l'huile d'olive tel que la dose de l'iode soit abaissée à 11 % et que le mélange tendît à surnager dans le liquide céphalo-rachidien au lieu de plonger comme le lipiodol pur. Ce produit peut être injecté par ponction lombaire et permet de repérer les compressions lombaires supérieures, dorsales et cervicales sans avoir recours à l'injection occipito-atloïdienne que nous avons introduite en France avec J.-A. Sicard (1) et qui est encore d'une pratique trop peu étendue.

En l'absence de compression, le lipiodol ascendant traversant les trous de Luschka, de Magendie et de Monro, pénètre dans les ventricules latéraux où il s'amasse en larges gouttes. L'expérience est trop récente pour juger de sa tolérance dans les ventricules ; jusqu'ici rien ne fait supposer qu'il soit mal toléré ; la faible teneur en iode en facilitera vraisemblablement son absorption.

Conclusions

De l'ensemble des faits que nous venons de passer en revue il résulte que jamais l'injection de lipiodol dans l'espace sous-arachnoïdien n'a donné lieu à des accidents mortels. S'il a pu être observé des accidents graves à la suite de telles injections, ils sont dus à la ponction elle-même et à ses conséquences et non à l'injection du produit.

Les incidents légers que nous avons signalés dans les premiers jours qui suivent l'injection de lipiodol ne durent que peu de temps et s'amendent complètement.

Pour ce qui est de l'avenir du lipiodol dans le liquide céphalo-rachidien, il ne saurait être question de parler d'un corps étranger persistant, puisque toutes les recherches que nous avons pratiquées montrent, au contraire, que, si le lipiodol met un temps très long à se résorber, il se résorbe du moins d'une façon continue, entraînant histologiquement une réaction macrophagique tout à fait normale, puisqu'il n'y a jamais été constaté les cellules géantes si fréquentes autour des gouttes d'huile de vaseline ou les masses de paraffine.

On peut donc dire que l'exploration sous-arachnoïdienne par le lipiodol est tout à fait anodine et on comprend mal la répulsion qu'éprouvent à l'employer certains auteurs qui ont utilisé les injections intra-rachidiennes ou intra-ventriculaires d'air dont la gravité opératoire est certainement très appréciable. En raison de sa haute valeur diagnostique pour le repérage des compressions intra-rachidiennes bien avant la période des troubles sensitifs ou paraplégiques, cette méthode semble être tout à fait recommandée à tous les neurologistes.

Elle ne sera pas utilisée d'une façon systématique, mais seulement au cours des syndromes de compression, pour lesquels on a à éclairer le diagnostic ou à préciser la localisation. C'est donc dans les cas de douleurs radiculaires persistantes, de troubles moteurs spasmodiques que l'on devra, selon nous, avant de tenter cette exploration, pratiquer la ponction lombaire.

Si l'on ne retrouve pas une augmentation nette de l'albumine, 60 à 80 cgr. au moins, avec absence de réaction cellulaire (dissociation albumino-cytologique de Sicard et Foix) il y a bien des chances que l'épreuve soit inutile et que le transit du lipiodol sous-arachnoïdien soit normal. Au contraire si l'on trouve ce syndrome et à plus forte raison un liquide xantho-chromique, l'exploration par le lipiodol est indiquée. Elle pourra, dans quelques cas, se compléter de l'exploration épidurale par le lipiodol.

Ce qu'il faut bien retenir, c'est que *la ponction lombaire avec prélèvement de liquide, ne devra jamais précéder immédiatement l'injection sous-arachnoïdiennes de lipiodol.*

(1) J.-A. SICARD et BINET, — Société médicale des hôpitaux, janvier 1925.

(1) SICARD et FORESTIER. — Exploration radiologique par l'huile iodée. *Presse médicale*, 2 juin 1923.

En effet l'affaissement du sac dural qui suit l'écoulement du liquide céphalo-rachidien par le pertuis de l'aiguille, peut troubler complètement le transit sous-arachnoïdien. On devra faire la ponction lombaire d'abord et en cas d'indication à l'exploration au lipiodol, attendre au moins 10 jours avant de pratiquer cette injection.

La Maladie osseuse fibro-kystique de Recklinghausen

Par MM.

André LÉRI et **Ch. RUPPE**,

Professeur agrégé à la Faculté, médecin de la Charité. — ancien interne des hôpitaux.

Von Recklinghausen a décrit en 1891 une ostéopathie chronique qu'il a désignée sous le nom d'« ostéite fibreuse déformante généralisée avec formations kystiques ». Cette affection frappe en général les adolescents : elle détermine la production de tumeurs et surtout de kystes dans les os et entraîne souvent des fractures spontanées ; elle occupe un territoire osseux plus ou moins étendu, se localisant de préférence sur la métaphyse des os longs.

Anatomiquement, elle se traduirait par :

1° Des lésions d'« ostéite fibreuse », c'est-à-dire que l'os ancien, préalablement détruit ou non, est remplacé par un tissu ostéoïde, très incomplètement calcifié et par une moelle dégénérée, devenue fibreuse ; c'est une véritable cirrhose de l'os ;

2° Des fontes tissulaires aboutissant à des cavités pseudo-kystiques, souvent volumineuses et multiples ;

3° Des productions tumorales, brunâtres, à cellules géantes.

Cette affection passe pour fort rare. Elle a fait cependant l'objet de travaux importants à l'étranger. En France, elle est à peu près inconnue, peut-être parce que, ni douloureuse ni gênante à l'ordinaire, elle passe souvent inaperçue du malade, sans doute aussi parce que l'attention médicale n'est pas suffisamment attirée sur elle pour qu'on la recherche de parti pris. Mais elle n'est peut-être rare qu'en apparence, car, après en avoir trouvé un très bel exemple en 1923, avec M. Faure-Beaulieu (1), il nous a été donné d'en découvrir ensuite deux nouveaux cas en quelques mois ; et, depuis que nous avons appelé l'attention sur cette affection, plusieurs autres observations en ont été rapportées par Proust, par Sicard, etc., et plusieurs de nos collègues nous ont dit en avoir observé des cas.

Voici, pour servir d'exemples, le résumé de nos trois observations personnelles :

1er *Cas* (1). — Homme de 60 ans, très petit, 1 m. 47. L'affection est limitée à la tête, au tronc et aux membres supérieurs ; les membres inférieurs sont indemnes.

Tête énorme (64 cent. de circonférence). Crâne couvert de larges saillies osseuses, lisses, de « bosses » surélevées de plus d'un centimètre (fig. 1). Saillie de l'os malaire. Grosse saillie de l'angle droit du maxillaire inférieur, contenant une vaste cavité osseuse largement ouverte dans la bouche par un orifice de deux centim. de diamètre. Grosse saillie intra-buccale de la voûte palatine.

Le bras droit a été fracturé 4 fois à sa partie moyenne, à 6 ans en tombant sur le coude à 35 ans, en tombant d'un arbre et un peu après en sortant du plâtre, à 40 ans après un choc violent par la flèche d'un camion. La mâchoire a été fracturée à 13 ans après chute d'un arbre.

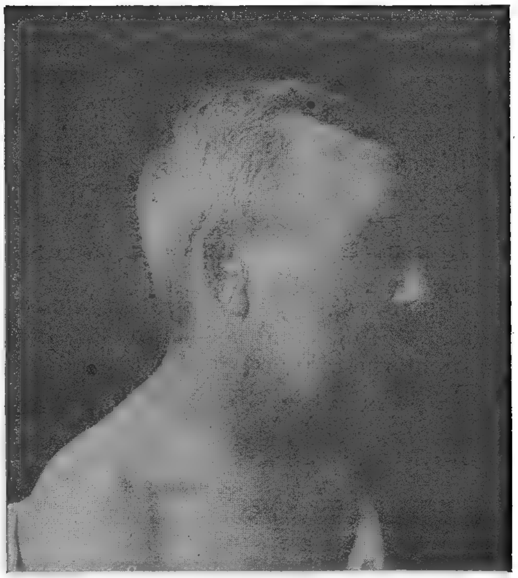


Fig. 1. — *Maladie osseuse de Recklinghausen.* — Très gros crâne, bourrelé de mamelons arrondis. Grosse saillie de l'os malaire. Grosse saillie de l'angle du maxillaire inférieur, formée par un gros kyste osseux ouvert dans la bouche.

La *radiographie* montre que les os du crâne sont considérablement épaissis et entièrement formés de tissu spongieux, irrégulièrement moucheté ; les tumeurs sont les unes pleines, les autres creusées de cavités pseudo-kystiques à contours irréguliers (fig. 2). L'humérus droit se montre creusé presque en



Fig. 2. — *Radiographie de la tête.* — Crâne très épais, entièrement moucheté, disparition des tables interne et externe ; par places plages claires blanches de cavités pseudo-kystiques. Même aspect de la face. Large kyste occupant une grande partie de la moitié gauche du maxillaire [in]férieur.

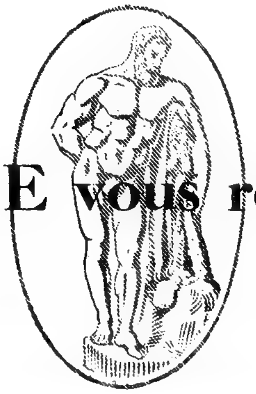




FIG. 3. — *Humérus droit* élargi et creusé dans ses deux tiers supérieurs de larges géodes juxtaposées ; autres géodes à son extrémité inférieure. Formations kystiques sur plusieurs *côtes*.

totalité de géodes juxtaposées(3). L'humérus gauche, qui n'a pas été fracturé, est creusé d'une énorme formation kystique qui en occupe les trois quarts supérieurs. Il y a également des formations kystiques, cliniquement insoupçonnées, dans les deux tiers internes de la clavicule droite, dans les 3e, 8e, 9e et 10e côtes, dans les 1er et 4e métacarpiens et la 1re phalange du pouce à gauche (fig. 4), dans les 1er et 2e métacarpiens et les deux premières phalanges de l'index à droite.

Il n'y a jamais eu de douleurs spontanées, la pression des os ne provoque aucune douleur. Aucun trouble de la sensibilité objective, de la motilité, de la réflectivité, de la trophicité.

2e *Cas* (2). — Homme de 30 ans. Petit, 1 m. 59. Affection généralisée à la presque totalité du squelette.

Tête énorme (64 centim.), mais régulière. Tumeurs multiples des deux mâchoires, saillantes sous la muqueuse gingivale, de formation récente.

Cou long et effilé. Thorax étroit et élancé, aplati latéralement. Epaules projetées en avant, séparées par un sillon des clavicules qui font saillie *dans le dos* ; omoplates bordant le thorax *dans un plan sagittal*.

Radius gauche incurvé. Mains courtes et épaisses, phalangettes très écourtées, étalées, hyperétendues, ongles tout en largeur.

Genu valgum très prononcé à droite, datant de 18 ans ; à gauche genu valgum analogue, survenu à 13 ans et actuellement guéri par ostéotomie. Pieds analogues aux mains, avec toutes petites phalangettes et ongles courts et larges.

La *radiographie* montre : 1° crâne considérablement épaissi, entièrement spongieux, sans tables externe ou interne, décalcifié par places ; 2° tumeurs des maxillaires formées de tissu irrégulièrement spongieux, moucheté, en partie creusées de géodes à contour flou ; 3° têtes humérales complètement affaissées et écrasées, sans doute à la suite de formations kystiques ; cette disparition des têtes humérales explique l'aspect spécial du cou et du thorax et la situation respective de l'humérus, de la clavicule et de l'omoplate ; 4° cavités kystiques dans l'extrémité inférieure des humérus et des radius ; 5° kystes multiloculaires occupant la plus grande partie des os iliaques et de l'extrémité supérieure des fémurs ; 6° incurvation globale des fémurs et des tibias ; 7° tumeurs compactes et irrégulières faisant saillie dans la cavité médullaire de la plupart des os longs, humérus, radius, fémurs, tibias ; 8° disparition des lunules osseuses de l'extrémité des phalangettes des doigts et des orteils, qui sont comme rongées, « grignotées » par des formations kystiques.

Aucun trouble de la motilité, de la sensibilité objective ou de la réflectivité. Aucune douleur, sauf il y a 3 ans douleurs le long des membres, accompagnées d'une réaction de Wassermann positive et guéries en 15 jours par un traitement spécifique au sulfarsénol.

Diminution des tumeurs des maxillaires, apparues depuis peu d'années, par un nouveau traitement au sulfarsénol.

3e *Cas* (3). — Jeune fille de 19 ans 1/2. Affection localisée au crâne.

Tumeur osseuse au niveau et au-dessus de l'orbite gauche, survenue à l'âge de 18 ans.

Depuis 6 mois, céphalées surtout hémicraniennes droites, accompagnées de quelques troubles de l'ouïe et de troubles de la vue passagers, sans aucune stase ni décoloration papillaire à l'ophtalmoscope, sans modification du liquide céphalo-rachidien, avec Wassermann négatif.

Aucun trouble de motilité, de sensibilité, de réflectivité ou de trophicité.

La *radiographie* montre que la tumeur sus-orbitaire est formée de tissu spongieux. Elle révèle en outre *deux kystes* bien limités et arrondis de la voûte du crâne et de nombreuses vacuoles irrégulières.

Un traitement spécifique par le bismuth semble faire régresser lentement la tumeur osseuse sus-orbitaire et a fait disparaître les céphalées et les troubles de la vue.



FIG. 4. — *Main gauche* montrant des tumeurs en partie kystiques du 1er métacarpien et de la 1re phalange du pouce et du 4e métacarpien.

Etiologie.

Cette maladie débute le plus souvent dans l'enfance ou au début de l'adolescence. C'est surtout une maladie du deuxième décennat de la vie, mais son apparition n'est pas exclusive au jeune âge.

Sa cause est absolument ignorée ; le rôle du traumatisme n'est pas plus démontré que celui de l'infection.

Recklinghausen attache une grosse importance étiologique au traumatisme ; mais que peut-on conclure d'un interrogatoire dans lequel on retrouve un choc comme simple phénomène épisodique, quand on songe avec quelle facilité le malade et son entourage rapportent toute manifestation pathologique à un traumatisme même insignifiant ?

La syphilis a été incriminée par plusieurs auteurs. Beaucoup d'observations, il est vrai, sont complètement exemptes d'antécédents héréditaires ou personnels de syphilis. Mais, parmi nos cas personnels, notre second avait un Wassermann positif ; le traitement anti-syphilitique a semblé améliorer ses lésions ; son aspect au point de vue cranio-facial rappelle celui d'un hérédo-syphilitique. Notre troisième malade, dont les formations tumorales, les unes pleines, les autres kystiques, sont localisées au crâne (3), paraît s'améliorer aussi par le traitemet bismuthique. Un malade figuré par Castro Freire (4) a tout l'aspect d'un hérédo-syphilitique. Les lésions de l'ostéite fibreuse n'ont sans doute aucun caractère spécifique, mais on sait aujourd'hui avec quelle fréquence des infections spécifiques à évolution prolongée, comme la tuberculose ou la syphilis, ne déterminent que des lésions inflammatoires histologiquement banales.

Rien ne permet d'attribuer cette maladie dystrophiante des os à un trouble du fonctionnement de l'une ou l'autre glande vasculaire sanguine, refuge suprême, mais pas toujours justifié, des pathogénistes pour tenter d'expliquer toutes les dystrophies dont nous ignorons la cause. Moins encore avons-nous le droit de l'attribuer à l'action présumée du tréponème sur l'une de ces glandes endocrines.

Etude clinique

La maladie telle qu'elle a été décrite par Recklinghausen est une affection osseuse *généralisée.* Mais la lésion élémentaire de cette maladie, l'« ostéite fibreuse avec productions pseudo-kystiques », peut se cantonner à un petit territoire osseux : des formes *localisées* doivent donc être décrites à côté de la maladie de Recklinghausen généralisée, qui reste une entité morbide bien définie.

A) Forme généralisée

Les lésions présentées par ces malades ont un groupement capricieux, sans aucun caractère de symétrie ; en outre, chez un même malade l'intensité des lésions varie d'un os à l'autre, tel os est à peine touché, tel autre est complètement bouleversé dans son architecture. Les observations de ces malades paraissent ainsi assez disparates, et cependant on y retrouve presque toujours les deux mêmes types de manifestations cliniques :

1° Des fractures spontanées.

2° Des déformations osseuses évoluant sans signes subjectifs.

1° Les *fractures spontanées* marquent souvent le début clinique de la maladie. Elles succèdent à un traumatisme même insignifiant, à un simple effort, à un mouvement quelconque. Elles sont en général peu douloureuses, ne provoquent que peu de déplacement, peu ou pas d'ecchymoses, et c'est l'examen radiographique qui explique les anomalies de cette fracture en montrant l'image inattendue d'un kyste osseux.

Ces fractures atteignent de préférence le fémur, le tibia et l'humérus. Elles peuvent être uniques, guérir sans récidive ou se reproduire sur le même point. Bien souvent, elles sont multiples. Un malade de Langenskiold s'est fait une fracture de jambe à 6 ans et 5 fractures de cuisse à 8, 10, 12, 14, 15 ans ; un autre s'est fracturé le fémur gauche à 9 ans, le fémur droit à 11, 13 et 14 ans. Il faut bien dire que dans certains cas, comme chez le premier malade que nous avons présenté, les fractures, tout en étant multiples (une fracture de la mâchoire et 4 fractures du bras droit entre 6 et 40 ans), peuvent *a priori* paraître parfaitement justifiées par des traumatismes assez sérieux (chute d'un arbre, coup de timon de voiture. etc.), et seule la radiographie montre rétrospectivement que l'os kystique n'avait aucune solidité.

Ces fractures se consolident en général très rapidement, exception faite de quelques cas où l'on a enregistré une pseudarthrose, et le processus de néoformation osseuse aboutit à un remplissage progressif de la cavité osseuse.

2° Ces fractures peuvent manquer, et la maladie de Reklinghausen ne se traduit alors que par des *déformations osseuses.* Elles sont habituellement indolores, sauf dans quelques cas où l'attention du sujet est attirée par des douleurs rhumatoïdes ; mais alors même l'évolution est presque toujours insidieuse.

Les *déformations des os longs* sont des plus variables. Parfois, il s'agit d'une *augmentation simple de volume* de l'os, portant sur une de ses extrémités, au voisinage de la métaphyse. Mais pour peu que l'os soit un peu profond sous une couche musculaire épaisse, ce n'est qu'en la recherchant de parti pris que l'on arrive parfois à déceler la dilatation osseuse. C'est ainsi que chez notre premier malade le bras gauche paraissait intact, et c'est seulement après que la radiographie nous eût révélé un énorme kyste uniloculaire, occupant les deux tiers supérieurs de l'humérus, qu'en palpant bien nous avons senti un épaississement anormal de l'os.

Mais la déformation des os longs peut être toute différente et se traduire par des *inflexions* anormales. Ces inflexions peuvent être dues à une fracture méconnue, sans doute incomplète, vicieusement consolidée, ou bien elles tiennent simplement à la mauvaise qualité du tissu osseux remanié par l'ostéite fibreuse : le tissu ostéoïde est flexible comme chez les rachitiques et les ostéomalaciques.

Il peut en résulter des déformations considérables. L'un de nos malades en est un bel exemple, puisqu'il est atteint d'un genu valgum droit très accentué, apparu à 18 ans ; le genu valgum gauche s'est produit plus précocement, à 13 ans, et a été guéri à ce moment par une ostéotomie.

Les *os courts* et les *os plats* sont loin d'être épargnés. Ils sont augmentés de volume lorsque la production fibrokystique est importante ; sinon leur lésion n'est révélée que par la radiographie. On découvre ainsi des kystes insoupçonnés des clavicules, des côtes, des métacarpiens, des phalanges. Notre second malade présentait, en outre, des doigts élargis du bout, avec une phalangette très écourtée et un ongle tout petit : ce raccourcissement paraissait nettement dû, d'après l'image radiographique, à la disparition des lunules osseuses des phalangettes, détruites par des productions kystiques.

Au niveau de la *tête*, les néoproductions osseuses sont très fréquentes, peut-être même constantes. Les parois de la voûte cranienne sont augmentées de volume, et, par endroits, un épaississement plus considérable forme des bosselures plus ou moins irrégulières, à frontières imprécises, creusées ou non de formations kystiques.

Les os de la face, surtout le maxillaire inférieur et les maxillaires supérieurs, sont le siège d'hyperostoses qui pourraient faire croire à une leontiasis ossea ; mais ces hyperostoses sont aussi irrégulières de situation que de volume, disséminées comme au hasard. Elles n'ont donc ni l'importance, ni le développement symétrique qu'elles revêtent dans la leontiasis ossea. En outre, elles sont creusées de cavités pseudo-kystiques, ce qu'on ne retrouve jamais, semble-t-il, dans la leontiasis ossea, et des cavités kystiques déshabitées des maxillaires peuvent dans quelques cas s'ouvrir dans la bouche. Chez un de nos malades, on pouvait apercevoir dans la région rétro-molaire l'orifice d'une cavité osseuse de la région de l'angle du maxillaire du volume d'une noix ; semblable cavité énorme, creuées en plein maxillaire inférieur, s'observe sur un beau crâne que nous avons retrouvé au musée Dupuytren.

Le *développement des tumeurs osseuses*, kystiques ou non, s'arrête en général à la fin de l'adolescence, et le sujet peut vivre jusqu'à un âge avancé sans guérison anatomique, mais sans aggravation, sans gène et sans douleur.

Notre premier sujet avait 60 ans, le début de sa maladie remontait à l'âge de 8 ou 9 ans, peut-être plus tôt ; depuis l'âge de 20 ans, elle n'avait pas progressé, apparemment au moins.

Dans cette affection, l'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE est capital. Non seulement il fournit des images très particulières qui aident singulièrement au diagnostic, mais encore il est seul capable de nous faire apprécier l'étendue du mal, en bien des endroits cliniquement latent. La maladie est, en effet, au début, purement histologique ; l'os est remanié dans sa structure intime avant d'être déformé ; c'est dire que la maladie est radiographiquement decelable avant de l'être cliniquement.

Les aspects radiographiques varient suivant l'os atteint.

Au niveau des os longs, le cliché montre tantôt l'existence d'un kyste uniloculaire, tantôt la juxtaposition de kystes multiples.

L'image du kyste uniloculaire est parfois la même que celle du kyste solitaire, très bien étudié par Lecène et Lenormant. Rœderer dans un beau rapport (6) la résume ainsi : « Clarté de la tache ovoïde qui est due à la minceur de la corticale facilement traversée, cerclage foncé, conservation de la ligne épiphysaire (triade de Beck) ; os voisin non épaissi, ni densifié, ni déformé, absence d'hyperostose périostique ». Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi, et très souvent le kyste se trouve creusé non pas dans un tissu osseux en apparence sain, mais dans un tissu épaissi, spongieux, très peu dense, irrégulièrement transparent aux rayons, comme « moucheté », marbré, « ouateux » par suite de la disparition de la trabéculation normale.

Dans la plupart des cas, on voit sur toute la hauteur d'un os des géodes juxtaposées, séparées par des travées plus ou moins larges, plus ou moins opaques, donnant l'aspect d'une coupe de tomate ou de grenade, comme dans l'ostéomalacie. Cette simple image radiographique ne peut évidemment pas faire préjuger du contenu de ces géodes, puisqu'il peut aussi bien s'agir de cavités pseudo kystiques plus ou moins remplies de liquide jaunâtre ou brunâtre que de cavités occupées par du tissu mou, feutré, comme dans le cas de Sicard et Chauveau (7). Ces kystes multiloculaires peuvent, comme les kystes uniloculaires, être creusés soit dans un tissu par ailleurs normal, soit dans un os épaissi, moucheté et ouateux.

Chez certains sujets, comme chez notre second malade, on voit, en outre, des tumeurs plus ou moins compactes former des épaississements irréguliers qui empiètent sur la cavité médullaire de l'os : celle-ci ne conserve pas ses rebords linéaires.

Au niveau des os courts, on trouve des zones claires, plus ou moins régulièrement limitées, plus ou moins dentelées sur leurs bords, plus ou moins subdivisées.

Les radiographies du crâne et du massif facial ont très souvent un aspect floconneux. Le crâne est épaissi, les tables interne et externe ont plus ou moins disparu, et, sur un fond clair et uniforme en rapport avec la décalcification du tissu osseux, une série de petites zones floconneuses représentent le tissu ostéoïde : ces plages sont plus ou moins larges ; leur grosseur varie de la largeur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille ; leurs bords ne sont jamais nets, mais toujours flous et dégradés ; leur teinte est variable, plus ou moins foncée suivant l'intensité de la décalcification du tissu ostéoïde.

Le même aspect se retrouve dans la maladie de Paget et dans la leontiasis ossea. Dans cette dernière affection, les plages sont généralement plus opaques, plus larges, et certaines zones entièrement calcifiées sont absolument imperméables aux rayons X. Il peut exister au niveau du crâne et de la face des cavités pseudo-kystiques, trouant l'épreuve d'une zone claire ; mais si les parois qui entourent le kyste sont suffisamment épaisses, elles donnent d'ordinaire l'image floconneuse de l'ostéite fibreuse, et le kyste inscrit seulement son existence par une ligne irrégulièrement arrondie qui en fixe les contours.

B. FORMES LOCALISÉES.

La maladie peut se localiser aux membres ou aux os de la face et du crâne.

Au niveau des membres, l'ostéite fibreuse engendre des formations pseudo-kystiques isolées. Mais tous les kystes solitaires des os sont-ils dus à l'ostéite fibreuse ? Ne sont-ils tous qu'une forme localisée de la maladie de Recklinghausen ? La plupart des auteurs le croient (Recklinghausen, Frangenheim, Bloodgood, etc.). Le foyer d'ostéite fibreuse serait la lésion initiale, et la cavité pseudo-kystique résulterait de la fonte ultérieure de ce tissu fibreux mal vascularisé. Mikulicz groupe les formes généralisées et localisées de la maladie sous le nom d' « osteodystrophia juvenilis cystica ».

Mais par ailleurs, bien des auteurs (Bérard et Alamartine, Konjetzny (12), Pommer) affirment que l'étiologie des kystes solitaires des os n'est pas univoque, qu'elle ne relève pas uniquement de l'ostéite fibreuse et que l'image histologique de la moelle fibreuse est la traduction d'une réaction banale de la moelle osseuse à des causes diverses. Konjetzny (12) pense notamment, avec Pommer, que cette production fibro-kystique est souvent secondaire à un hématome intra-osseux.

La localisation cranienne est assez fréquente. Frangenheim (7) et Petrow (9) en ont signalé des exemples typiques, et l'un de nous, avec Mlle Linossier, vient d'en observer un nouveau cas. L'un de nous (10) a consacré sa thèse aux localisations maxillaires de l'ostéite fibreuse, reprenant les observations de Bockenheimer (11), de Langenskiold (15), de Cunéo.

Ces formes localisées ne doivent pas être méconnues, car elles sont trop facilement confondues avec une tumeur et opérées bien inutilement comme telles : nous touchons à l'un des plus gros intérêts pratiques de l'étude de cette maladie. Cette erreur, grosse de conséquences, sera évitée si l'on a soin de radiographier son malade, la radiographie montrant une des images précédemment décrites. En outre, l'examen radiographique systématique permet de constater que maintes fois la localisation de la maladie n'est qu'apparente et que des lésions osseuses existent en d'autres points du squelette à l'état latent. Bien souvent enfin, cette localisation n'est que le mode de début d'une maladie dont on ne peut prévoir l'évolution ultérieure.

Etude anatomique et pathogénique.

Les LÉSIONS que l'on observe sur les coupes des tumeurs osseuses ou de la paroi des kystes expliquent les relations de cette affection avec la maladie de Paget et avec la leontiasis ossea et la similitude de certains aspects radiographiques dans ces diverses maladies.

L'os est extrêmement spongieux, tant à sa surface que sur la coupe, tant dans la paroi des kystes que dans les tumeurs non kystiques.

Les travées osseuses, très raréfiées et très amincies, largement érodées par places, forment un lacis irrégulier ; ces restes de travées sont en partie formées de tissu non calcifié, *ostéoïde*; elles ont perdu toute architecture lamellaire ; les ostéoblastes qu'elles contiennent sont rares, irrégulièrement disposés, globuleux, peu ou pas munis de prolongements.

Entre les trabécules osseuses, les alvéoles sont remplis d'une *moelle essentiellement fibreuse*, riche en fibroblastes, très pauvre en cellules et en éléments graisseux; cette moelle est bordée de nombreux *myéloplaxes* ou cellules géantes, qui érodent de larges lacunes les flancs des trabécules osseuses. Les myéloplaxes ne paraissent pourtant pas être un caractère distinctif ; ils semblent disparaître plus ou moins tardivement, quand localement le processus s'éteint pour ainsi dire, quand la maladie entre en sommeil ; il en est ainsi dans d'autres maladies, dans la maladie de Paget par exemple. Par ailleurs, on voit au contraire, en bordure des travées osseuses, de nombreuses cellules polygonales qui ont la structure des ostéoblastes. Cette moelle est peu vasculaire, mais les vaisseaux paraissent en général normaux (certains auteurs les ont pourtant vus altérés et oblitérés).

En certains endroits, la moelle fibreuse proliférée peut former de véritables tumeurs intra-osseuses, riches en myéloplaxes.

Les *formations kystiques*, qui constituent l'élément caractéristique de la maladie, sont la conséquence de la fonte plus ou moins localisée de la moelle fibreuse, voire de la déliquescence des tumeurs fibreuses. Aussi ne s'agit-il pas de kystes véritables, mais bien de *pseudo-kystes*, géodes plus ou moins vastes, remplies d'ordinaire de liquide séreux ou séro-sanguinolent, mais creusées en plein tissu fibreux et non bordées d'un épithélium ou d'un endothélium.

La PATHOGÉNIE de cette maladie a été interprétée de façons différentes.

La plupart des auteurs étrangers admettent que l'ostéite fibreuse est une maladie de la moelle osseuse, aboutissant à la prolifération anormale des cellules de la lignée osseuse. Or ces cellules sont de deux ordres : constructrices, ce sont les ostéoblastes ; destructrices, ce sont les myéloplaxes : les secondes pourraient l'emporter sur les premières, et le kyste en serait la conséquence.

Pour Recklinghausen, il y a d'abord destruction du tissu osseux et secondairement seulement construction ostéoïde. Langenskiold (5) admet au contraire qu'il y a marche parallèle des deux processus.

A cette première théorie s'oppose une seconde théorie inverse qui rapporte aux éléments de la travée osseuse la lésion initiale de la maladie (Argaud et Testoud) (13). Le processus morbide serait alors un processus d'halistérèse, c'est-à-dire une décalcification progressive de la travée osseuse, libérant ainsi les cellules osseuses qui reprennent leur fertilité perdue et redonnent des fibroblastes et des myéloplaxes.

Enfin Dawson et Struthers (14), plus éclectiques, combinent cette double pathogénie. Ils voient le trouble initial dans une lésion de la cellule osseuse : celle-ci devient incapable d'assurer son rôle spécifique, qui est de fixer le calcium sur la substance fondamentale osseuse, d'où halistérèse. Le même agent irritatif qui agit sur les cellules osseuses agit sur les fibroblastes qui acquièrent de la sorte des propriétés ostéolytiques. Il en résulte la destruction progressive du tissu osseux et son remplacement par du tissu fibreux, qui fournit ultérieurement par métaplasie du tissu ostéoïde.

Dans la maladie osseuse de Paget et dans la leontiasis ossea de Virchow, où la moelle est également fibreuse, le processus serait d'ailleurs analogue, et les trois affections ne seraient que des variétés de l'« ostéite fibreuse ». Mais dans la leontiasis le processus serait surtout condensant ; la maladie, au lieu d'aboutir à des fontes tissulaires partielles comme dans la maladie de Recklinghausen, provoque des foyers de calcification très dense. Dans la maladie de Paget, le processus serait à la fois proliférant et raréfiant, mais n'aboutirait pas à la fonte du tissu et à la formation pseudo-kystique.

Quoi qu'il en soit de certaines similitudes histologiques entre ces trois affections, basées en somme sur un aspect assez banal de la mœlle osseuse, il ne semble aucunement qu'il y ait lieu d'en faire, comme le voudraient certains auteurs allemands, des variantes d'une seule et même maladie. Au point de vue clinique, elles restent en effet bien distinctes, car, tant dans leur répartition sur le squelette que dans l'âge de leur début et dans le mode de leur évolution, il est impossible de les confondre.

Malheureusement leur pathogénie n'est pas plus connue que leur étiologie ; que la fibrose médulaire soit ou non initiale, on n'en connait pas la cause, et là seulement pourrait exister entre ces trois maladies un lien plus solide qu'une ressemblance relative de certaines coupes histologiques et de certaines images radiographiques.

Traitement

Dans semblable affection il ne peut être question de traitement tant qu'on n'en connaîtra pas la cause. Si pourtant il s'avérait que la syphilis soit en jeu dans tout ou partie des cas, le traitement spécifique pourrait donner des résultats peut-être meilleurs et plus rapides qu'on ne le croirait pour une affection aussi étendue du tissu osseux : c'est ainsi que chez deux de nos malades le traitement spécifique a paru amener une fonte rapide de certaines tumeurs osseuses ; nous ne savons encore si ce résultat se confirmera et persistera.

D'ailleurs l'absence habituelle de gêne et de douleur nécessiterait surtout un traitement à titre esthétique ou à titre préventif des fractures.

Mais il importe de savoir que l'affection se révèle d'ordinaire disséminée, quand on s'applique à un examen systématique, et que, même dans les formes localisées, elle est habituellement trop diffuse et trop mal délimitée pour qu'une intervention soit indiquée avec quelque chance de succès. Si pourtant certains troubles de compression ou d'infection rendent l'opération indispensable, celle-ci devra être modelante et non mutilante.

(1) André Léri, Faure-Beaulieu et Ch. Ruppe. — Maladie fibro-kystique de Recklinghausen. (Soc. médicale des hôpitaux, 25 novembre 1923.)
(2) André Léri et Alice Linossier. — Maladie osseuse fibrokystique généralisée (maladie osseuse de Recklinghausen). (Soc. médicale des hôpitaux, 27 février 1925).
(3) André Léri et Alice Linossier. — Maladie pseudo-kystique du crâne. (Maladie osseuse de Recklinghausen localisée au crâne ? Hérédo-syphilis ?) (Soc. médicale des hôpitaux, 20 mars 1925.)
(4) Castro Freire. — Sur l'ostéite fibreuse déformante (*Archives des maladies des enfants*, mai 1921 p. 289.)
(5) Lancenskiold. — Sur l'ostéite fibreuse. (*Acta chirurgica scandinavica*, vol. LII, 1920, p. 1.)
(6) Rœderer. — Les kystes des os. (*Revue d'orthopédie*, 12 octobre 1923.)
(7) Sicard et Chauveau. — Ostéite généralisée à géodes, type Recklinghausen. (Soc. médicale des hôpitaux, 6 mars 1925)
(8) Frangenheim. — Ostitis fibrosa cystica des Schadels. (*Baiträge zur Klinischer Chirurgie*, p. 119. 1914.
(9) Petrow. — Ueber ostitis fibrosa des Schädels. (*Arch. fur klin. Chirurgie*, 15 mars 1923, p. 849.)
(10) Ch. Ruppe. — Ostéite fibreuse des maxillaires. (Thèse Paris, 1924.)
(11) Bockenheimer — Virchow's leontiasis ossea (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1908. Bd. LXXXV, p. 236.)
(12) Konjetzny. — Die sogenante lokalisierte ostitis fibrosa. (*Arch. f. K. Chir.*, 1922, p. 567.)
(13) Argaud et Testoud. — Sur l'histogénèse de l'ostéite fibreuse. (*Bulletin de la Société de Biologie*, nº 13, 1923, p. 1016.)
Testoud. — Contribution à l'étude de l'ostéite fibro kystique localisée des os longs (Thèse Alger, 1922.)
(14) Dawson et Struthers. — Generalised osteitis fibrosa. (*Edinburgh medical Journal*, oct. 1923, p. 432.)

Les symptômes syphilitiques du Corps Strié. La striatite primitive syphilitique.

Par J. LHERMITTE.

Par un de ces retours dont les sciences biologiques sont coutumières, les fonctions des ganglions de la base du cerveau, et particulièrement des corps striés, après avoir été démesurément élargies, se sont vues exagérément réduites : à tel degré que l'on chercherait en vain dans les meilleurs Traités de neurologie datant d'une dizaine d'années un chapitre se rapportant aux syndromes que peuvent engendrer les altérations des noyaux lenticulaire et caudé. Puis, sous l'impulsion des travaux de Cécile Vogt, de Kinnier Wilson, une ère nouvelle s'est ouverte ; et depuis quelques années, des différents points de l'horizon neurologique, des chercheurs sont venus, dont les efforts convergents ont abouti à la création d'une série de complexus anatomo-cliniques d'origine striée.

Après avoir été méprisés, les corps striés sont devenus un des centres encéphaliques les plus importants pour l'intégration des fonctions anatomiques et psycho-mimiques.

Grâce aux travaux de C. et O. Vogt, de K. Wilson de Ramsay-Hunt, de F. Lévy (de Berlin), de Jelgersma, de Pierre Marie et Lhermitte, de O. Fœrster, nous savons aujourd'hui que si les destructions électives des segments putamino-caudés suffit à déterminer le désordre choréique, certains spasmes, et l'athétose, les altérations profondes du globus pallidus (*le Pallidum*) provoquent un syndrome dont l'acinésie, l'amimie, la perte des fonctions automatiques primaires, l'hypertonie, l'abolition de la spontanéité motrice, forment les traits essentiels.

Par une analyse exacte d'un complexus symptomatique, il est donc possible, à l'heure actuelle, de préciser, dans un cas donné, la localisation des lésions striées et, dans une certaine mesure, de prévoir leur extension. Mais là ne s'arrête pas la tâche du clinicien ; et celui-ci doit, en outre, s'efforcer de dépister l'agent causal de la lésion striée.

Bien que, de plus en plus, l'influence néfaste de l'infection syphilitique sur le système nerveux s'avère comme d'une extrême fréquence et qu'il n'est plus guère de médecin qui, en face d'un syndrome d'origine obscure, ne recherche l'étiologie spécifique, cependant la notion de la nature syphilitique de nombre de manifestations striées pures ou pyramido-striées nous semble encore insuffisamment connue. Et c'est là la raison qui nous pousse à revenir, une fois encore, sur les modalités des syndromes syphilitiques des noyaux lenticulaire et caudé, persuadé que leur fréquence apparaîtra de plus en plus évidente à mesure qu'ils seront mieux définis.

Certes, l'idée que l'infection syphilitique peut être la cause de syndromes que nous savons être liés à la dégénération du corps strié n'est pas nouvelle ; et sans mentionner tous les travaux qui se rapportent à cette question, nous devons rappeler que nombre d'auteurs avaient expressément relevé la coexistence, chez un même sujet, du tabès ou de la paralysie générale avec le syndrome parkinsonien.

Déjà en 1888, Heinmann notait l'association de la sclérose des cordons postérieurs avec la paralysie agitante et, dans la suite, les observations de Placzeck, Weill, Hass et Wertheim-Salomonson, Seiffer, Rhein, Koddermann, Penzoldt et Wintzing, Bychowsky, Bruns, Eichorst, Eschner, K. Mendel, Camp, vinrent confirmer cette donnée.

Cependant, il convient d'ajouter que la notion de la coexistence de la maladie de Duchenne avec la paralysie agitante n'est pas admise par tous. Et, en particulier, Wertheim-Salomonson défendait, tout récemment encore, cette thèse que les symptômes tabétiques qui figurent à côté des signes de la série parkinsonienne n'impliquent pas qu'il s'agisse, dans ces faits, de véritable tabès syphilitique. Selon le regretté neurologiste hollandais, l'association des manifestations tabétiques avec le syndrome parkinsonien légitimerait, au contraire, la création d'une entité morbide nouvelle que son auteur désigne par les termes de *tromo paralysie tabétiforme* (*Tromo paralysis tabioformis*). Admise par Winckler et contestée par H. Oppenheim, cette doctrine ne nous paraît pas devoir être maintenue, car elle s'appuie sur des bases trop fragiles. La négativité des réactions humorales, par exemple, ainsi que l'absence de lymphocytose et d'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien, dont on a voulu faire état, ne peuvent suffire à faire rejeter une étiologie syphilitique puisqu'il est avéré que certains tabétiques authentiques ne présentent ni modifications pathologiques du liquide cérébro-spinal ni réaction de Wassermann dans le sérum sanguin. Nous observons, en ce moment, un malade atteint de tabès avec cécité classique chez lequel évolue, à bas bruit, un syndrome parkinsonien. Et récemment, grâce à l'obligeance de M. Marinesco, nous pouvions exa-

miner les coupes de la moelle d'un parkinsonien tabétique et constater les altérations les moins discutables du tabès syphilitique.

Pour ce qui regarde la paralysie générale, les faits ne sont pas moins nombreux. Et, successivement, Reuter, Ewald, Maillard, K. Krabbe, O. Foerster, Liepmann, O. et C. Vogt, Reich, Stertz, Urechia, ont apporté des observations cliniques et anatomiques démontrant la réalité du complexe morbide paralytique-parkinsonien.

Enfin, grâce aux faits observés par Liepmann, C. et O. Vogt, Reich, O. Foerster, nous savons que, lorsque les altérations inflammatoires et dégénératives de la paralysie générale frappent avec une électivité suffisante les segments putamino-caudés, il résulte qu'au tableau de la démence paralytique se juxtapose un syndrome identique à celui de la chorée d'Huntington.

Tous ces faits, que nous rappelons à grands traits, indiquaient donc que l'agent causal du tabès et de la maladie de Bayle peut, par sa localisation striée, provoquer l'apparition d'un syndrome parkinsonien. Et cette donnée devait nous inciter à chercher si les syndromes striés survenant chez des sujets complètement indemnes et de tabès et de paralysie générale ne pouvaient pas, eux aussi, être engendrés par le virus syphilitique.

***

Depuis plusieurs années nous nous sommes attaché à l'étude de ce problème et, avec L. Cornil, nous avons montré la réalité anatomo-clinique d'un syndrome parkinsonien et d'un syndrome pseudo bulbaire strié (1). Nous avons rappelé ces faits avec plusieurs autres dans l'exposé de notre travail pour le Fonds Déjerine.

I. Le syndrome parkinsonien syphilitique.

Par sa localisation striée, le virus syphilitique est capable de déterminer le développement d'un syndrome parkinsonien typique, ainsi que nous l'avons observé dans deux cas démonstratifs. En voici un exemple. Il s'agit d'un malade âgé de 54 ans hospitalisé à Bicêtre dans le service de notre ami M. Pagniez. Tous les traits du syndrome pallidal apparaissent fortement accusés : hypertonie généralisée et particulièrement intense, immobilité et aspect figé de la face, abolition de tous les mouvements automatiques, acinésie spontanée, dysarthrie et dysphagie légères.

Tout le jour, le malade garde la même position et les mouvements qu'il exécute sont ceux que commandent d'impérieux besoins. Tous les mouvements sont lents, exécutés comme à regret ; parfois lorsque le sujet se déshabille ou se met au lit, brusquement la rigidité s'exalte et immobilise le tronc et les membres dans une attitude pétrifiée de statue. La physionomie immuable et glacée ne reflète plus les mille impressions de la vie journalière et donne au sujet un air d'indifférence qui contraste avec la pénible réalité. A certains moments, cependant, sous une influence qui nous échappe, les commissures labiales se relèvent, le front se plisse et le facies se recouvre d'une expression joviale un peu forcée et fixe.

La dysarthrie s'accuse de plus en plus, la parole devient nasonnée ; quant à la dysphagie, elle est peu marquée et sujette à de grandes oscillations.

La marche s'affectue lentement, à petits pas, le tronc courbé en avant.

L'intégrité des fonctions motrices différenciées forme une opposition frappante avec l'anéantissement de la motilité automatique et psychomimique. Ce masque indifférent, inexpressif, ces traits détendus, peuvent, sous l'influence des incitations volontaires, redevenir mobiles, la langue peut être tirée correctement hors de la bouche. Les doigts, spontanément inertes, sont capables au commandement d'être agités individuellement.

En outre, si chez ce malade la siaborrhée fait défaut, on observe une thermophobie saisissante ; par les temps les plus froids nous avons vu ce malade demeurer vêtu d'une seule chemise sans en être incommodé.

Bien que résumés, les traits les plus significatifs de cette observation sont suffisants pour faire saisir combien, ici, le tableau clinique s'apparente de près à celui que l'on décrit, depuis longtemps, sous l'étiquette de paralysie agitante *sine tremore*.

Toutefois, croyons-nous, cette ressemblance ne va pas jusqu'à signifier une complète identification. Si, en effet, la paralysie agitante sans tremblement comporte et l'acinésie spontanée et l'amimie et la rigidité et la thermophobie, cette affection ne s'accompagne pas, sauf exceptionnellement, d'une hypertonie aussi excessive.

Enfin nous ne sachions pas que la paralysie agitante véritable, c'est-à-dire sénile ou présénile, détermine un « enrayage » des mouvements et une « pétrification » comparables à ceux que nous avons relevés. Si l'on ajoute à ces différences quelque peu menues mais significatives, l'absence de tremblement pendant toute la durée de la maladie, on conviendra qu'il est légitime de porter ici le diagnostic de syndrome parkinsonien ou mieux de syndrome pallidal acinéto-hypertonique.

Après avoir recherché en vain si, dans les antécédents du malade, on ne retrouvait point quelque indice qui pût invoquer l'image de l'encéphalite épidémique, nous n'avons pu cliniquement établir l'origine exacte de ce syndrome pallidal, bien que, à la vérité, l'inégalité pupillaire avec aréflexie à la lumière permît de penser à la syphilis.

L'examen histologique de l'encéphale devait nous donner la solution de ce problème étiologique et pathogénique. Ici, en effet, non seulement les cellules du globus pallidus étaient détruites, raréfiées ou grossièrement altérées, les lames médullaires du noyau lenticulaire amincies, les cellules et les fibres du *locus niger* dégénérées, mais encore dans les noyaux lenticulaire et caudé, dans l'avant-mur, les vaisseaux distendus présentaient des parois infiltrées de nombreuses cellules plasmatiques et lymphocytiques. Aussi bien les périphlébites si caractéristiques de l'infection spécifique du névraxe que les périartérites parsemaient la substance du corps strié.

Dans un autre fait, également suivi de constatations anatomiques complètes, le tableau clinique offrait de nombreux points de ressemblance avec la paralysie agitante : le tremblement même ne faisait pas défaut. Cependant, ici encore, certaines divergences symptomatiques autorisaient une discrimination avec la maladie de Parkinson légitime.

Parmi celles-ci nous rappellerons seulement les syntonies d'automatisme, l'extrême dysarthrie, les troubles de la déglutition, la rigidité excessive, laquelle non seulement ne cédait pas, mais s'exaltait par des mouvements passifs répétés.

Dans ce fait, comme dans le précédent, les altérations régressives et destructives s'accusaient sur le *globus palli-*

---

(1) J. LHERMITTE et L. CORNIL. — Les syndromes du corps strié d'origine syphilitique chez le vieillard. (*Presse médicale*, 1922, nº 27).

dus des deux côtés, effleuraient le corps de Luys et le *locus niger* ; et, ici encore, les modifications vasculaires avec infiltration plasmo-lymphocytaire autorisaient à reconnaître dans l'infection syphilitique l'origine et la cause des lésions dégénératives du corps strié.

Il existe donc, à côté de la maladie de Parkinson sénile ou présénile, un syndrome parkinsonien ou mieux un syndrome acinéto-hypertonique, pallidal quant aux lésions qui le conditionnent et syphilitique quant à son origine étiologique.

Nous avons montré comment ces deux affections de *nature* si différente pouvaient être distinguées en clinique ; il nous reste à chercher maintenant si la nature spécifique du syndrome pallidal syphilitique peut être dépistée.

L'anamnèse est, ici, d'un secours limité car l'on sait depuis longtemps la fréquence des syphilis ignorées à l'origine des maladies les plus certainement spécifiques telles que le tabès ou la paralysie générale. Cependant, il serait pour le moins imprudent de ne pas rechercher attentivement tous les stigmates classiques de la syphilis dans un cas suspect ou de faire fi des données d'une anamnèse positive.

Notre premier malade, par exemple, avouait avoir présenté des accidents spécifiques et ainsi avait conduit à un examen plus poussé des témoignages de la spécificité. Ceux-ci se retrouvaient dans une inégalité pupillaire avec aréflexie lumineuse ; mais, dans d'autres cas, ils peuvent apparaître sous la forme d'une abolition des réflexes achilléens ou rotuliens et surtout peuvent se traduire par des expressions humorales : réaction de Wassermann positive dans le sérum sanguin ou dans le liquide céphalo-rachidien, hyperalbuninose, lymphocytose, réaction au benjoin colloïdal.

Convient-il également de faire état de la sanction thérapeutique ? Sans nul doute, mais avec quelques restrictions.

En effet, le traitement antisyphilitique influence heureusement des maladies qui ne sont pas liées au virus tréponémique et surtout l'efficacité de la thérapeutique la mieux conduite apparaît souvent plus que problématique dans les faits que nous avons en vue, où les lésions destructives sont établies depuis longtemps et irrémédiables.

Cependant, nous devons ajouter que l'on retrouve dans la littérature plusieurs observations, dépourvues malheureusement de contrôle anatomique, dans lesquelles l'application du traitement spécifique détermina une régression passagère des symptômes parkinsoniens.

C'est ainsi que Camp, chez un sujet parkinsonien et tabétique, Uréchia puis Tinel, chez des parkinsoniens anciens syphilitiques avec réaction de Wassermann positive, albuminose et lymphocytose (Urechia) ont observé une amélioration non douteuse des symptômes de la paralysie agitante. Mais, dans tous ces faits, les heureux effets de la médication spécifique ne furent que très éphémères.

Certes, il est très loin de notre pensée de soutenir que la thérapeutique du syndrome parkinsonien syphilitique n'est qu'illusoire et nous croyons même qu'à mesure que les cas de syndrome acinéto-hypertonique syphilitique seront dépistés plus tôt, la médication se montrera plus efficiente ; mais, nous le répétons, à l'heure actuelle, l'échec du traitement ne doit nullement en imposer et faire rejeter le diagnostic étiologique de la spécificité.

II. Le syndrome pseudo bulbaire strié.

Par une vue singulièrement pénétrante, Brissaud dans ses admirables Leçons sur les maladies nerveuses (1895) avait défendu cette thèse que la paralysie pseudo-bulbaire devait être scindée, au point de vue lésionnel, et donc physio-pathologique, en deux grands groupes : l'un comprenant des cas dans lesquels le faisceau d'innervation cortico-bulbo-mésocéphalique des muscles faciaux, linguaux laryngés et pharyngés (f. géniculé) était intéressé à son origine corticale ou en quelque point de son trajet et l'autre dans lesquels se rangeaient les faits où la pseudo-paralysie bulbaire était liée à la destruction des ganglions opto-striés. Pendant longtemps cette thèse nouvelle fut, en France comme à l'étranger, violemment combattue. Aujourd'hui, comme nous l'avons montré avec L. Cornil, sa conformité avec les données anatomo-pathologiques ne peut plus être contestée. Et d'ailleurs, ainsi que Brissaud l'avait fortement indiqué et comme en font foi nos observations personnelles, la pseudo-paralysie bulbaire *géniculée* se différencie nettement de la pseudo-paralysie bulbaire *striée* par son expression symptomatique.

Or, si dans la majorité des faits, la pseudo-paralysie bulbaire striée apparaît conditionnée par le développement, au sein des ganglions striés, de lacunes de désintégration telles que les a décrites Pierre Marie, dans certains cas, la lésion originelle se montre tout autre. Ici encore à l'exemple du syndrome pallidal que nous avons décrit plus haut, les altérations du système strié s'avèrent comme de nature inflammatoire syphilitique.

A l'appui de cette thèse, nous pouvons apporter trois observations anatomo-cliniques complètes. Dans ces trois faits, dont on trouvera le détail dans l'exposé de notre travail pour le Fonds Déjerine (1), il s'agit de malades généralement âgés chez lesquels s'installe progressivement, ou à la suite de légers ictus, des troubles de plus en plus profonds de l'articulation verbale, de l'insalivation, de la déglutition, de la phonation et de la mimique. A cela s'ajoutent des perturbations de la marche, laquelle s'effectue à pas pressés et raccourcis (brachybasie et tachybasie) et souvent des crises de rire et de pleurer spasmodiques. Comme dans le syndrome acinéto-hypertonique, et pour les mêmes raisons anatomiques, le tonus plastique apparaît fortement exagéré ainsi que les réflexes posturaux ; parfois même s'ébauche, passager et fugace, un tremblement de la main rythmé, de type parkinsonien.

La ressemblance de certains traits de la paralysie pseudo-bulbaire avec la paralysie agitante sénile qui avait déjà frappé Brissaud et H. Oppenheim n'a plus besoin aujourd'hui d'être soulignée puisqu'elle est reconnue par tous. Elle n'a plus lieu, au reste, de surprendre puisque nous savons que dans ces deux affections les lésions atteignent le même appareil strié. Le seul problème qui, aujourd'hui, n'est pas encore parfaitement résolu tient dans la physio-pathologie de ces deux syndromes.

En pratique, la discrimination du syndrome pallidal parkinsonien d'avec le syndrome pseudo-bulbaire ne comporte guère de difficultés en raison de l'intensité de la dysarthrie, de la dysphonie, de la dysphagie, des perturbations de la marche et de la psycho-mimique qui marquent si profondément la pseudo-paralysie bulbaire.

Le point délicat, au point de vue du diagnostic, n'est pas là, il réside dans l'appréciation de la nature de la maladie.

Si l'on fait abstraction des cas exceptionnels où la maladie pseudo-bulbaire est liée au développement de néoplasies ou de foyers de sclérose en plaques, on peut

(1) LHERMITTE. — Exposé des travaux pour le Fonds Déjerine. (*Revue Neurologique*, 1922, p. 407.)

dire que, dans l'immense majorité des faits, la raison anatomique du syndrome se trouve dans les foyers malaciques ou lacunaires qui parsèment les corps opto-striés. Certes, bien souvent, de telles lésions évoluent chez des sujets entachés de syphilis, ainsi que l'avaient déjà reconnu bien des neurologistes; cependant, dans les cas de ce genre, l'infection spécifique n'agit pas directement mais, si l'on peut dire, par contre-coup, en provoquant les altérations sténosantes et oblitérantes du réseau vasculaire nourricier que l'on connaît.

Les faits que nous avons en vue sont d'un autre ordre. Ici, les foyers nécrotiques font défaut ou apparaissent très discrets. Et ce qui caractérise les modifications du corps strié consiste dans l'infiltration lymphocytaire et plasmocytaire des gaines périvasculaires jointe aux altérations dégénératives et destructives des cellules et des fibres nerveuses.

Contrairement aux lésions que nous avons vues être à l'origine du syndrome pallidal acinéto-hypertonique ou parkinsonien, les modifications du corps strié qui commandent la paralysie pseudo-bulbaire se montrent, d'après nos observations, beaucoup plus apparentes et plus grossières. Dans trois cas, nous avons relevé, en effet, des déformations du système strié reconnaissables à l'œil nu et caractérisées par le ratatinement des noyaux lenticulaire et caudé creusant même de véritables cannelures.

Au point de vue histologique, cette variété de striatite syphilitique se différencie par la diffusion et la profondeur des lésions du *striatum* (putamen et N. caudé) et du *pallidum*. Les éléments nerveux du *globus pallidus* ont, pour la plupart, disparu ou apparaissent extrêmement réduits de volume et surchargés de pigment. Tout le tissu du corps strié est, en outre, le siège d'une prolifération intense de la névroglie dont les éléments cellulaires sont bourrés de pigments de désintégration. Et il n'est pas jusqu'aux fibres nerveuses myéliniques elles-mêmes qui ne soient, sur de vastes plages, ou dégénérées ou complètement détruites.

En certains régions du corps strié, la disparition absolue des éléments proprement nerveux (cellules et fibres) réduit le tissu à une trame plus ou moins lâche de nature névroglique.

Le corps sous-thalamique de Luys et le *locus niger* participent, quoique à un moindre degré, aux altérations précédentes.

Quant à la voie pyramidale et au faisceau géniculé, ils peuvent demeurer intacts; mais, plus souvent, ils présentent quelques îlots discrets de dégénération. C'est à celle-ci que se rapportent les perturbations de la réflectivité tendineuse et cutanée que l'on observe dans nombre de paralysies pseudo-bulbaires.

On le voit, ce qui caractérise, au point de vue clinique, la pseudo-paralysie bulbaire syphilitique, c'est, outre l'insidiosité de son apparition et la progression inéluctable de son développement, la profondeur des modifications des synergies automatiques grâce auxquelles s'effectuent, à l'état (an)ormal, les actes de la phonation, de l'articulation verbale, de l'insalivation, de la déglutition et même de la marche.

A l'opposé de la pseudo-paralysie bulbaire liée à l'atteinte bilatérale et symétrique de la voie cortico-bulbo-mésencéphalique (f. géniculé) la paralysie pseudo-bulbaire striée ne se double d'aucun symptôme paralytique. Et rien n'est plus frappant que le contraste par lequel s'opposent la conservation des mouvements volontaires de la langue, de la face et des membres inférieurs avec des perturbations de ces mêmes appareils moteurs au cours de l'activité automatique.

Une analyse séméiologique un peu poussée autorise donc, croyons-nous, dans bien des cas, à porter un jugement sur le siège des lésions et à affirmer le diagnostic de paralysie pseudo-bulbaire striée.

Ce diagnostic étant établi, comment reconnaître la nature spécifique des altérations de l'appareil strié ? Ce que nous avons dit précédemment nous dispense de revenir à nouveau sur les difficultés et les incertitudes de ce diagnostic étiologique. Nous rappellerons seulement que, dans plusieurs de nos observations, il s'agissait de sujets chez lesquels la syphilis était avérée et que, d'autre part, presque toujours, la réaction de Wassermann se montre positive dans le sang tandis qu'elle apparaît plus rare dans le liquide cérébro-spinal, bien que celui-ci contienne de l'albumine et des lymphocytes en excès.

Mais si, au point de vue clinique, un doute peut subsister, en raison de la faible efficacité du traitement spécifique, la qualité des lésions histologiques ne permet guère d'incertitude. Dans des faits de ce genre, en effet, le processus inflammatoire syphilitique s'accuse par une *infiltration diffuse* des corps striés par des lymphocytes et des plasmocytes, lesquels distendent les gaines périvasculaires et forment des manchons analogues à ceux qui marquent la paralysie générale. Enfin, la désintégration et la disparition des fibres et des cellules nerveuses, du pallidum surtout, contraste avec l'absence des cavités lacunaires qui sont, on le sait, la signature anatomique de la paralysie pseudo-bulbaire des artério-scléreux.

III. La rigidité des artério-scléreux par striatite syphilitique.

Tous les médecins qui ont fréquenté les asiles de la vieillesse ont pu reconnaître l'extrême fréquence de la rigidité des membres et du tronc de nombre de vieillards, par ailleurs sensiblement normaux. Cette hypertonie diffuse est une des marques de la sénilité physiologique de même que l'affaiblissement de la mémoire, de l'imagination créatrice et de l'affectivité altruiste sont des stigmates de la sénilité psychique.

Or, chez certains sujets, cette rigidité s'accuse progressivement et atteint un tel développement qu'ici nous pénétrons sur le terrain franchement pathologique. Dans une série de travaux, O. Fœrster, étudiant cette rigidité diffuse du vieillard, s'efforça d'en préciser les caractères cliniques et tenta de l'isoler des autres modifications de la motilité qui frappent l'homme avancé en âge. Et sous la dénomination de rigidité des artério-scléreux, Fœrster décrivit un syndrome clinique caractérisé par un ensemble de symptômes très analogues à ceux que nous avons vu être à la base du syndrome pallidal acinéto-hypertonique. Ici comme là, en effet, se retrouvent et l'aspontanéité cinétique, et l'amimie et l'hypertonie et les troubles des différents automatismes élémentaires.

Ce qui donne à la rigidité des artério-scléreux sa physionomie propre, c'est, avant tout, l'intensité de la rigidité, laquelle apparaît disproportionnée avec les autres composants du syndrome pallidal habituel.

Et, d'autre part, contrairement à la pseudo-paralysie bulbaire striée, le syndrome de Fœrster ne comprend qu'un minimum de perturbations de la déglutition de la phonation et de l'articulation verbale. Celles-ci, ainsi que nous l'avons observé, peuvent d'ailleurs faire absolument défaut.

En se basant exclusivement sur l'analyse clinique, Fœrster, dans ses premiers travaux, avait été conduit à admettre que la rigidité des artério-scléreux était commandée par des lésions portant sur le lobe frontal ; mais, plus récemment (1921), cet auteur revenant sur la physio-pathologie du syndrome, concluait dans un sens tout opposé, en admettant, à l'origine de la rigidité, des altérations du corps strié.

C'est également à cette conclusion que nos recherches personnelles nous ont amené. La rigidité des artério-scléreux du type Fœrster, laquelle, on a pu déjà le reconnaître, s'apparente de si près au syndrome pallidal est bien sous la dépendance des altérations destructives du corps strié.

Ainsi qu'il en est pour bien des éléments de la terminologie médicale, l'épithète de rigidité des artério-scléreux n'est pas heureuse. Est-il besoin de rappeler que l'artério-sclérose constitue un fait très banal dans l'âge avancé !

Mais il y a plus, d'après nos observations, les vieillards atteints de sclérose artérielle très accusée ne sont pas plus sujets à cette affection que ceux dont les artères restent souples.

La soi-disant rigidité des artério-scléreux n'est donc, en réalité, qu'un syndrome pallidal dans lequel la rigidité apparaît grossièrement prédominante.

Il convient d'ajouter cependant que le syndrome de Fœrster comporte souvent deux symptômes assez personnels : l'affaiblissement des fonctions psychiques, d'une part, et la paraplégie en flexion, d'autre part. Après une évolution progressive qui se juge par années, les malades au psychisme plus ou moins gravement désintégré deviennent incapables de se tenir debout et de marcher. Confinés au lit, grabataires et souvent gâteux, les malades voient se développer une flexion progressive des membres inférieurs, laquelle immobilise définitivement les sujets dans une attitude stéréotypée. Les cuisses fléchies à l'extrême sur le bassin s'entrecroisent en ciseaux et les jambes recroquevillées s'appliquent étroitement à la face postérieure des cuisses ; les talons entrent en contact avec les fesses. Les membres supérieurs, hypertoniques, conservent, au contraire, une mobilité suffisante pour tous les actes journaliers.

Les lésions du syndrome de Fœrster siègent, avons-nous dit, dans les corps striés et atteignent surtout les éléments du système pallidal. Quant à leur nature, le plus généralement, celle-ci apparaît du même ordre que celle qui conditionne le *syndrome pallidal sénile.* C'est dire qu'ici encore, comme l'ont montré F. H. Lévy et A. Jakob, se retrouvent les criblures, les foyers de dévastations périvasculaires au sein desquels fibres et cellules nerveuses ont disparu, associés souvent à de véritables foyers de nécrose en rapport avec des oblitérations vasculaires.

L'origine de ces altérations demeure particulièrement obscure ; aussi avons-nous cherché si la syphilis ne pouvait pas être à leur origine. Dans un fait, nous avons pu en établir la démonstration.

Il s'agissait d'un vieillard âgé de 77 ans chez lequel la rigidité s'était établie progressivement sur les membres inférieurs puis avait gagné le tronc et les membres thoraciques. Tous les éléments du syndrome pallidal apparaissaient au complet : brachybasie, acinésie spontanée, lenteur des mouvements, perte de l'automatisme, catalepsie, légère dysphagie sans dysarthrie. Les facultés psychiques se montraient affaiblies et, de temps en temps, le malade présentait de l'incontinence des sphincters.

L'état du malade s'aggrava progressivement. La rigidité musculaire devint excessive, tandis que les membres et le tronc s'immobilisaient dans une attitude immuable de demi-flexion. Grabataire et gâteux, le malade succomba à une broncho-pneumonie, trois ans après le début apparent de la maladie.

L'étude anatomo-pathologique nous montra, dans ce fait, outre les altérations dégénératives profondes du *striatum* et du *pallidum* avec état criblé, l'existence d'une infiltration intense des veines et des artères des noyaux lenticulo-caudés par des lymphocytes. Les exemples de périartérite et de périphlébite étaient ici particulièrement nombreux.

Si nous ajoutons à ceci que la réaction de Wassermann dans le sang s'était montrée positive, on reconnaîtra que la réalité de la nature syphilitique du processus ne peut guère être discutée.

A l'exemple des syndromes parkinsoniens (acinéto-hypertonique) et pseudo-bulbaire, la striatite syphilitique est donc capable, à elle seule, de réaliser une rigidité musculaire des artério-scléreux de Fœrster.

***

Parvenu au terme de cet exposé, si nous jetons un coup d'œil en arrière, nous voyons que le virus syphilitique, en dehors des lésions d'artérite aiguë ou chronique qu'il peut déterminer, avec leurs conséquences : la nécrobiose ou la nécrose de la substance des corps striés, est susceptible de se présenter sous une modalité particulière que nous connaissions déjà associée aux affections syphilitiques du système nerveux, le tabès et la paralysie générale.

L'originalité des observations anatomo-cliniques que nous venons de rapporter succinctement tient donc moins dans la nature même de la lésion que dans l'électivité de sa localisation sur le système nerveux.

Frappant avec une prédominance variable les divers segments de l'appareil strié, le processus syphilitique, par la destruction et la désintégration des éléments nerveux qu'il provoque, se montre donc à l'origine de plusieurs types morbides dont le syndrome parkinsonien, ou mieux acinéto-hypertonique sénile, le syndrome pseudo-bulbaire et le syndrome de la rigidité des artério-scléreux nous semblent les plus dignes d'intérêt.

Et malgré notre répugnance pour les néologismes, il nous semble que le terme de *striatite syphilitique primitive* marque assez le caractère fondamental de ce groupe pathologique pour que l'on admette sa légitimité.

Des moyens de compensation qu'emploient les débiles intellectuels

Par Pr. MERKLEN

De même que les obsédés se protègent à l'aide des moyens de défense décrits par Régis et Bellet, de même les débiles ont *des moyens de compensation* à leur disposition. Entre les deux processus seule vaut d'ailleurs l'analogie ; car la différence est grande de l'obsédé, qui se connaît et se met consciemment à l'abri, au débile, qui s'ignore et oblique inconsciemment sur une route voisine. Celui-ci ne serait pas vraiment débile, s'il se rendait compte de sa débilité.

Les moyens de compensation utilisés réussissent souvent à donner le change ; ils rejettent aux arrière-plans la tare fondamentale, et, comme dans certains jeux de lumière, entourent d'une clarté factice des corps qui ne rayonnent pas. Mais bien entendu, pour se masquer, il faut que la débilité ne dépasse pas un certain degré ; dans ce qui suit il s'agira des débiles communs, d'étiage moyen, que l'on rencontre chaque jour.

Ces débiles ont quatre moyens essentiels de se ressaisir, les seuls retenus ici. Bien que maintes fois percés à jour, ils méritent d'être groupés. Ce sont la *mémoire*, *l'activité*, *l'habileté*, le *sentimentalisme*, — facultés ou aptitudes tissées d'une trame de qualité variable, mais recouvrant une marchandise de médiocre composition.

***

Le débile mnésique est intéressant à considérer à titre de type d'individu arrêté dans son évolution psychique. A l'âge de la maturité, il est encore cérébralement infantile ou adolescent ; on dirait qu'un barrage placé devant son cerveau en a empêché la progression. Il a le jugement de l'enfant ; il contrôle peu et mal, il réfléchit superficiellement, il ne perçoit guère les causes ou les conséquences ; il entrevoit à peine les éventualités capables de surgir. De l'enfant il possède aussi la mémoire ; il reçoit, enregistre et emmagasine. Il a échappé au double et inverse processus de la régression de la mémoire avec l'affermissement du jugement, qui constitue la marche naturelle du cerveau normalement constitué. On ne doit féliciter personne de sa mémoire avant d'avoir éprouvé son jugement.

Le débile se rend compte de la solidité de sa mémoire il en est satisfait, lui fait confiance. Mais, chose grave et révélatrice de débilité, il la confond avec l'intelligence, et il attribue à celle-ci ce qui n'est que le reflet de celle-là.

De fait, grâce à l'acuité de ses souvenirs il parvient à vaincre différents obstacles ; il arrive même à mettre sur pied une œuvre qui se présente avec quelque apparence extérieure, mais dont mieux vaut ne pas peser les matériaux. Il passe des examens, voire des concours, avec du brillant parfois, encore qu'en général il n'en impose pas à des juges tant soit peu avisés. Il peut impressionner aux premiers contacts les gens bienveillants, favorablement disposés ou trop vite enclins à se faire une opinion ; il impressionne bien davantage, et souvent à tout jamais, les autres débiles qu'il rencontre. Ce sont là autant de motifs pour le fortifier dans l'opinion qu'il s'est acquise de lui-même.

Les diverses formes de mémoire ne sont d'ordinaire pas également développées. Bienvenus sont les cas où l'hypertrophie porte sur des éléments utilitaires, par exemple sur les chiffres. Mais cela, à condition que le débile reste dans la sphère qui lui revient : il sera un caissier modèle, de bon rendement social et parfaitement heureux. Les mémoires de classement comptent aussi parmi les précieuses ; tel fait un excellent bibliothécaire jusqu'au moment où, suggestionné par l'ambition, il s'improvise avec sa seule mémoire pitoyable homme de lettres.

Tout métier comporte une forte part d'automatisme. C'est ce qui explique qu'avec une solide mémoire professionnelle un débile puisse aboutir comme praticien dans sa branche, pourvu qu'il ait le bon esprit de ne pas vouloir planer.

On voit des *débiles doués d'une activité physique ou psychique* supérieure à la moyenne. Aucune tâche ne les rebute, d'autant qu'ils n'en comprennent ni les difficultés ni les inconvénients ; ils sont sans cesse sur la brèche ; ils accumulent courses, renseignements, documents ; ils suivent les idées des autres en s'imaginant en assimiler toute la valeur. Ils représentent à vrai dire une variété d'excités chroniques. Ils finissent par avoir l'abondance, et avec cette abondance ils édifient une façade. Pour faire illusion, il n'en faut souvent pas davantage ; on ne réfléchit pas assez que derrière l'apparat du décor s'abrite la pacotille du mobilier. Et cependant, avec ce matériel entassé c'est un débile qui jongle.

S'agit-il de questions faciles et déjà mille fois résolues, l'effort est réduit ; à l'aide de son activité le débile y pourvoit. Il est au surplus convaincu que, s'il a mis dans le mille, il en est redevable à son intelligence, et souvent il n'a pas grande peine à communiquer sa conviction. S'attaque-t-il à des problèmes plus complexes, il remue ses stocks sans discernement et les dispose sans contrôle ; il en use au petit bonheur, un peu comme une corneille qui abat des noix ; le tout s'évanouit en fumée.

Beaucoup de débiles actifs se trahissent eux-mêmes ; ils vont en effet facilement à l'agitation. Agitation dans les actes, agitation dans les idées parlent un clair langage, et on ne s'y laisse guère prendre. Actifs, les débiles sont capables de garder contenance ; agités, ils provoquent le sourire autour d'eux. Il est bien de posséder des moyens de compensation ; mais encore, afin qu'ils ne manquent pas leur but, est-il nécessaire que le remède ne soit pas pire que le mal.

Le *débile habile* contraste avec le précédent par son calme et sa tranquillité. Il ne demande qu'à demeurer inaperçu et à intriguer dans l'ombre. C'est le finaud, le madré, le roublard, le débrouillard, le rusé, dont le tableau est classique. Tenace d'ordinaire, il voit son but à travers tous les détours. Y parvient-il, il suscite dans son entourage des réactions variées. Les uns, se méprenant du tout au tout, sont séduits par son intelligence ; les autres s'étonnent qu'il ait abouti malgré son inintelligence ; les troisièmes comprennent au résultat de quel métal est forgé l'individu. En réalité celui-ci a d'autant plus de chances de réussir que le chemin à parcourir est moins long, car à chaque pas il risque d'être percé à jour. Bien souvent aussi il se prend à son propre piège. L'habileté réussit surtout à ceux qui n'en font pas montre, ce qui est difficile sans un certain degré d'intelligence.

Le danger du débile rusé tient essentiellement à sa prédisposition aux réactions antisociales. Il a presque toujours une perversion du sens éthique. Il glisse dans le mensonge, l'hypocrisie, la malhonnêteté. Par essence il côtoie ; il côtoie l'obstacle au lieu de le franchir, de même qu'il côtoie la vérité au lieu de l'aborder. A cause de la nature même de ses aptitudes, et aussi à cause de la crainte d'être démasqué, il n'a pas la faculté d'aller librement de l'avant ; son genre n'étale pas comme la mémoire et l'activité de ses frères en débilité. Le mate-t-on dans une affaire, il applique à une autre sa même tactique, ce dont on ne saurait s'étonner, puisqu'il ne peut qu'obéir à son génie. Bien des débiles se bornent aux petites habiletés de la porte ; on les surveille assez pour les empêcher de la forcer. Passent-ils en sourdine, ils ne tardent pas à se brûler les ailes et sont obligés d'opérer sur un autre théâtre.

Somme toute, l'habileté ne compense la débilité qu'au prix d'incessants aléas.

Le mélange de la *débilité* avec le *sentimentalisme* repré-

sente une formule assez souvent productive pour son possesseur. Tous les modes de sentimentalisme sont possibles, de l'affectivité véritable à la puérile sensiblerie. D'un naturel affectif, le débile peut se créer des attaches avec des individus fort intelligents, car rares sont les hommes qui demeurent inaccessibles à la sensibilité dont on les enveloppe. Il y a même pour le cérébral une sorte de détente à fréquenter de temps en temps un compagnon auprès de qui il suffise de donner libre cours à la camaraderie et à l'amitié ; l'idéation a besoin de repos. On se demande quelquefois comment se sont établies des affinités entre amis de niveau intellectuel très inégal : il est cependant facile de comprendre que tous les frais en sont fournis par le cerveau sensible. Le débile affectif se garde d'un isolement dont, inaffectif, il courrait risque de subir les conséquences.

La sensiblerie, elle aussi, réussit parfois à le sauver. Elle éveille chez autrui une pitié plus ou moins discrète, qui hésite à se refréner. On ne s'illusionne pas sur la valeur du bon garçonisme ; on l'accepte cependant, par satisfaction sans doute d'échapper à l'égoïsme ou à l'indifférence de l'ambiance courante.

C'est ainsi que le débile sentimental crée autour de lui un réseau dont avec le temps s'accentue la solidité. Il le tend tout naturellement et sans malice, simplement pour obéir à ses instincts de sociabilité. On lui donne la main avec la même bonne foi : on ne se leurre pas sur son compte ; on ne lui demande rien hors sa sympathie. Les liens se nouent de la sorte par la douceur ; ils se resserrent à la longue, si bien que la débilité, de laquelle on prend l'habitude, finit par s'estomper dans l'affectivité. Mais c'est à coup sûr le débile qui, n'ayant d'autre corde à son arc, en jouera pour en tirer le profit pratique dont il a besoin : on s'en aperçoit, on ne le lui reproche pas, on lui prête même assistance parce qu'on le sait bienveillant et parce que, se dit-on, il faut bien que tout le monde vive.

***

Taxer un sujet de débilité ne saurait donc signifier qu'on doive le considérer comme manquant de ressources. Il y a là deux notions différentes, à ne pas associer dans un seul jugement.

Des moyens de compensation de nature variée permettent en effet aux débiles d'orienter leurs existences au mieux de leurs intérêts, et souvent avec un appréciable succès. Certains débiles possèdent, à des degrés divers, plusieurs de ces moyens, tels les débiles rusés qui exploitent la compassion, dont Courbon parlait au XXVIIIe Congrès des aliénistes et neurologistes, tenu à Bruxelles, en août 1924. Ils en arrivent ainsi à être sérieusement armés, beaucoup mieux que les gens où une grande intelligence va de pair avec le manque de sens utilitaire, avec l'absence des attributs précités qui permettent à l'indigence psychique de faire bonne figure dans le monde. Sans doute les débiles ont-ils encore d'autres moyens de se défendre, et de se défendre jusqu'à ne se laisser dévoiler que par des personnes compétentes et perspicaces. J'ai simplement voulu attirer l'attention sur les procédés les plus habituels. Je me reprocherais du reste de ne pas signaler, à ce propos, avec quelle justesse Hesnard et Paul-Boncour, au Congrès de Bruxelles, ont souligné l'importance de l'analyse du caractère chez chaque débile.

***

Un dernier point : est-il bon et utile pour la société que les débiles soient en état de se compenser ?

La question comporte une double réponse, l'une négative, l'autre positive, commandées toutes deux par un élément que j'ai jusqu'ici laissé dans l'ombre : la vanité. Parler de débilité sans parler de vanité est presque impossible, tant se symbiosent les deux tares, — vanité flagrante du débile ou vanité qui se cache, se grime, se transforme. Vaniteux, le débile chante plus haut que sa lyre ; il devient socialement deux fois nuisible, parce qu'il s'accapare d'une tâche qu'il est incapable de mener à bien, parce qu'il y supplante un autre mieux qualifié. Non vaniteux, il accorde ses accents aux sons de sa lyre ; il demeure à son plan, y rend les services appropriés à ses facultés et accomplit œuvre utile dans sa sphère. On entend des gens intelligents se plaindre que des débiles leur soient préférés. Ils sont dans le vrai. Pourquoi aussi y a-t-il tant de lacunes dans tant de cerveaux intelligents ?

Sclérose en plaques et Syphilis

Par A. SEZARY,
Médecin des Hôpitaux de Paris,

La nature de la sclérose en plaques n'est pas encore élucidée. On n'admet plus aujourd'hui que, comme l'avait soutenu Pierre Marie, cette affection soit la séquelle d'une maladie infectieuse banale. Il est plus vraisemblable qu'elle est due à un agent microbien particulier. Mais ce germe, que quelques auteurs croient être le spirochète de Kuhn et Steiner, est encore inconnu.

Dans cette incertitude, et selon la tendance habituelle de la médecine contemporaine qui, en présence d'une affection chronique de cause indéterminée, envisage toujours la possibilité de son origine syphilitique, on s'est demandé si la sclérose en plaques n'était pas due au tréponème pâle.

La question semble avoir été posée par Moncorvo (de Rio-de-Janeiro) en 1884, par Schuster (1) en 1885 et par Fournier (2) en 1886. Mais contrairement à ce que l'on a écrit, l'éminent syphiligraphe, qui avait pris nettement position en faveur de l'origine syphilitique du tabès et de la paralysie générale, était beaucoup moins affirmatif au sujet de la sclérose en plaques : « Il y a longtemps, dit-il, que, pour ma part, je considère théoriquement la sclérose en plaques comme une affection où la syphilis est destinée à prendre quelque jour une part étiologique. Mais à la vérité cette conception est restée pour moi jusqu'à ce jour toute platonique — passez-moi l'expression —, car je n'ai pas encore eu l'occasion de mettre la main sur un seul fait de nature à la légitimer soit cliniquement, soit anatomiquement.... » Rappelant que la dissémination des lésions, leur nature scléreuse, leur origine infectieuse admise par certains neurologistes, sont des arguments en faveur de son hypothèse, Fournier ajoute qu'« un simple fait clinique serait à coup sûr beaucoup plus démonstratif que toutes ces indications *a priori* ». Il rapporte ensuite une des trois observations de Moncorvo (où le diagnostic de sclérose en plaques est, à notre avis, très discutable) et conclut : « Il serait prématuré de vouloir porter un jugement sur les faits qui précèdent. Conservons une] note plus juste en pré-

(1) SCHUSTER. — *Deutsche med. Wochenschrift*, 1885, p. 878.
(2) A. FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive, 1886, p. 530.

sentant seulement comme possible ou probable l'influence pathogénique exercée par l'hérédo-syphilis sur la production de la sclérose en plaques. » Mais dans son Traité des affections parasyphilitiques paru en 1894, Fournier ne fait plus mention de la sclérose en plaques dans la liste des affections nerveuses qu'il rattachait à la syphilis acquise ou héréditaire.

La question est encore d'actualité, puisque nous ne savons rien de sûr sur l'agent pathogène de l'affection. Comme le dit André-Thomas, « on ne peut déjà affirmer que l'origine non syphilitique soit scientifiquement, rigoureusement et définitivement démontrée ». Mais ce n'est pas là une raison pour admettre l'origine syphilitique. Sinon, toutes les maladies chroniques de nature indéterminée devraient être rattachées à la syphilis. Il faut au contraire discuter les faits positifs et chercher en eux des arguments en faveur où à l'encontre de cette opinion.

C'est ainsi qu'ont procédé un grand nombre de neurologistes, et André-Thomas (1) lui-même, qui conclut qu'actuellement la plupart des arguments ne sont pas en faveur de l'origine syphilitique de la sclérose en plaques.

La majorité des auteurs est encore plus affirmative : elle ne reconnaît à la syphilis aucun rôle étiologique. Telle est l'opinion qu'ont émise Pierre Marie, Erb, Muller, Strumpel, Gowers, Nonne, Marburg, Wohlwill, Guillain, Clovis Vincent, Sicard, Barré, etc.

Certains croient cependant que la syphilis peut parfois provoquer la vraie sclérose en plaques (Wernicke, Westphal, Marquézy).

D'autres enfin admettent nettement l'origine syphilitique (Jacobsohn, Cardarelli). En France, M. Dufour (2) s'est fait le défenseur de cette théorie : l'hérédo-syphilis, d'après lui, serait le facteur étiologique prédominant de l'affection.

On voit combien l'opinion est divisée sur ce point et combien Gaucher s'illusionnait lorsqu'en 1916, il écrivait que « l'étiologie syphilitique de la sclérose en plaques est admise par la plupart des auteurs, syphiligraphes et neurologistes ».

Le problème a cependant un gros intérêt pratique. Car nous ne connaissons actuellement aucun traitement efficace de la sclérose en plaques. Si sa nature syphilitique était démontrée, il serait important d'instituer chez les malades un traitement spécifique intensif, tandis que dans le cas contraire, celui-ci serait, sinon nuisible, tout au moins inutile.

La question des rapports de la sclérose en plaques avec la syphilis a été discutée le plus souvent jusqu'ici d'une façon incomplète par les auteurs, les uns l'envisageant en anatomo-pathologistes, d'autres en cliniciens, d'autres en biologistes. Nous voudrions la reprendre ici dans son ensemble, et, après une discussion serrée des arguments qu'on peut faire valoir, exposer notre point de vue.

***

Rappelons d'abord brièvement les caractères essentiels de la sclérose en plaques, tels qu'ils ont été exposés récemment dans le substantiel rapport de M. Guillain (3) à la Réunion neurologique de 1924, puis dans la thèse de Marquézy (4).

(1) André-Thomas. — *Revue Neurologique*, juin 1921, tome 1, nº 6, p. 740.
(2) Dufour. — *Société médicale des hôpitaux de Paris*, mai 1916, juin 1923, février 1925.
(3) Réunion neurologique de 1924, *Revue Neurologique*, juin 1924, Tome I. nº 6, p. 648.
(4) Marquézy. — Thèse de Paris, 1924.

L'affection débute généralement entre 18 ans et 40 ans, rarement avant ou après, de telle sorte qu'un syndrome nerveux apparaissant plus tôt ou plus tard n'est pas le plus souvent une sclérose en plaques (P. Marie).

Elle s'annonce par des symptômes fort variables. Le malade commence par éprouver une certaine gêne dans la marche et accuse un épuisement très rapide de sa force musculaire. En même temps, il se plaint d'engourdissements, de fourmillements aux extrémités. Souvent aussi il souffre de vertiges, d'une légère difficulté de la miction, de troubles de la parole, d'une baisse de l'acuité visuelle ou de diplopie. Ces symptômes sont fréquemment transitoires, passagers, et ce caractère particulier est important à retenir.

Puis ces signes se précisent.

Une paraplégie spasmodique plus ou moins marquée s'installe, s'accompagnant parfois seulement de légers troubles sphinctériens.

Les troubles cérébelleux s'accentuent, provoquant de l'asynergie, de la dysmétrie, de l'adiadococinésie, puis du tremblement intentionnel, du nystagmus, de la scansion de la parole.

Les troubles des réflexes dénotent l'atteinte de la voie pyramidale, mais, tout comme les symptômes du début, ils ne sont pas permanents, ils peuvent varier d'un jour à l'autre, et même disparaître pendant un certain temps.

Les troubles de la sensibilité objective sont particuliers. En effet, tandis que, dans la règle, la sensibilité superficielle n'est pas altérée, au contraire la sensibilité profonde et osseuse est souvent diminuée ou abolie. Cette dissociation constitue un caractère important de la sclérose en plaques.

Les symptômes oculaires sont fréquents. En dehors du nystagmus, nous citerons l'atrophie segmentaire de la papille par névrite rétro-bulbaire, avec ou sans troubles visuels, et la paralysie isolée ou associée, souvent transitoire, des muscles oculo-moteurs. Insistons sur l'absence constante du signe d'Argyll-Robertson.

L'affection évolue par poussées successives séparées par des périodes de rémission parfois très prolongées. Les troubles de la marche, ceux de la vision peuvent rétrocéder notablement. Mais à chaque recrudescence, les signes antérieurs s'accentuent, de nouveaux symptômes apparaissent et leur amélioration devient plus rare.

La durée totale est très variable, depuis quelques mois jusqu'à 20, 30, 40 ans. Le dénouement est parfois hâté par l'apparition d'une myélite aiguë ascendante, qu'il est difficile d'attribuer à un virus différent de celui de la sclérose en plaques, et dont l'étude histologique est, pour cette raison, tout à fait intéressante.

En somme, en dehors des troubles pyramidaux et cérébelleux qui constituent ses symptômes majeurs, la sclérose en plaques se caractérise par son début lent et insidieux, son évolution par poussées successives, la régression transitoire ou durable de certains de ses signes objectifs, la rareté ou le peu d'importance des troubles sphinctériens, l'association fréquente de troubles oculaires, l'absence constante du signe d'Argyll-Robertson, la rareté des troubles sensitifs superficiels contrastant avec l'existence de troubles sensitifs profonds.

Le clinicien trouve encore certains caractères importants dans l'*étude du liquide céphalo-rachidien*, La leucocytose y est assez rare : Sicard ne l'a notée que 2 fois sur 7, Bériel 11 fois sur 47, Marquézy 5 fois sur 27, Souques 14 fois sur 42. Elle ne s'observe donc que dans un quart des cas. Quand elle existe, elle est minime, sauf exceptions. Elle subit des poussées intermittentes (Souques) qui n'ont pas

nécessairement de rapport avec une poussée évolutive clinique (Marquézy). L'hyperalbuminose ne s'observe également que dans un quart des cas, et même en l'absence de leucocytose. Enfin, la réaction de Bordet-Wassermann y est généralement négative, tandis que la réaction du benjoin colloïdal y est le plus souvent du type subpositif : cette dissociation des deux réactions, sans être constante ni pathognomonique, est cependant une particularité importante à retenir pour le diagnostic (Achard, Guillain).

L'*anatomie pathologique* achève de donner à la sclérose en plaques son originalité. Ses lésions consistent en *foyers névrogliques* disséminés dans l'axe cérebro-spinal et même dans certains nerfs craniens. Dans ces foyers, fait important, les cylindraxes, atteints par une sorte de névrite périaxile (Babinski), ne sont généralement pas détruits, ce qui explique l'absence de dégénérations secondaires au-dessus et au-dessous des lésions, le caractère transitoire de certains symptômes et même l'absence de troubles qui devraient résulter de la localisation de certains placards de sclérose. C'est seulement dans quelques cas exceptionnels que les cylindraxes sont détruits et que des dégénérescences secondaires se produisent. Les *méninges* sont rarement altérées. Quant aux *vaisseaux*, ils s'entourent, au cours des poussées évolutives, de cellules rondes dépourvues d'enclaves lipoïdiques (André-Thomas), comme cela s'observe dans les infections du névraxe, encéphalite épidémique, poliomyélite aiguë, etc. Dans les formes invétérées ou torpides, leurs parois sont normales ou quelquefois épaissies.

Si nous rappelons enfin que la sclérose en plaques est rebelle à toutes les thérapeutiques qu'on a expérimentées jusqu'ici, y compris la thérapeutique antisyphilitique, et que les améliorations temporaires qu'elle peut présenter sont spontanées, nous aurons brièvement résumé les caractères essentiels de cette mystérieuse affection, tels qu'ils apparaissent du moins à la grande majorité des neurologistes, et donné ainsi une base à la discussion de son origine syphilitique.

***

Trouvons-nous en effet, dans les caractères que nous venons d'énumérer, des arguments qui permettent d'assimiler la sclérose en plaques à un type connu de syphilis nerveuse ? C'est ce que nous allons discuter tout d'abord, en ne retenant que les points particulièrement démonstratifs.

I. Arguments anatomo-pathologiques. — Considérons d'abord les faits anatomo-pathologiques.

Dans la règle, les lésions syphilitiques du névraxe sont destructives et provoquent des dégénérescences secondaires. Or c'est seulement dans des cas rarissimes qu'on voit la sclérose en plaques agir de même (Babinski) ou la syphilis créer des plaques névrogliques sans interruption des cylindraxes (Catola (1), Bériel et Delachanal (2), André Thomas (3) et peut-être Orlovski (4), Thomas et Long (5), Nageotte et Riche (6)). Malgré ces exceptions, il existe là un premier caractère distinctif.

(1) Catola. — *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1906, p. 337. (Noter que M. Guillain n'accepte pas le diagnostic de sclérose en plaques porté par l'auteur).
(2) Bériel et Delachanal. — *L'Encéphale*, avril 1913, nº 4, p. 301.
(3) André-Thomas. — *Revue Neurologique*, 1924, nº 6, p. 741.
(4) Orlovski. — Analyse *Revue Neurologique*, 1897, p. 341.
(5) Thomas et Long. — *Soc. Biologie*, 1899. p. 769. et Long, *Thèse*, Genève. 1899. (Voir Discussion Ladame, *Revue Neurologique*, 1900, p. 66).
(6) Nageotte et Riche. — *Traité d'histologie pathologique de Cornil et Ranvier*, t. III, p. 312.

En second lieu, les lésions des méninges sont incomparablement plus intenses dans la syphilis : dans la sclérose en plaques, elles sont inconstantes ou, lorsqu'elles existent, légères. Dans un cas que nous avons publié avec Jumentié (1) et où la sclérose en plaques s'était terminée par un syndrome de myélite aiguë ascendante, il n'y avait pas d'altération inflammatoire de la pie-mère.

Il faut noter aussi dans la syphilis la fréquence des lésions des racines postérieures. Or celles-ci sont indemnes d'altérations inflammatoires dans la sclérose en plaques.

De même, les lésions vasculaires sont beaucoup plus constantes et plus intenses dans la syphilis. Comme l'a fait justement remarquer Clovis Vincent (2), la plaque de sclérose centrée par un vaisseau peu ou pas altéré est une plaque névroglique fibrillaire presque dépourvue d'éléments cellulaires. Au contraire, dans la syphilis, l'élément essentiel est le plasmome ou lymphocytome périvasculaire avec phlébite ou artérite et infiltration méningée constante (3).

II. Argument bactériologique. — Remarquons aussi que jamais, au cours des recherches microbiologiques faites en vue de retrouver le spirochète de Kuhn et Steiner, on n'a pu décéler de tréponème. Cet argument, dont la valeur n'est sans doute pas absolue, puisqu'il est négatif, a cependant une importance qui mérite d'être soulignée.

III. Arguments biologiques. — Comparons maintenant le syndrome humoral des deux affections.

Les légères anomalies du liquide céphalo-rachidien de la sclérose en plaques s'opposent aux profondes modifications constatées dans la syphilis nerveuse. L'état cytologique normal ou faiblement altéré, l'hyperalbuminose rare, la dissociation des réactions du benjoin et de Bordet-Wassermann contrastent avec la forte leucocytose et l'hyperalbuminose, avec la réaction de Bordet-Wassermann associée à la réaction du benjoin qu'on observe généralement dans la syphilis nerveuse. Dans le tabès, on peut, assez rarement d'ailleurs, observer une dissociation entre la réaction de Wassermann et celles du benjoin, mais on constate alors, comme le dit justement M. Guillain, de la lymphocytose, de l'hyperalbuminose et la réaction des globulines.

Il nous semble qu'en tenant compte du petit nombre de modifications que peut susciter un état pathologique quel qu'il soit, dans le liquide céphalo-rachidien, il est difficile d'identifier ou même d'assimiler l'état de ce liquide dans la syphilis nerveuse et dans la sclérose en plaques.

IV. Arguments cliniques. — La sclérose en plaques diffère d'une façon radicale de la syphilis diffuse du névraxe par un certain nombre de signes cliniques. Tels sont :

1º L'*évolution générale* de l'affection. La sclérose en plaques débute insidieusement, s'installe très lentement, procède par poussées évolutives suivies de rémissions

(1) Sézary et Jumentié. — *Revue Neurologique*. 1924, tome I, nº 6, p. 747.
(2) Clovis Vincent. — *Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1925, nº 9, p. 350.
(3) Certains auteurs, tels que Thomas et Long, Orlovski. Nageotte et Riche, ont cru pouvoir, dans une même moelle épinière, soupçonner, sinon affirmer, la coïncidence de foyers névrogliques syphilitiques et de plaques de sclérose. Leur opinion montre qu'on peut distinguer les lésions de la sclérose en plaques de celles de la syphilis nerveuse. Il est vrai que, de leur côté, les unicistes peuvent voir dans ces cas un argument en faveur de leur opinion. Ces faits, exceptionnels sont, d'interprétation discutable et ne sauraient être retenus dans cette discussion.

parfois très marquées. Au contraire, la syphilis nerveuse en foyers débute rapidement et jette le masque avant quelques semaines, ne présentant ni rémissions marquées, ni améliorations globales spontanées.

2° La *disparition temporaire ou prolongée de symptômes ou de signes objectifs*, tels que troubles de la vision, anomalies des réflexes. Cette disparition, fréquente dans la sclérose en plaques, est rarissime (exception faite pour certaines paralysies oculaires) dans la syphilis nerveuse.

3° L'*absence des troubles de la sensibilité superficielle*, qui au contraire sont fréquents dans la syphilis. Leur absence dans la sclérose en plaques contraste avec l'existence de troubles de la sensibilité profonde.

4° L'*absence constante du signe d'Argyll-Robertson*, de constatation si banale dans la syphilis acquise ou héréditaire des centres nerveux. Cet argument nous paraît particulièrement important.

5° La rareté ou la faible importance des *troubles sphinctériens*.

6° L'absence constante de la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang des malades qui n'ont pas contracté la syphilis.

7° La rareté de la coexistence de lésions syphilitiques avérées, telles que aortite, leucoplasie, qu'il est presque banal de constater chez les syphilitiques nerveux.

8° La conviction que beaucoup d'auteurs ont acquise après une enquête minutieuse, de l'absence de syphilis héréditaire ou acquise dans les antécédents de la majorité des malades (Marquézy) ;

9° L'inefficacité habituelle du traitement antisyphilitique (mercure, iodure, arsenic, bismuth) dans les cas répondant au tableau clinique que nous avons rappelé plus haut.

Voilà un nombre imposant d'arguments cliniques que l'on peut faire valoir, avec raison nous semble-t-il, contre l'origine syphilitique de la sclérose en plaques. Joints aux arguments anatomiques, bactériologiques et biologiques, ils semblent bien contredire l'opinion défendue en France par M. Dufour.

***

Il serait cependant invraisemblable, en raison de sa tendance à provoquer des lésions multiples dans les centres nerveux, que la syphilis ne puisse réaliser un syndrome qui, atteignant entre autres systèmes la voie pyramidale et le cervelet, simule la sclérose en plaques.

Et, de fait, de telles observations existent. Charcot, Gombault, Westphal, Reinhold, Bechterew, Siemerling et Racke, etc., ont admis une forme de syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques. Pierre Marie l'a décrite sous le nom de « sclérose multiloculaire diffuse syphilitique » et a insisté sur ses particularités anatomiques (plaques moins nombreuses, à contours flous et irréguliers, à cylindraxes détruits) et sur la rapidité de son évolution. Orlovski, Nonne, Perrin et Parisot, Claude (1), Sézary, Dessaint et Jonesco (2), en ont rapporté des exemples.

Cliniquement, cette forme de syphilis disséminée des centres nerveux se distingue de la sclérose en plaques par :

1° Son apparition souvent plus tardive, après 40 ans ;

2° Son évolution rapide (P. Marie, Sicard) ;

3° L'absence de rémission des symptômes ou de l'affection elle-même ;

4° La fréquence des troubles de la sensibilité superficielle ;

5° La fréquence des troubles sphinctériens ;

6° La coïncidence assez fréquente du signe d'Argyll-Robertson, d'aortite, de leucoplasie ;

7° Le syndrome humoral et surtout les anomalies du liquide céphalo-rachidien sur lesquelles nous ne reviendrons pas ;

8° L'efficacité habituelle du traitement qui dans le cas de Schuster, de Perrin et Parisot, de Bechterew, dans celui que nous avons publié avec Dessaint et Jonesco, a produit, sinon la guérison, du moins une amélioration durable.

On voit donc que lorsque la syphilis simule la sclérose en plaques, elle ne le fait qu'imparfaitement. Comme le dit Nonne, elle n'en copie que les formes frustes ou atypiques. De telle sorte qu'il est possible, chez un sujet manifestement syphilitique, de diagnostiquer la sclérose en plaques, comme nous l'avons fait dans un cas étudié avec Jumentié (1) où l'examen histologique a confirmé notre diagnostic clinique.

Il n'est cependant pas impossible que, par une exception qui ne saurait se répéter souvent, la syphilis nerveuse simule complètement la sclérose en plaques. Cette éventualité a peut-être été réalisée dans les trois dernières observations de la thèse de Marquézy et dans le cas de Devic et Bernheim (2), concernant des sujets atteints de syphilis acquise. Malheureusement l'absence de contrôle anatomique ne permet pas une conclusion définitive sur ce point.

***

Il résulte de cette discussion que :

1° Malgré l'obscurité de son étiologie, la sclérose en plaques doit conserver son autonomie ;

2° Si l'on ne comprend sous ce nom que le syndrome auquel la presque totalité des neurologistes donne les limites que nous avons rappelées au début de ce travail, elle ne relève généralement pas de la syphilis ;

3° La syphilis peut réaliser un syndrome simulant la sclérose en plaques, mais s'en distinguant généralement par sa symptomatologie, son anatomie pathologique et son syndrome humoral.

A l'encontre de ces conclusions, quels sont donc les arguments que font valoir les partisans de l'origine syphilitique de l'affection ?

Du point de vue clinique, M. Dufour (3) invoque :

1° Le début de la maladie à un âge peu avancé. Mais toute affection précoce serait-elle de nature hérédo-syphilitique ? Cela paraît peu vraisemblable. D'ailleurs, les statistiques montrent que les premiers symptômes de la sclérose en plaques apparaissent rarement avant 18 ans.

2° Le syndrome humoral du liquide céphalo-rachidien. Mais sur ce point, M. Dufour est en contradiction avec toutes les statistiques que nous avons rappelées. Il n'est pas exact que, comme il l'a écrit, la lymphocytose céphalo-rachidienne soit presque constante dans la sclérose en plaques. Il trouve également un pourcentage de réactions de Bordet-Wassermann qui n'a jamais été signalé par les autres auteurs, sinon dans la syphilis nerveuse simulant la sclérose en plaques.

(1) CLAUDE. — *Bulletin médical*, 6 janvier 1912, p. 15.
(2) SÉZARY, DESSAINT et JONESCO. — *Soc. médicale des Hôpitaux de Paris*, 30 novembre 1924, *Bulletin* n° 35, p. 2657.

(1) SÉZARY et JUMENTIÉ. — *Loc. citato.* Voir aussi l'observation sans contrôle anatomique de MM. Claude et Targowla (*Soc. méd. hôp.* 23 janvier 1925).
(2) DEVIC et BERNHEIM. — *Journal de médecine de Lyon*, 5 décembre 1924, p. 687.
(3) DUFOUR. — *Revue Neurologique*, juin 1924, t. I, n° 6, p. 784.

3° L'action du traitement spécifique dont M. Dufour aurait obtenu de bons résultats. Cette constatation est encore en contradiction avec tout ce qui a été dit à ce sujet à la Réunion neurologique de 1924.

De telle sorte qu'on peut se demander si l'opinion presque isolée de M. Dufour ne tient pas à une sorte de malentendu, résultant de ce qu'il considère comme scléroses en plaques des cas de syphilis nerveuse.

Mais ce malentendu, s'il existe, est dû à la conception de M. Dufour, qui englobe sous la dénomination de sclérose en plaques tous les cas de syndrome cérébello-pyramidal. Nous avons suffisamment insisté plus haut sur les signes différentiels de la sclérose en plaques et de la syphilis nerveuse multiloculaire pour ne pas revenir ici sur la nécessité qu'il y a de faire une discrimination parmi les affections dues à des lésions disséminées du névraxe.

Du point de vue anatomique, Catola, Bériel et Delachanal ont fait valoir que la syphilis nerveuse peut créer des foyers névrogliques analogues à ceux de la sclérose en plaques. Mais ces faits sont rarissimes, et leur existence ne prouve pas que la syphilis soit la cause habituelle de la sclérose en plaques. Ils expliquent seulement la possibilité des cas exceptionnels auxquels nous avons fait allusion et où la syphilis simule la sclérose en plaques typique.

En somme, *les partisans de l'origine syphilitique de la sclérose en plaques se sont basés sur des faits exceptionnels pour en tirer une loi générale*.

A n'envisager au contraire que les faits d'observation presque constante, on arrive à cette conclusion que *dans la règle la syphilis ne joue aucun rôle dans l'étiologie de la sclérose en plaques* et qu'il est impossible de placer cette affection dans le cadre actuellement bien défini de la syphilis nerveuse.

Cette conclusion, qui concorde avec l'opinion de la plupart des neurologistes contemporains, laisse le champ libre à de nouvelles recherches sur l'agent pathogène de la sclérose en plaques.

Diagnostic et traitement des syndromes d'hypertension intracranienne

Par MM. Cl. VINCENT et Th. DE MARTEL

A l'heure actuelle, on ne compte plus les malades atteints d'hypertension intracranienne qui doivent une modification heureuse de leur état à une intervention chirurgicale : la trépanation faite au moment opportun soulage presque toujours les malades, elle conserve la vue à beaucoup, elle en guérit définitivement quelques-uns. Tout médecin doit donc être susceptible de soupçonner, de reconnaître, d'interpréter, dans les cas simples, un syndrome d'hypertension.

Dans le présent article nous nous efforcerons, non d'être complets, mais d'être pratiques.

Parfois c'est brusquement, le plus souvent c'est peu à peu que débute la maladie. Dans certains cas, il y a d'abord un seul symptôme, la céphalée par exemple, d'autres fois il y en a plusieurs, mais ils sont frustes. Puis la maladie évolue, le tableau clinique se précise et s'enrichit souvent de telle façon qu'il est possible de porter le diagnostic du syndrome et de sa cause, parfois aussi de telle sorte que les signes nouveaux sont plus propres à apporter l'erreur que la vérité.

Nous allons d'abord montrer ce que nous considérons comme le cas type, puis nous dirons, autant que cela se peut, comment le type dévie et comment cependant on peut le soupçonner sous un déguisement.

Dans les syndromes d'hypertension type, quatre phénomènes doivent surtout solliciter l'attention du médecin : la céphalée, les vomissements, les troubles de la vue, les modifications du liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire.

La céphalée. — Elle est le premier phénomène qui souvent gêne les malades et les engage à consulter. Parfois elle apparaît brusquement et s'installe d'emblée avec toute son intensité. D'autres fois, elle met quelques jours à atteindre son acmé, d'autres fois encore elle a été précédée pendant des semaines et des mois par un état de lourdeur de tête. C'est presque toujours une céphalée horrible. Le malade a la sensation d'un poids dans la tête, ou encore il a l'impression que son cerveau va éclater ; d'autres fois encore, c'est une sensation de martèlement. Le malade atteint donne l'impression de l'animal qui vient de recevoir un coup sur la tête. Concentré en lui-même, tout entier à sa douleur, il a un air d'hébétude, de torpeur douloureuse qui oriente souvent le clinicien vers le diagnostic. Cette céphalée déjà si pénible augmente encore à de certains moments et devient suraiguë. Ces crises surviennent parfois spontanément, souvent elles sont provoquées. Si on remue le malade, si on le met debout ou seulement assis, au bout d'un instant il crie sa douleur et supplie qu'on le laisse tranquille. Et même son visage pâlit, se couvre de sueur, il fait souvent un effort de vomissement tandis que le pouls est de plus en plus faible et rapide. Il semble que la syncope soit proche. Si on l'étend, en général ces phénomènes disparaissent vite.

Cette céphalée est très peu soulagée par les moyens ordinaires. Elle cède plus volontiers à la thérapeutique mécanique : ponction lombaire, trépanation. Nous y reviendrons au sujet du traitement. Pendant un certain temps et à mesure que la maladie évolue, la céphalée augmente. Pourtant dans quelques cas, la torpeur dans laquelle est plongé le malade atténue jusqu'à un certain point la douleur.

Au début, il peut arriver que la céphalée soit localisée. Spontanément alors le malade se plaint de souffrir dans telle ou telle partie de la tête ; dans d'autres cas, c'est la percussion systématique des différentes régions du crâne qui permet de localiser la douleur. Il arrive parfois que le maximum de la douleur corresponde au siège d'une tumeur, mais il faut savoir que, dans bien des cas, le clinicien est induit en erreur par le maximum de la douleur spontanée ou provoquée. Il ne faut pas trop compter sur la douleur localisée pour faire un diagnostic topographique.

Il est exceptionnel que cette céphalée ne s'accompagne pas, au moins à un moment donné, de vomissements.

Il est classique de dire que les vomissements des syndromes d'hypertension sont des vomissements en fusée. Cela est souvent exact. Ils se produisent de la façon suivante : brusquement un malade, presque sans avertissement préalable, parfois spontanément, parfois à l'occasion d'un mouvement, rend à pleine bouche et sous pression le contenu de l'estomac. Mais il n'en est pas toujours ainsi. En effet, presque toujours la céphalée s'accompagne d'un état nauséeux qui augmente comme la céphalée quand on remue le malade. Il n'est pas rare alors que ces nausées s'accompagnent d'efforts de vomissements, particulièrement pénibles.

Parfois les vomissements commencent avec la céphalée, parfois ils sont les premiers en date ; comme la céphalée, ils diminuent souvent quand la torpeur cérébrale s'installe. Il est difficile de préciser leur mécanisme. On les interprète volontiers comme un phénomène bulbaire. Nous dirons qu'ils ressemblent, par un grand nombre de caractères, aux vomissements qu'on observe dans certaines lésions du vestibule, ou qu'on obtient parfois dans la recherche du vertige voltaïque, dans l'épreuve calorique de Barani. Comme, d'autre part, les syndromes d'hypertension retentissent très facilement sur l'appareil

vestibulaire, on peut leur supposer une origine labyrinthique.

Les troubles de la vue. — Ils constituent l'élément fondamental du diagnostic de syndrome d'hypertension. Il ne faut pas se lasser de les rechercher chez tout individu qu'on peut soupçonner de ce syndrome ; or, doit être soupçonné tout malade atteint de céphalée persistante, de vomissements, de vertiges que rien n'explique, de certains symptômes cérébraux qui n'ont pas de cause précise. Le médecin doit être aussi prêt à se servir de l'ophtalmoscope que du marteau à réflexes. Car il ne faut point attendre que les troubles de la vue soient manifestes pour examiner le fond d'œil.

En règle générale, les phénomènes objectifs précèdent les phénomènes subjectifs. On peut, dans quelques cas rares, il est vrai, surprendre à leur début, les modifications de la papille. Celle-ci est d'abord rouge, les veines sont dilatées, tortueuses, puis tandis que ces phénomènes persistent ou augmentent, l'œdème apparaît, parfois dans toute la papille à la fois, parfois seulement dans un secteur. L'aspect en est alors flou ; les bords, au lieu d'être nets, sont estompés. Tantôt pendant longtemps les choses en restent là, tantôt les phénomènes se précipitent et la stase remplace l'œdème.

L'individu atteint de stase papillaire se présente souvent avec un aspect très caractéristique. Il regarde dans le vide parce qu'il est aveugle ou presque aveugle, il a les pupilles dilatées, immobiles complètement ou presque complètement à la lumière. Le fond de l'œil, très facile à voir ici à cause de la dilatation pupillaire, est très modifié. La papille est d'un rouge vineux, elle fait saillie comme un champignon à la surface de la rétine. La saillie s'apprécie grâce à l'aspect des veines ; celles-ci, dilatées, tortueuses, plus encore que dans l'œdème simple, sont comme cassées ; en effet, toutes les parties de leur cours ne sont pas au point en même temps. Il existe des hémorragies dans la gaine des vaisseaux ou en dehors.

L'acuité visuelle d'un tel malade peut être nulle, presque nulle, ou voisine de la normale. Cette acuité visuelle est souvent mal appréciée dn malade lui-même et l'on voit des individus devenir presque aveugles, surtout parmi ceux qui ne lisent pas, sans s'en apercevoir et c'est souvent seulement en apparence que l'amaurose a un début subit. Chez certains malades, le trouble visuel est passager avant de devenir définitif ; quelquefois même il ne dure qu'un instant.

Quoi qu'il en soit, tout malade atteint de stase papillaire doit être surveillé avec soin. L'acuité visuelle doit être mesurée à l'échelle au moins une fois par semaine. Le champ visuel devra être pris fréquemment. Ainsi la moindre baisse de l'acuité sera très rapidement reconnue et l'on pourra intervenir en temps utile.

Un peu plus tard, sans que l'on puisse fixer de règle ou de temps pour cela, l'atrophie succédera à la stase. La papille est alors blanche, les artères sont petites, les veines peuvent rester longtemps un peu dilatées et les contours de la papille estompés. Cette dilatation veineuse cet aspect des contours, permettent de distinguer l'atrophie de stase de l'atrophie tabétique.

L'examen du liquide rachidien peut fournir des résultats très importants dans les syndromes d'hypertension intracranienne.

D'abord, et c'est un point sur lequel M. Claude a insisté récemment, il est sous une tension supérieure à la normale. Cette tension peut s'apprécier simplement en regardant le liquide s'échapper du pavillon de l'aiguille au cours d'une ponction lombaire (dans les syndromes d'hypertension il s'échappe généralement en jet) ou bien avec le manomètre imaginé par Claude (1) ce qui est préférable.

L'analyse chimique, cytologique, biologique du liquide obtenu par la ponction donne dans un grand nombre de faits des arguments précieux pour apprécier le diagnostic de syndrome d'hypertension.

Presque toujours le taux de l'albumine du liquide céphalo-rachidien est augmenté en pareil cas. Il peut l'être très peu, il peut l'être énormément, et, à vrai dire, il n'y a que si l'augmentation est notable qu'il faut en tenir compte. Cette augmentation acquiert une importance particulière au cas où elle ne s'accompagne point de mofications cytologiques du liquide rachidien (Sicard, Foix).

Plus intéressante et plus décisive encore peut-être pour le diagnostic de néoplasme cérébral, est la présence de fibrine dans le liquide. Spontanément alors ou après addition de sérum frais, il se coagule. Presque toujours la fibrinose s'accompagne d'une teinte jaune du liquide et très fréquemment, même s'il n'y a aucune raison de penser que le malade est un syphilitique, la réaction de Wassermann y est positive. Hyperalbuminose rachidienne, fibrinose, présence de la réaction de Wassermann sans réaction cellulaire dans le liquide rachidien, alors que le Wassermann est négatif dans le sang, indiquent presque sûrement une hypertension intra-cranienne, et même un néoplasme.

Les recherches cytologiques effectuées sur le liquide céphalo-rachidien montrent que dans un grand nombre de cas il n'y a pas d'augmentation du nombre des lymphocytes, ou bien cette augmentation est faible et ne peut, la plupart du temps, servir d'argument en faveur ou contre un néoplasme cérébral. D'autres fois, il y a réaction lymphocytaire abondante. Cette réaction ne signifie syphilis que si l'épreuve de Wassermann est positive. Enfin, dans certaines tumeurs cérébrales, particulièrement dans celles qui sont secondaires, le liquide céphalo-rachidien peut être envahi par des cellules dont la morphologie, l'aspect atypique imposent le diagnostic.

La céphalée, les vomissements, les troubles de la vue sont en général les traits fondamentaux du tableau d'un syndrome d'hypertension intracranienne. Ils peuvent exister seuls ou presque seuls, mais la plupart du temps ils sont accompagnés d'autres phénomènes. Les uns sont liés au siège même de la tumeur cause de l'hypertension. Ils sont variables, comme le siège même des tumeurs. Nous les dirons en établissant le diagnostic de la localisation de ces tumeurs. Les autres de ces phénomènes sont liés à l'augmentation de pression intracranienne même et ont peut-être le même mécanisme que les vomissements et les troubles de la vue. Ce sont parmi les plus fréquents, les crises d'épilepsie, parfois localisées, plus souvent généralisées ; les vertiges, nous verrons que dans certains cas ils prennent une telle importance qu'à eux seuls ils fixent toute l'attention du clinicien. Ils s'accompagnent alors presque toujours de troubles dans le domaine du nerf vestibulaire, décelables par la recherche du vertige voltaïque (Babinski) ou par l'épreuve calorique (Barani) : des phénomènes moteurs, les uns à type central (exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski), les autres à type périphérique (abolition des réflexes tendineux). Batten et Collier, d'une part, M. Nageotte d'autre part, ont montré que ces derniers phénomènes étaient liés à une altération du nerf radiculaire, ayant pour conséquence une dégénérescence des cordons postérieurs. Ils s'accompagnent souvent de douleurs dans les membres, spontanées ou provoquées, de signe de Kernig. Enfin, dans quelques cas, les troubles psychiques seront tels qu'au premier abord le malade aura l'air d'un paralytique général.

On voit par cela même combien peut être complexe et surtout combien variable le tableau de l'hypertension intra-cranienne. Dans tels cas, le syndrome d'hypertension sera au complet, mais il manquera les troubles accessoires. Dans tel autre, les phénomènes dits de localisation seront les seuls apparents et le malade sera un bulbaire, un cérébelleux, un hémiplégique ; d'autres fois, le phénomène le plus saillant sera le vertige et le patient se comportera comme un labyrinthique.

Parfois encore, le syndrome pourra être fruste ; le

malade n'aura pas de céphalée et on pensera à un neurasthénique ; il n'aura que des vomissements et on le soupçonnera de sténose pylorique. Enfin, dans quelques cas rares, nous l'avons vu, il aura des troubles mentaux. Les cas dans lesquels le néoplasme est une trouvaille d'autopsie sont assez fréquents. Cela ne veut point dire qu'il n y avait pas de signes. Souvent, il s'agit de malades incomplètement examinés, surtout qui n'ont point été surveillés. On n'a point recherché chez eux l'état de la papille, ou bien on s'est contenté de les examiner une fois, et puis on a considéré leurs plaintes persistantes comme l'indice d'un état neurasthénique, et on ne s'est plus occupé d'eux jusqu'à la table d'autopsie.

Si donc, dans certains cas, le diagnostic d'hypertension intra-cranienne s'impose à l'esprit, dans d'autres l'anomalie des symptômes, leur banalité, leur absence, sont faits pour éloigner cette idée. Il faut avoir toujours présent à l'esprit qu'un individu atteint de céphalée, vertiges, amaurose, hémiplégie, etc., peut être atteint d'un symptôme d'hypertension qui va se révéler immédiatement si l'on veut bien se donner la peine d'examiner la papille, ou bien qui se révélera à la longue si on a la patience de suivre le malade longtemps — des années s'il le faut. Un malade, depuis deux ans dans le service de M. Babinski pour des crises épileptiques, a été reconnu tout récemment comme atteint d'un syndrome d'hypertension intracranienne, grâce à l'examen patient et répété du fond de l'œil. Chez lui, on a vu un jour, après de multiples examens infructueux, la stase pupillaire se distendre, un cadran devenir flou, puis l'œdème s'est étendu. On allait intervenir quand le malade mourut subitement. Il portait une volumineuse tumeur frontale.

L'examen systématique des malades longtemps et patiemment poursuivi est donc indispensable avant de pouvoir affirmer qu'ils n'ont point d'hypertension intracranienne surtout s'ils ont un trouble nerveux permanent.

Causes de l'hypertension intracranienne. — Dans l'ignorance où nous sommes du mécanisme de l'hypertension, nous étudierons seulement les causes que nous sommes à l'heure présente susceptibles de bien juger : l'hydrocéphalie et les tumeurs du cerveau (qui, en grande partie, agissent par hydrocéphalie).

Logiquement, dans l'étude des syndromes d'hypertension intracranienne, on devrait donc étudier toutes les causes d'hydrocéphalie. On a l'habitude, pourtant, de rejeter de cette étude les méningites aiguës ou chroniques (bactériennes, tuberculeuses, syphilitiques même) sans doute parce que leur solution rapide, les troubles de l'état général qui les accompagnent, l'absence de grande stase papillaire, la réaction méningée constante, leur donne un aspect clinique particulier. Et pourtant elles s'accompagnent bien d'hypertension. Certaines d'entre elles, même à évolution lente, s'accompagnent chez l'enfant du signe le plus manifeste de l'hydrocéphalie : l'écartement des os du crâne. Mais, en général, on saisit ici la relation de cause à effet qu'il y a entre la méningite et l'hydrocéphalie. Dans les cas à évolution lente et quand la guérison de la méningite est réalisée, on a sous les yeux le tableau clinique de l'hydrocéphalie pure. Il est en effet acquis que les méningites sont à l'origine de certaines hydrocéphalies.

Chez l'adulte, la méningite chronique syphilitique avec localisation prédominant à la base du cerveau peut évoluer avec les signes d'une tumeur et il peut être très difficile de faire la distinction. Les recherches biologiques rendent ici les plus grands services. Chez un pareil malade, les quatre réactions (Nonne) sont positives, c'est-à-dire on a : dans le sang la réaction de Wassermann positive ; dans le liquide rachidien : albumine, lymphocytose abondante, réaction de Wassermann positive, mais comme nous l'avons indiqué plus haut, il ne suffit pas que la réaction de Wassermann soit positive pour affirmer la syphilis, il y a en même temps réaction méningée.

Ce que nous venons de dire de l'hypertension des méningites pourrait être redit de l'hypertension de l'urémie. Certains états méningés d'origine brightique créent un tableau clinique tel que c'est à s'y méprendre celui d'une tumeur du cerveau. La céphalée des brightiques ne le cède guère en acuité à la céphalée des porteurs d'un néoplasme cérébral ; de plus ils vomissent, ils ont des troubles de la vision. Il faut une analyse précise de l'état du fond de l'œil et de tout l'organisme pour faire la différence. Dans l'urémie, la saillie de la papille est exceptionnelle, il existe seulement de l'œdème ; les hémorragies sont plus abondantes que dans l'hypertension intracranienne, surtout il y a des taches blanches brillantes ressemblant à des gouttelettes de bougie que M. Chauffard considère comme des dépôts de cholestérine. L'examen de l'organisme montre dans ces cas, que les urines sont modifiées ; elles sont rares, contiennent de l'albumine, des cylindres ; il y a des œdèmes, bref le malade a de la rétention chlorurée. D'autres fois, il a une hypertension artérielle énorme, il a de la rétention azotée, comme l'a montré M. Widal.

Les faits peuvent ne pas être toujours aussi nets. Un malade observé récemment avait une céphalée intense, présentait une stase papillaire de tumeur cérébrale. Il était d'autre part fortement hypertendu (il avait 30 à l'oscillomètre de Pachon). A cause de cela, on lui fit plusieurs saignées. En même temps que la tension artérielle baissait, la stase diminua et la papille devint presque normale. Il y a donc des raisons de penser que chez ce malade, il existait un rapport étroit entre l'hypertension artérielle et la stase papillaire.

Quand en présence d'un syndrome d'hydrocéphalie, il est certain que la cause n'est ni une méningite, ni l'urémie, c'est qu'il s'agit d'hydrocéphalie essentielle ou de tumeur du cerveau. Nous ne nous arrêtons pas sur la pachyméningite hémorragique qui, au fond, est une tumeur de la dure-mère et doit dans bien des cas être traitée comme telle. Disons toutefois que dans les cas où elle a une allure classique, elle est caractérisée par une lourdeur de tête persistante, des ictus répétés avec ou sans perte de connaissance, à la suite desquels s'installe un syndrome méningé qui dure plus ou moins, suivant qu'on a pratiqué une ponction lombaire ou non. Celle-ci, au moment des poussées, peut révéler du sang récemment épanché dans le liquide céphalo rachidien. Les autres phénomènes sont les mêmes que ceux des néoplasmes et on observe des altérations papillaires, des convulsions, etc.

Quels sont maintenant les caractères des hydrocéphalies, les caractères des tumeurs du cerveau ?

L'hydrocéphalie congénitale a pour elle un caractère essentiel : la grosse tête, mais cette grosse tête peut ne pas s'accompagner de phénomènes caractéristiques de l'hypertension : céphalée, troubles papillaires ; ou de phénomènes caractéristiques de lésion cérébrale localisée : hémiplégie, épilepsie.

Les cas de ce genre ne rentrent pas dans notre étude, bien qu'ils aient vraisemblablement le même mécanisme que ceux qui s'accompagnent d'hypertension.

L'hydrocéphalie congénitale avec grosse tête, stase ou atrophie papillaire, syndrome de Little, épilepsie, troubles mentaux, reconnaît comme cause fréquente la syphilis des parents. Il faut rechercher cette affection chez eux, chez l'enfant par les méthodes ordinaires, cliniques et biologiques.

Ne peut-il y avoir d'autres causes d'hydrocéphalie ; nous avons reconnu comme telles, plus haut, certaines méningites bactériennes à évolution lente, mais il y en a probablement encore d'autres. Certaines intoxications de la mère, peut-être le saturnisme, comme cela est relativement fréquent chez l'adulte.

Chez l'adulte, l'hydrocéphalie se voit dans des conditions encore mal déterminées avec semble-t-il, comme

substrat anatomique, l'épendymite. Quincke, qui semble avoir vu le premier ces hydrocéphalies, ces méningites séreuses comme il les appelait, leur reconnaissait deux causes essentielles : la syphilis et le saturnisme. Pour notre part, nous avons observé deux cas cliniques de méningite séreuse chez des femmes de syphilitiques, syphilitiques elles-mêmes et il semble bien qu'un certain nombre de faits rapportés par M. Mosny sous le nom de méningite saturnine, se rapprochent des observations de Quincke. N'y a-t-il point d'autres causes d'hydrocéphalie essentielle ? Il est bien probable qu'il y en a, mais à l'heure présente nous sommes incapable de les préciser.

Cliniquement, l'hydrocéphalie essentielle se caractérise par un syndrome d'hypertension pure sans phénomène de localisation. Il faut bien savoir qu'il est toujours très difficile de distinguer l'hydrocéphalie essentielle d'une tumeur du cerveau.

Pratiquement on a plus de chance de ne pas se tromper en disant toujours tumeur du cerveau, car les tumeurs sont plus fréquentes. Mais si on veut risquer un diagnostic, il faut se souvenir qu'il y a des tumeurs sans signe de localisation : qu'inversement il y a des hydrocéphalies avec des signes de localisation apparents. En effet, l'hypertension seule peut déterminer des troubles pyramidaux, des vertiges, une paralysie oculaire et on pourrait être tenté de localiser dans les centres ou sur le trajet des fibres correspondantes une lésion qui n'y est pas au moins visible macroscopiquement. Pour que des phénomènes tels que les précédents aient une valeur localisatrice, il faut qu'ils soient permaments, assez prononcés : il faut surtout qu'ils fassent partie d'un groupement de signes. Isolés, il n'est pas sûr qu'ils indiquent un siège, par conséquent une lésion localisée visible à l'œil nu et palpable.

Localisation des tumeurs du cerveau. — Il existe dans les hémisphères deux régions où l'on peut localiser plus facilement que dans les autres les néoplasmes.

Ce sont :

La zone rolandique ;

La région occipitale.

Qu'elles soient corticales ou sous-corticales, les tumeurs de la zone rolandique sont celles qui vraisemblablement se dévoilent le plus tôt, grâce au procédé tapageur par lequel s'exprime la cellule motrice : l'épilepsie, souvent à type Jacksonien. On a l'habitude de dire que dans ces tumeurs les signes d'hypertension sont tardifs ; en réalité ce n'est peut être pas toujours les signes d'hypertension qui sont tardifs, mais les signes de localisation qui sont précoces. Il est actuellement dans le service de M. Babinski un malade présentant uniquement des crises jacksoniennes. Une trépanation faite en pleine région rolandique a montré un cerveau d'apparence normale : or, un petit fragment de l'organe prélevé par biopsie a montré qu'il s'agissait d'un gliome en voie de développement.

Chez d'autres malades, c'est une hémiplégie qui marque le début de la maladie. Elle peut se faire par morceaux, c'est à dire que le membre inférieur se prend d'abord, progressivement ou subitement : puis, le membre supérieur de la même façon : et ainsi s'installe une *hémiplégie organique typique* avec modification des réflexes, accompagnée d'épilepsie ou non, accompagnée ou non, suivant l'hémisphère, d'aphasie motrice.

D'autres fois encore, l'hémiplégie se sera installée d'une façon progressive, mais chose singulière, elle ne s'accompagnera point de modification des réflexes tendineux, de contracture, malgré sa durée ; les réflexes cutanés pourront être normaux. On pourra, par conséquent, penser que le malade est un hystérique. Il faudra tenir grand compte alors des phénomènes convulsifs qui ont pu exister, de l'aphasie qui a pu être passagère, surtout de la flexion exagérée de l'avant-bras sur le bras, du signe de la pronation, du balancement passif du membre supérieur, du retrait de ce membre, tous phénomènes dont M. Babinski a montré l'importance pratique. Dans ces cas, il s'agit souvent d'une compression par une tumeur extra-cérébrale (sarcome, gomme) qui refoule le tissu cérébral sans le détruire, comme dans les cas rapportés par M. Babinski et par l'un de nous.

Dans les faits où la tumeur siège derrière le sillon de Rolando, et intéressera plus la pariétale ascendante que la frontale ascendante, on peut observer de l'épilepsie partielle, des troubles moteurs permanents très légers, mais il existe surtout des troubles de la sensibilité qui prédominent sur les sensibilités profondes. Les perceptions stéréognostiques sont abolies et il y a une véritable agnosie. C'était le cas d'un petit malade de M. Babinski porteur d'un abcès à staphylocoques, trépané et actuellement guéri.

D'un diagnostic moins précoce, mais encore facile, sont les néo-formations du lobe occipital. Il est exceptionnel qu'ici le trouble précède le phénomène d'hypertension. Ce n'est même que dans les cas exceptionnels (M. Claude) et quand on fait pour tous les malades un examen au campimètre que l'on peut déceler dès l'origine l'existence d'un secteur du champ visuel dans lequel la vision est abolie. Plus tard il existe une hémianopsie homonyme sans réaction de Wernicke. Suivant la direction vers laquelle le néoplasme s'étend les phénomènes précédents s'accompagnent de cécité verbale pure ou d'aphasie de Wernicke.

Si la tumeur a dans les hémisphères un autre siège que les précédentes, il est bien difficile de la localiser. Souvent même on ne pourra porter aucun diagnostic ou bien la localisation sera erronée : car c'est dans les tumeurs des régions muettes que les signes accessoires d'hypertension (vertige, paralysie d'un nerf crânien) entraînent plus facilement des erreurs. Dans quelques cas on pourra trouver la tumeur, comme l'un de nous l'a indiqué, en pratiquant une double trépanation décompressive dans la région sous-temporale.

Essayons toutefois de dire comment parfois on peut risquer avec quelques chances de succès le diagnostic topographique.

Une tumeur du lobe frontal peut être soupçonnée s'il existe une céphalée localisée dans la région : de l'exophtalmie unilatérale : des troubles mentaux avec moria : des crises épileptiques se reproduisant fréquemment et *ne s'accompagnant pas de troubles moteurs persistants.* Mais dans beaucoup d'observations le diagnostic est mal orienté, par suite de la présence de phénomènes qui semblent ne point s'expliquer par des lésions frontales, tels que la surdité (M. Souques) ou l'ataxie (Bruns, Vincent). Pour les autres régions, pour le corps calleux, malgré la notion d'apraxie, on est réduit souvent à des conjectures. Horsley, cependant, localise parfois une tumeur ou un abcès d'après l'aura qui précède la crise d'épilepsie jacksonienne. L'aura sera psychique dans les lésions frontales : olfactive dans les lésions de la corne d'Ammon : auditive dans les lésions temporales. Dans un cas qui nous a été montré à Berlin, un kyste hydatique de la région temporale causait des crises jacksoniennes précédées d'une aura auditive : le malade entendait alors la voix de sa mère.

On voit d'après cela combien est fragile dans bien des cas la localisation d'une tumeur du manteau cérébral et combien on doit se garder d'être affirmatif dès que la localisation n'est pas évidente.

Dans les tumeurs de la base du cerveau et du tronc cérébral on arrive plus fréquemment à indiquer le siège d'une tumeur. Nous dirons ici particulièrement comment on reconnaît une tumeur de l'hypophyse, une tumeur de la région bulbo protubérantielle du cervelet.

Tumeurs de l'hypophyse. — Les tumeurs de l'hypophyse, moins fréquentes que les tumeurs des régions précédentes, se révèlent par un syndrome qui n'est pas moins caractéristique. Dans un premier groupe de faits, les ma-

lades sont des acromégaliques ou des géants. Géants. d'après Brissaud. si la tumeur a commencé dans l'enfance ; acromégalique, si elle a commencé dans l'âge adulte. Le gigantisme, en dehors de la hauteur des sujets. se caractérise par l'absence de soudure de leur épiphyse et leur aspect infantile. Dans l'acromégalie, s'il s'agit d'une femme, la maladie commence par la suppression des règles ; puis les os des extrémités et les extrémités des os s'accroissent : en même temps, le malade se voûte, son thorax prend la forme d'un thorax de polichinelle. Il peut exister un véritable diabète hypophysaire. Ce tableau clinique déjà significatif se complète par l'existence de phénomènes d'hypertension : céphalée, épilepsie, etc. : surtout de troubles dus à des lésions de voisinage ; lésions des IIIe, IVe, VIe paires craniennes, lésion des bandelettes optiques : l'hémianopsie bitemporale est, on peut dire, de règle en pareille circonstance.

Dans un second groupe de faits, les malades présentent le syndrome adiposo génital, dit de Frölich, dont la première observation avec autopsie a été rapportée en réalité par M. Babinski. La recherche de ces différents signes doit se compléter par la radiographie de la région hypophysaire et la recherche de l'élargissement de la selle turcique. M. Toupet a fixé avec M. Infroit les règles de cet examen radiographique.

Tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. — Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux tirent presque entièrement leur symptomatologie de ce fait qu'elles sont des gliomes du nerf acoustique. Dans presque tous les cas, quand la céphalée conduit le malade à consulter, *depuis des années* il est sourd d'une oreille, il a des vertiges, il souffre de la face, des dents et il n'est pas rare qu'il se soit fait arracher d'un côté la plus grande partie de ces dernières. Au fur et à mesure que la maladie évolue, à ces phénomènes s'ajoutent une paralysie faciale légère ; celle-ci est accompagnée parfois, non toujours, d'une paralysie de la VIe paire du côté de la surdité, ou mieux une paralysie des mouvements de latéralité des yeux ; des phénomènes cérébelleux siégeant du même côté que la surdité ; puis se montrent des troubles moteurs, des troubles sensitifs par lésion des voies centrales et siégeant du côté du corps opposé à la surdité. Plus tard encore, il n'est pas rare encore que la surdité, les troubles moteurs et sensitifs deviennent bilatéraux ; la tumeur non seulement comprime directement la protubérance, mais encore l'écrase contre le rocher opposé. On comprend que dans ces cas, le diagnostic soit des plus difficiles avec une tumeur intra protubérantielle. Nous répétons : le diagnostic repose presque tout entier sur la lente évolution des lésions, sur l'ordre d'apparition des divers troubles. Le premier signe, ou l'un des premiers, est une surdité avec vertige plus ou moins tôt accompagnée de troubles dans le domaine du trijumeau (névralgies, anesthésie, aréflexie cornéenne), les troubles par lésion de la voie pyramidale et du ruban du Reil étant longtemps frustes.

Au contraire, dans les tumeurs de la protubérance, il est rare qu'il n'existe pas d'une façon précoce une hémiplégie plus ou moins accentuée, des troubles sensitifs nets, à type de dissociation syringomyélique. La paralysie faciale, beaucoup plus complète que dans les tumeurs de l'acoustique, s'accompagne presque fatalement de la paralysie de la VIe paire ; la présence de troubles de l'ouïe est beaucoup moins nécessaire. Les troubles cérébelleux, les troubles sympathiques (phénomènes oculaires et phénomènes vaso-moteurs) complètent ce tableau clinique. Tôt ou tard aussi dans ces cas, la lésion diffuse et les signes ont tendance à devenir bilatéraux.

Les tumeurs du bulbe ont les mêmes symptômes que les tumeurs protubérantielles, à cette différence près que les troubles dans le domaine du facial, du moteur oculaire externe sont remplacés par les troubles dans le domaine du glosso-pharyngien, du vago-spinal, de l'hypoglosse. Il existe parfois de la glycosurie et de la polyurie. Avec une fréquence encore plus grande que dans les autres formes, le pouls est instable, rapide, hypotendu, défaillant à la moindre cause ou spontanément : la mort subite ou rapide est plus fréquente encore que dans n'importe quelle tumeur.

Les tumeurs du plancher du IVe ventricule, quelle que soit leur nature, kyste développé aux dépens des plexus choroïdes ventriculaires, épithéliome néo-formatif, né au niveau du toit du cervelet, etc., sont d'un diagnostic presque impossible. On ne trouve guère que les phénomènes ordinaires de l'hydrocéphalie, auxquels s'ajoutent des vertiges, une titubation extrême (parfois presque sans phénomènes purement cérébelleux) une paralysie des mouvements associés des yeux dans les deux sens, sans paralysie faciale. Parfois aussi, la tête est portée en arrière avec déviation à droite et à gauche.

Quant aux tumeurs du cervelet, suivant surtout la rapidité de leur développement, elles sont les plus bruyantes ou les plus silencieuses des tumeurs.

Il est extrêmement fréquent qu'elles ne se révèlent que par de l'ataxie. La station debout est difficile. Le malade a parfois de la rétropulsion ; debout, tout le corps incline en arrière et tomberait si on ne le retenait pas ; d'autres fois, c'est la titubation ou la latéropulsion qui fixe toute l'attention. Mais l'ataxie n'est pas propre aux tumeurs cérébelleuses. Elle peut accompagner toutes les autres tumeurs du cerveau, particulièrement les tumeurs frontales, on ne peut affirmer la localisation cérébelleuse que s'il existe avec l'ataxie les signes qui appartiennent aux lésions de l'appareil cérébelleux : asynergie, tremblement intentionnel, adiadococinésie, parole scandée. Ajoutons que dans les tumeurs cérébelleuses, la douleur longtemps fixée dans la région de l'occipital, la déviation de la tête et son inclinaison, la paralysie des mouvements associés des yeux sont souvent, avec l'ataxie, les seuls phénomènes révélateurs.

La nature des tumeurs du cerveau. — De toutes les tumeurs cérébrales, les plus fréquentes de beaucoup, même chez l'enfant, sont les gliomes. Aussi, en l'absence de toute raison particulière de porter un diagnostic, doit-on penser à cette tumeur.

Les sarcomes de différentes variétés, les cholestéatomes, ne se soupçonnent souvent même pas.

On ne peut soupçonner les tubercules, ils se voient chez des enfants couverts de tuberculides, ayant des lésions osseuses ganglionnaires, plus rarement peut-être des lésions pulmonaires. L'association avec la méningite tuberculeuse est fréquente. Les tubercules sont souvent multiples et l'un d'eux donne des signes. Dans ces conditions, on n'a que peu à espérer d'une trépanation. Cependant un malade, opéré par l'un de nous pour un syndrome d'hypertension d'origine inconnue, guérit ; il reprit son métier de couvreur, ayant succombé à une hémoptysie foudroyante, il fut trouvé porteur d'un tubercule cérébelleux calcifié, cause vraisemblable du syndrome d'hypertension ayant évolué quelques années auparavant.

Les gommes cérébrales sont rares. Elles ne se différencient des autres tumeurs du cerveau que parce qu'elles évoluent chez des syphilitiques, qu'elles s'accompagnent de réaction méningée et de la réaction de Wassermann. Mais *il faut bien retenir qu'en fait de tumeur cérébrale, s'il n'existe pas de leucocytose rachidienne, la réaction de Wassermann ne signifie pas nécessairement syphilis.* Il n'est pas exceptionnel que les gommes du cerveau ne cèdent pas au traitement spécifique et nécessitent la trépanation. D'après Lucas-Championnière, l'individu réagit mieux au traitement après décompression.

Les *kystes hydatiques*, rares dans nos pays, sont fréquents paraît il, dans la République Argentine, en Australie. Étant donné qu'ils guérissent par un traitement approprié, il est bon de rechercher systématiquement les anticorps hydatiques.

C'est pour la même raison que le diagnostic des abcès du cerveau est un des plus intéressants pour les neurologistes : car, on a parfois à les soigner de vraies joies thérapeutiques. Mais il faut bien dire aussi que, dans beaucoup de cas, il est très malaisé de les reconnaître.

Schématiquement, il s'agit d'un malade atteint de suppuration d'une cavité cranienne, l'oreille le plus souvent, un sinus parfois (frontal, sphénoïdal), Cette suppuration évidente dans certains cas, occulte dans d'autres, doit être toujours recherchée. A l'examen, on trouve chez le malade des *signes d'encéphalite*, avec ou sans signes de méningite : des *signes de localisation*, une *fièvre élevée*. Il ne faut pas trop compter ici sur l'œdème papillaire, il est tardif, ou tout au moins plus tardif que dans les autres tumeurs du cerveau. Comme souvent le temps presse, il faut demander à l'examen du sang quelque appoint pour le diagnostic.

Dans certains cas, l'allure clinique est tout autre ; la maladie évolue avec un syndrome méningé classique. A cause de cela, Horsley trépane d'une façon presque systématique toute méningite qui ne fait pas rapidement sa preuve. Il a vu guérir ainsi des abcès cérébelleux d'origine optique qu'aucun signe cérébelleux ne révélait.

D'autres fois l'évolution est encore plus torpide ; la phase d'encéphalite, la phase méningée, ont passé inaperçues et la maladie évolue vraiment comme une tumeur du cerveau. Témoin le cas du malade de Babinski, porteur d'un abcès de la région pariétale, dont nous avons parlé plus haut.

Enfin, en dehors des faits mêmes où l'abcès du cerveau est complètement latent jusqu'à la mort il en est qui ne donnent que des signes de cachexie, ou bien des signes de lésions en foyer qui ne diffèrent guère de ceux d'un ramollissement cérébral. L'un de nous, remplaçant M. Babinski dans son service, a observé avec M. Gendron un malade de 50 ans chez lequel l'abcès s'est manifesté *brusquement* par une monoplégie brachiale ; cette monoplégie avait été suivie d'une monoplégie crurale à évolution progressive. Il n'y eut pas d'épilepsie. L'examen répété du fond de l'œil, la ponction lombaire, n'avaient fourni aucun renseignement. Au bout d'un mois, le malade mourut dans le marasme. Il était porteur d'un abcès de la région rolandique gros comme une orange.

Les cas de ce genre ne sont pas très rares et pour les reconnaître en dehors des moyens habituels : examen du fond de l'œil, etc..., il faut rechercher la leucocytose et la polynucléose du sang, il faut faire une grande attention à la courbe thermique : chez le malade dont nous venons de parler, il y avait de temps à autre une petite élévation de la température.

L'examen du liquide céphalo-rachidien ne donne pas toujours les indications qu'on croirait pouvoir en attendre : en effet, le liquide est parfois normal ou presque normal ; parfois albumineux sans réaction cellulaire : parfois il montre une réaction lymphocytaire ou polynucléaire. Celle-ci est l'indice alors d'un état inflammatoire des méninges ou d'une partie des méninges et elle peut faire dévier le diagnostic vers celui de méningite. Dans les abcès otiques, par exemple, elle montre que la lésion s'est propagée aux méninges, mais elle n'est pas la preuve d'une localisation au cerveau.

Traitement de l'hypertension intracranienne et des tumeurs cérébrales. – Dans un syndrome d'hypertension intracranienne avec ou sans tumeur quand la vue est menacée, c'est-à-dire quand l'acuité visuelle est déjà faible ou si elle diminue rapidement, il n'y a que la décompression cérébrale, le plus souvent obtenue par trépanation qui puisse sauver la vue du malade. La décompression a encore l'avantage de faire disparaître presque instantanément la douleur de tête.

La céphalée calmée, l'amaurose évitée, on a le temps d'appliquer un traitement à la cause de l'hydrocéphalie. Naguère encore, au début de l'ère chirurgicale, on croyait qu'on pouvait, préalablement à la décompression, faire ce qu'on appelait un loyal essai de traitement médical. C'était alors le traitement spécifique. Il y a longtemps qu'Horsley s'est élevé contre ce « loyal essai de traitement médical ». Son seul résultat est, dans la majorité des cas, d'amener l'amaurose définitive.

Même si la tumeur est spécifique, même si elle est susceptible de fondre sous l'action des rayons X, si la vue est immédiatement menacée, il faut recourir à la décompression avant d'instituer le traitement médical.

Les différents moyens thérapeutiques dont nous disposons contre les tumeurs du cerveau sont les agents médicamenteux, la décompression cérébrale, l'ablation de la tumeur, la radiothérapie.

Parmi les *agents médicamenteux*, au point de vue pratique les antisyphilitiques méritent seuls de retenir l'attention. Le traitement spécifique doit être appliqué toutes les fois qu'on porte le diagnostic de tumeur du cerveau ou simplement d'hypertension intracranienne, Nous n'insistons pas sur ses différentes modalités.

Les résultats du traitement spécifique peuvent être très brillants, au moins momentanément ; mais ils sont rarement complets et Horsley insistait déjà sur ce fait que même les gommes doivent être, dans bien des cas, traitées par le chirurgien. Au surplus, on doit se souvenir que le traitement spécifique améliore momentanément des malades atteints d'un syndrome d'hypertension intracranienne dont l'origine n'est nullement spécifique ; il peut même donner l'impression de la guérison. Cette amélioration sous l'influence du traitement spécifique, la présence de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien au cours de l'évolution de certaines tumeurs non syphilitiques, ont fait souvent perdre un temps précieux pour le malade et différer une intervention chirurgicale qui seule eût pu sauver la vue du sujet.

Nous le répétons, l'idée qu'une tumeur cérébrale est de nature syphilitique ne doit pas faire oublier les dangers mécaniques.

La décompression peut être obtenue par ponction lombaire, par ponction ventriculaire, par trépanation simple jointe à la ponction lombaire ou à la ponction ventriculaire.

La ponction lombaire suffit très rarement à produire une décompression utile au malade ; mais elle suffit parfois. C'est pourquoi elle doit être conseillée dans certains cas. Elle sera faite avec précaution sur le malade couché. En général, elle aura besoin d'être répétée. Même faite lentement, elle ne met pas tout à fait le sujet à l'abri des dangers de la décompression et on a pu observer à sa suite des morts rapides résultant souvent d'une hémorragie abondante au sein de la tumeur.

Dans certains cas, rares à la vérité mais réels, la ponction lombaire exagère les troubles qu'elle se propose de soulager, en particulier la céphalée. En voici un exemple ;

Le malade est un homme de soixante ans ; il a présenté, il y a 26 ans, un syndrome d'hypertension intracranienne avec céphalée, œdème de la papille, titubation, Trépané par Broca dans la fosse cérébelleuse droite, il s'améliore et guérit. Pendant 26 ans il va, vient, exerce sa profession comme un homme normal. Au bout de ce temps, sans cause appréciable, les phénomènes d'hypertension reparaissent : céphalée très accentuée, état nauséeux, torpeur cérébrale, ralentissement du pouls, titubation, paralysie de la VIe paire droite, stase papillaire sans diminution de l'acuité visuelle. Aucun autre signe objectif d'une maladie du système nerveux. Il est pratiqué chez lui une ponction lombaire prudente ; on retire quinze centicubes d'un liquide qui au début sort en jet. Dès le soir de l'intervention la céphalée augmente et devient excessive, des troubles respiratoires se montrent : la respiration est difficile, avec de longues poses, le pouls est lent (48). Le lendemain, torpeur cérébrale accentuée. On attend quelques jours,

espérant que tous ces phénomènes disparaîtront ; au sixième jour, ils sont plus prononcés que le second jour. On décide de pratiquer une *ponction ventriculaire*. Celle-ci est faite au lieu d'élection et on retire quinze centicubes de liquide céphalo-rachidien. Dans les cinq minutes qui suivent, le malade sort de la somnolence, parle, déclare qu'il ne souffre plus de la tête ; le pouls est remonté à 72, la respiration est normale. L'amélioration s'accentue les jours suivants et persiste pendant quinze jours : l'œdème de la papille seul persiste. Au bout de ce temps la céphalée reparaît accompagnée d'angoisse respiratoire et de titubation. Nouvelle ponction ventriculaire : nouvelle amélioration immédiate persistante.

Comme on le voit, la ponction ventriculaire peut dans certains cas : 1º soulager les malades des troubles que la ponction lombaire a produits ; 2º à elle seule produire une amélioration qui donne l'impression d'une guérison.

La ponction ventriculaire peut être pratiquée soit au cours de la trépanation, soit après la trépanation, soit sans la trépanation ou tout au moins sans large retrépanation à travers un orifice osseux de quelques millimètres de diamètre.

Nous pratiquons d'ordinaire la ponction dans la corne occipitale. Celle-ci nous a paru plus facile à atteindre que les autres portions du ventricule. L'orifice osseux est pratiqué au niveau de l'occipital dans l'angle que fait le plan sagittal médian et un plan horizontal passant par la protubérance occipitale externe et la crête mastoïdienne ; une aiguille à ponction lombaire est enfoncée parallèlement à ces deux plans. En général, on trouve le liquide à une distance de cinq à sept centimètres.

Le traitement chirurgical des tumeurs cérébrales est tout différent suivant que la tumeur est localisée par le neurologiste en un point précis de l'encéphale, ou, au contraire, qu'aucune localisation n'étant possible, il s'agisse seulement de traiter une hypertension intracranienne. C'est ce dernier cas que nous envisagerons d'abord.

Au cours du syndrome d'hypertension intracranienne les indications opératoires sont surtout fournies par la céphalée et la stase papillaire. La céphalée à elle seule, lorsqu'elle est atroce et que les ponctions lombaires ne la calment pas, suffit à justifier la trépanation. Mais la stase papillaire a une toute autre importance, car il permet d'affirmer l'existence de l'hypertension et en même temps, il risque d'entraîner des lésions irréparables du fond de l'œil et la cécité.

A notre sens, dès que la stase papillaire est prononcée, il faut opérer sans hésitation, sans essayer aucun autre moyen thérapeutique moins actif. Nous voulons dire par là qu'il sera toujours temps d'utiliser les heureux effets du traitement spécifique et la ponction lombaire, une fois qu'une judicieuse trépanation aura assuré au malade la conservation de la vue.

Les raisons qui nous font agir ainsi sont les suivantes : quand, chez un malade, on observe pour la première fois l'œdème de la papille on ne sait pas depuis combien de temps il existe ; alors même qu'il n'y a aucune diminution de l'acuité visuelle, on ne peut affirmer que dans les quelques jours qui suivront cette diminution ne se produira pas. Quelquefois ce phénomène apparaît très brusquement, si bien qu'en un bref délai une acuité visuelle jusque-là normale tombe à presque rien. Il faut donc agir vite et sûrement. En résumé, chez tous les malades qui présentent un syndrome pouvant faire songer à une hypertension intracranienne, il faut examiner le fond de l'œil ; s'il existe de la stase papillaire, il faut opérer immédiatement ; si cette conduite était toujours suivie, les résultats thérapeutiques seraient très supérieurs à ce qu'ils sont. Peut-être trouvera-t-on que nous ne donnons pas à la ponction lombaire la place qu'elle mérite. C'est que nous la croyons au moins aussi dangereuse que la trépanation décompressive et, d'autre part, infiniment moins constante dans son action : en outre cette action n'est que temporaire, tandis que celle de la trépanation est plus durable.

Quel est le mécanisme des accidents observés à la suite de la ponction lombaire. On ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. Mais si l'on rapproche des expériences de Claude Bernard ce fait que la ponction lombaire est inoffensive après la trépanation, on est tenté de croire à la réalité de l'explication proposée par ce physologiste clairvoyant.

Voici ce qu'il dit :

« J'ai fait quelques expériences sur la soustraction du liquide céphalo-rachidien alors que l'air peut entrer librement dans la plaie, l'écoulement du liquide céphalo-rachidien ne produit pas immédiatement d'accidents, mais cette soustraction peut avoir des suites très graves lorsqu'on empêche l'accès de l'air en même temps qu'on aspire le liquide, c'est ce qui se produit lorsqu'au lieu d'inciser la membrane on la ponctionne à l'aide d'un trocart fin et qu'on retire le liquide par aspiration.,.......

....

» A l'autopsie j'ai trouvé que dans la moelle de ces animaux étaient disséminés une quantité de petits points apoplectiques.....

....

« Les lésions que nous venons de signaler peuvent s'expliquer par le défaut de pression sur les centres nerveux résultant de l'ablation du liquide céphalo-rachidien.

« Nous verrons en effet comment par un mouvement du reflux et de reflux, ce liquide régularise la circulation dans la moelle en exerçant sur les vaisseaux une pression qui fait équilibre à celle du sang qu'ils renferment. Cette contre-pression venant à manquer, les hémorragies se produisent dans la substance nerveuse ».

Cette explication est très vraisemblable et on comprend alors l'immunité qu'assure contre la ponction lombaire une trépanation décompressive, qui transforme la cavité cranienne de volume invariable en une cavité de volume variable, grâce au couvercle cutané dépressible qui existe au niveau de l'orifice osseux. Cette immunité est rendue sensible par ce fait que les trépanés présentent rarement de céphalée à la suite de la ponction.

Nous supposerons tout d'abord le cas le plus fréquent et aussi le plus simple ; on se trouve en présence d'un syndrome d'hypertension indiscutable, mais dont on ne peut déterminer la cause. En pareille circonstance on est surtout en droit de penser à une tumeur siégeant dans une zone muette du cerveau, bien que le même syndrome puisse être dû à une méningite séreuse. Il y a en tout cas lieu de pratiquer une trépanation décompressive. Le meilleur procédé est celui de Cushing qui consiste à ouvrir le crâne et la dure-mère dans la région sous-temporale ; le choix de cette région a été dicté par les raisons suivantes : chaque fois qu'on ouvre un crâne contenant un cerveau hypertendu, le cerveau se hernie au niveau de la trépanation et la portion herniée est au moins pour quelque temps supprimée fonctionnellement ; c'est ainsi que, si on commet la faute de pratiquer une opération décompressive au niveau de la zone motrice, on provoque une hémiplégie. Pour éviter toute complication de ce genre, il suffit d'opérer au niveau d'une zone cérébrale muette, c'est-à-dire d'une zone dont la lésion n'entraîne pas de troubles notables. La région sous-temporale est pour cette raison très indiquée. Elle est en outre bien protégée par le muscle temporal. En pratiquant la trépanation sous-temporale, il nous est arrivé cinq fois de trouver une tumeur qui n'avait pu être localisée avant l'intervention. Ceci est facile à comprendre l'absence de signe étant due précisément au siège de la tumeur dans une zone muette du cerveau. Dans les deux premiers cas,

ce fut le hasard seul qui nous conduisit sur la tumeur, dans les trois cas suivants ce fut systématiquement que nous ouvrîmes successivement les deux fosses sous-temporales, à quelques jours de distance, et c'est maintenant la technique que nous suivons dans tous les cas de trépanation décompressive.

Au cours de la première opération, nous ouvrons simplement le crâne osseux au niveau de la fosse sous-temporale gauche en prenant le plus grand soin de ne pas découvrir les circonvolutions motrices ni la région du pied de la troisième frontale, afin d'éviter les paralysies et les troubles du langage.

Au bout de quelques jours, une quinzaine environ (si la stase papillaire n'a pas complètement disparu), nous ouvrons la dure-mère ; nous sommes en effet partisans de la trépanation décompressive en deux temps. Pour justifier cette manière de faire, il nous suffira de faire remarquer que, dans bien des cas, la seule ouverture du crâne suffit à faire disparaître tous les symptômes : d'autre part l'ouverture immédiate de la dure-mère donne lieu à une hernie cérébrale, qui est quelquefois si volumineuse que la suture du lambeau cutané devient presque impossible si on ne pratique pas l'abrasion de la hernie, et que cette décompression cérébrale brutale entraîne souvent des phénomènes de chocs mortels.

On peut ouvrir la dure-mère au niveau de la zone déjà trépanée, c'est-à-dire de la fosse sous-temporale gauche. Nous préférons, en général, pratiquer la trépanation sous-temporale droite et ouvrir la dure mère dans cette région, parce que de cette façon les troubles provoqués par la hernie cérébrale sont beaucoup moins importants : en principe, on ne devrait observer aucun trouble du fait d'une hernie de la portion sous-temporale du cerveau, mais en pratique il n'en est pas toujours ainsi. Lorsque la hernie est très volumineuse, elle entraîne à sa suite les circonvolutions motrices les plus inférieures et les circonvolutions avoisinantes ; si l'opération porte sur le cerveau gauche, on observe une monoplégie brachiale droite très gênante, une paralysie faciale et des troubles du langage ; tandis que si le cerveau droit est seul intéressé, le malade est simplement atteint d'une monoplégie brachiale gauche beaucoup plus supportable, sans troubles du langage. Chez un gaucher, on procéderait de manière inverse.

Avant d'ouvrir la dure-mère, il est bon de faire une ponction lombaire. On voit, au bout de quelques instants, cette membrane qui d'abord était blanche, immobile et tendue se détendre, présenter des battements et changer de coloration, en même temps que les circonvolutions cérébrales et leurs vaisseaux apparaissent visibles au-dessous d'elle. Alors l'ouverture de la dure-mère expose beaucoup moins à une hernie cérébrale excessive. La même manœuvre peut être faite dès le premier temps de l'opération.

Après cette deuxième intervention, la stase papillaire peut disparaître complètement, mais il peut arriver malheureusement qu'entre la première et la deuxième opération des lésions définitives de la papille se constituent et que l'acuité visuelle baisse considérablement, aussi faut-il examiner le malade quotidiennement et pratiquer des ponctions lombaires qui, une fois le crâne osseux ouvert, sont sans danger et entraînent une grande diminution temporaire des phénomènes d'hypertension.

Une fois la dure-mère ouverte à droite, si nous n'avons pas trouvé de tumeur, nous nous considérons comme autorisés à ouvrir quelque temps après la dure-mère du côté gauche à une condition cependant, c'est que l'état de la cicatrice cutanée soit excellent et qu'aucune suppuration superficielle ne risque d'infecter les méninges.

Il nous est arrivé, comme nous l'avons rapporté plus haut, de trouver de cette façon de très volumineuses tumeurs cérébrales que rien ne permettait de localiser et que nous avons enlevées avec succès (4 guérisons sur 5 cas).

Nous devons maintenant envisager le cas où le syndrome d'hypertension est dû à une tumeur localisable ; il faut alors tenter l'extirpation de la tumeur tout en sachant que bien souvent on va au-devant d'un échec lorsqu'il s'agit par exemple, d'une tumeur infiltrée ou de tumeurs multiples. Nous signalerons ici les services rendus par la radiographie dans certains cas de tumeurs d'origine osseuse. L'un de nous, chez un malade du docteur Babinski, a enlevé avec succès une énorme tumeur qui avait été localisée de cette façon.

Il a également enlevé chez une malade du docteur Souques une tumeur cérébrale infiltrée de sels calcaires et que seule la radiographie fit découvrir. Il faut donc toujours faire radiographier le crâne et le cerveau avant d'affirmer qu'une tumeur n'est pas localisable et il est certain que la perfection de l'outillage permet seule de découvrir radiographiquement certaines tumeurs que des radiographies médiocres ne sauraient montrer.

Avant d'aborder la technique opératoire de la trépanation nous ferons remarquer que certaines précautions doivent être observées afin d'éviter le choc si fréquent à la suite de cette intervention. Il faut opérer en salle chaude (32° à 35°) il faut éviter que le cerveau ne se dessèche en l'irriguant d'une manière constante avec du sérum salé chaud (43°) ce qui exige une installation spéciale ; cette irrigation facilite aussi beaucoup l'hémostase : il faut ne toucher à la substance cérébrale elle-même qu'avec la plus grande douceur et surtout ne jamais exercer de pression à la surface du cerveau ; enfin, il faut prendre constamment la tension artérielle du malade, car c'est encore le plus simple moyen pour juger de son état de résistance et du degré du choc.

La trépanation en elle-même est, à l'heure actuelle, une opération rapide et simple, presque insignifiante. Nous la pratiquons toujours suivant le même mode. Nous taillons un volet cutané quadrilatère à base généralement inférieure : au niveau de cette base, nous passons une suture de Heldenhain qui assure l'hémostase des plus grosses artères, l'hémostase des trois autres côtés est faite à l'aide de pinces en T. L'opération est presque blanche.

Un trou est percé rapidement à l'un des angles inférieurs du lambeau et la scie verticale introduite par ce trou sectionne très vite l'os suivant le pourtour du futur volet qui est brisé à sa base avec beaucoup de douceur, grâce à un instrument spécial.

Toute cette instrumentation, qui permet de pratiquer une trépanation en quelques minutes a été inaugurée par l'un de nous il y a 14 ans et a été décrite à plusieurs reprises et en particulier dans le *Journal de Chirurgie* et la thèse de Poisson. Nous n'y insisterons pas.

Une fois le crâne ouvert, on doit si la tension artérielle est restée bonne, terminer l'opération. Mais si la tension artérielle a beaucoup baissé, mieux vaut remettre la suite de l'intervention à quelques jours. Dans les deux cas on ouvre la dure mère, on explore le cerveau, on le ponctionne, si on soupçonne l'existence d'un kyste ou d'un abcès et si on trouve la tumeur, on s'efforce de l'extirper avec le moins de traumatisme possible. Si, au contraire, on ne trouve rien on referme la brèche (trépanation sous-temporale à volet définitif), comme il a été dit plus haut.

Les tumeurs de l'angle ponto cérébelleux ou plutôt les tumeurs de l'acoustique méritent une mention toute spéciale. Elles sont en général localisées avec une grande exactitude et le chirurgien opère dans ces conditions avec confiance.

Autrefois les résultats obtenus étaient mauvais, mais, en suivant la technique de Cushing (incision en arbalète, large trépanation des deux fosses cérébelleuses, évidement de la coque de la tumeur sans toucher à cette coque) modifiée par l'un de nous (position assise, tête penchée en avant et reposant sur les bras, anesthésie locale) ils se sont grandement améliorés et nous pensons à l'heure actuelle que les tumeurs de l'acoustique sont parmi les tumeurs les plus chirurgicales.

Telle est la conduite que nous conseillons de suivre généralement. Mais à cette méthode de deux trépanations sous-temporales on peut opposer celle de la trépanation occipitale bilatérale qui a le très réel avantage de décomprimer les deux hémisphères cérébraux et le cervelet en ouvrant du même coup les deux fosses cérébrales postérieures et la loge cérébelleuse. Cette opération a également le grand avantage de permettre de substituer aux ponctions lombaires les ponctions ventriculaires qui se font en abordant le ventricule latéral par sa corne occipitale.

Parfois la cause de l'hypertension est de la façon la plus évidente une hydrocéphalie. Dans ce cas la trépanation décompressive ne produit plus d'aussi bons effets que lorsqu'il s'agit d'hypertension intracranienne par tumeurs avec œdème du cerveau sans dilatation ventriculaire.

Le cerveau est en effet soumis à une pression intérieure due au liquide contenu en quantité excessive dans ses cavités ventriculaires ; après la décompression on peut en pareil cas observer des hernies cérébrales énormes ; une tumeur fermant l'aqueduc de Sylvius peut donner naissance exactement aux mêmes phénomènes qui sont toujours justiciables d'une thérapeutique identique.

Le but qu'on se propose alors est de drainer les ventricules dans l'espace sous-arachnoïdien ou encore dans le tissu cellulaire sous-cutané. Mais on peut simplement se contenter d'évacuer de temps en temps le liquide par une ponction faite directement dans le ventricule par l'orifice de la trépanation décompressive : dans les cas d'hydrocéphalie d'origine spécifique, ce traitement permet de sauver la vue et d'attendre l'action bienfaisante du traitement médical.

Le drainage des cavités ventriculaire peut se faire de différentes façons. Nous avons, dans deux cas, planté dans le ventricule latéral une canule d'argent dont le pavillon venait s'étaler entre le cerveau et la dure-mère. L'un de nous a, dans deux autres cas, avec le docteur Chatelin et à la prière de M. le professeur Marie, pratiqué l'opération d'Anton et von Bramann qui consiste à pénétrer dans la cavité du ventricule à travers le corps calleux ; l'orifice ainsi produit ne se referme pas et assure le drainage du liquide accumulé. Mais cette intervention qui est présentée par ses auteurs comme très simple nous a semblé assez sérieuse.

Il faut opérer très près de la ligne médiane en un point où le sinus longitudinal est large et bordé parfois de lacs sanguins importants sur lesquels on peut tomber en perforant l'os, l'incision de la dure mère peut intéresser des affluents importants du sinus longitudinal et nous avouons n'avoir éprouvé aucune impression de sécurité en pratiquant ces interventions.

Nous n'avons jamais pratiqué le drainage des cavités ventriculaires dans le sinus longitudinal comme cela a été proposé.

Ces opérations chirurgicales durent généralement très longtemps et le choix de l'anesthésique est, dans ces conditions, important. Le chloroforme, très toxique, peut être employé pour le premier temps de l'opération qui ne demande que quelques minutes, mais nous lui préférons l'éther et encore mieux le protoxyde d'azote dont la toxicité est nulle.

Mais l'anesthésie locale est sans contredit la meilleure des anesthésies car elle permet la position assise de l'opéré. La chirurgie cérébrale doit se faire en position assise et sous anesthésie locale. Cette méthode défendue par l'un de nous depuis plus de douze ans commence à être adoptée par un très grand nombre de chirurgiens. Grâce à elle, on évite l'hémorragie veineuse si gênante et favorisée par la position basse de la tête et la gêne respiratoire qui accompagne la plupart des anesthésies générales, on évite la toux et le vomissement qui distendent brutalement la fragile substance nerveuse, on juge constamment de l'état général du malade beaucoup mieux que s'il dormait profondément.

Tels sont trop brièvement exposés les principes fondamentaux du traitement des tumeurs cérébrales.

La radiothérapie. — L'action de la radiothérapie doit être étudiée séparément sur les tumeurs développées à la base du cerveau et dépendant de l'hypophyse et de la région hypophysaire et sur les autres tumeurs cérébrales, les gliomes en particulier.

Actuellement on ne compte plus les malades atteints de tumeur de la région pituitaire qui ont été améliorés et certains, semble-t-il, guéris par l'action de la radiothérapie, et particulièrement de la radiothérapie pénétrante. L'action bienfaisante s'exerce sur la céphalée, parfois sur les troubles de la vue, sur le diabète hypophysaire, sur les troubles du syndrome Babinski-Frölich et même parfois sur l'état du squelette.

L'action sur les autres tumeurs de l'encéphale, sur les gliomes, est beaucoup plus discutée. Certains auteurs, particulièrement en Amérique et en Danemark, tendent à admettre que peu de gliomes résistent à l action des rayons ultra-pénétrants. En France, M. Roussy particulièrement admet que le fait est fréquent. Voici quelques phrases tirées de son rapport :

« Si, dans leur ensemble, on compare nos résultats avec ceux publiés dans la littérature, on en dégage immédiatement cette première notion, que la thérapeutique par les rayons ne paraît pas nous avoir donné de succès comparables à ceux des auteurs qui ont employé cette méthode avant nous. »

Et plus loin :

« Si décevants soient-ils (nos résultats), nous avons jugé utile de les publier avec l'espoir d'engager devant la Société de Neurologie de Paris une discussion sur le traitement des tumeurs cérébrales par les rayons X. C'est là, en effet, un sujet d'actualité qui mérite de nous occuper en raison de la tendance actuelle à trop généraliser peut-être les indications thérapeutiques de la radiothérapie pénétrante. »

Cependant, nous-mêmes avons eu l occasion d'observer un sujet porteur de gliome cérébral inextirpable vérifié lors d'une large trépanation, qui a bénéficié, depuis plus d'un an, d'une amélioration considérable.

Il s'agit d'un sujet d'une quarantaine d'années, présentant une hémiplégie qui s était installée morceau par morceau en quelque sorte, en commençant par l'extrémité du membre inférieur. Au moment de l'opération, le membre supérieur avait été pris à son tour. On observait en outre un état confusionnel très prononcé. Une semaine après l'opération, les bourdonnements de l'oreille gauche ont disparu. Les troubles mentaux sont moins accentués, le malade est beaucoup moins irritable, mais sa mémoire reste très troublée et au bout d'un instant de conversation, il ne comprend plus ce qu'on lui dit. L'hémiplégie gauche persiste. Deux semaines après l'opération, les caractères de celle-ci sont les suivants : la flexion dorsale du pied, l'extension des orteils restent impossibles ; la flexion plantaire est ébauchée : la flexion et l'extension du genou se font sans aucune force ; cependant, la flexion et l'extension de la hanche sont assez bonnes. La contracture, peu accentuée d'ailleurs, coïncide avec un certain état d'hypotonie. Pied presque balland : flexion de la jambe sur la cuisse exagérée. Aucun renforcement tonique par l'effort. Pas de syncinésie globale. On note cependant très nettement le phénomène de Strumpell.

Une atrophie musculaire assez considérable existe ; elle portent surtout sur la jambe, sur la cuisse.

Au membre supérieur, la force musculaire est nulle à la main, qui est comme inerte ; la flexion du coude est très faible ; l'extension en est meilleure : les mouvements de l'épaule sont relativement épargnés. Il existe des troubles du tonus peu marqués.

Tous les réflexes tendineux sont nettement exagérés à gauche. Signe de Babinski. Flexion dorsale du pied par

pincement du tiers inférieur de la jambe. Les réflexes crémastérien et abdominaux sont conservés.

Les bourdonnements de l'oreille gauche sont reparus.

A partir du 25 février, le malade est soumis dans le service de M. Proust, à Tenon, à une cure de radiothérapie profonde pratiquée par MM. Mallet et Colliez. Voici dans les détails les doses reçues par le malade par sept portes d'entrée différentes :

Porte d'entrée	Dates	Doses	Nombre de séances
Frontale	du 25 au 28 février	4.000 R	en 3 séances
Temporale droite	du 28 fév. au 1er mars	4.000 R	en 3 séances
Temporale gauche	du 4 mars au 6 mars	4.000 R	en 2 séances
Pariétale gauche	du 8 mars au 10 mars	4.000 R	en 2 séances
Pariétale droite	du 11 mars au 12 mars	4.000 R	en 2 séances
Vertex	13 et 15 mars	4.000 R	en 2 séances
Région occipitale	17 et 18 mars	4.000 R	en 2 séances
	Soit un total de	28.000 R	en 16 séances

Vers le 5 avril, c'est-à-dire quinze jours environ après la fin du traitement, on note une amélioration très sensible que le malade enregistre lui-même. Elle porte en premier lieu sur le membre supérieur, au niveau duquel la paralysie disparaît presque totalement. Puis le malade sent sa force revenir dans le membre inférieur ; il se lève, marche et descend au jardin. Cette régression des troubles moteurs s'est produite assez vite. Puis l'état s'est maintenu stationnaire, la paralysie du pied gauche persistant, quoique moins marquée qu'au début de la maladie.

Le malade quitte l'hôpital Tenon et revient fin mai faire une cure de consolidation. En voici le détail :

Porte d'entrée	Date	Doses	Nombre de séances
Région frontale	27-28 mai	2.000 R	en 2 séances
— tempor. gauche	29-31 mai	2.000 R	en 2 séances
— tempor. droite	2 juin	2.000 R	en 1 séance
— pariét. droite	3 juin	2.000 R	en 1 séance
— — gauche	4 juin	2.000 R	en 1 séance
— occipitale	5 juin	2.000 R	en 1 séance
Vertex	7 juin	2.000 R	en 1 séance
	Soit un total de	14.000 R	en 9 séances

Dernier examen, 20 juin. Le contraste est frappant entre l'état actuel de la motilité volontaire et cet état il y a trois mois. La force est complètement revenue dans le membre supérieur gauche qui semble n'avoir jamais été touché : elle est presque complètement revenue dans les muscles du bassin et de la cuisse : le malade s'accroupit facilement et se relève de même, il a fait ces jours derniers 10 kilomètres à pied d'une seule traite ; seule persiste la paralysie du pied gauche.

L'état des réflexes est le suivant : au membre supérieur gauche : réflexes tendineux un peu plus forts qu'à droite ; au membre inférieur gauche : réflexe rotulien exagéré, réflexe achilléen plus vif encore, clonus du pied, réflexe cutané plantaire en extension. La notion de position reste disparue au niveau des orteils gauches.

Donc, après l'action des rayons pénétrants, les mouvements sont redevenus normaux dans les muscles du membre supérieur gauche ; presque normaux dans les muscles moteurs de la cuisse et même de la jambe. Mais la paralysie a persisté complète dans les muscles fléchisseurs dorsaux du pied (jambier antérieur, extenseur des orteils).

Nous conclurons avec M. Roussy de la façon suivante :

« Actuellement, le traitement des tumeurs cérébrales par les rayons X ou les rayons du radium ne sauraient encore être mis en parallèle avec le traitement chirurgical. C'est à la chirurgie qu'il appartient de tenter le plus tôt possible l'exérèse d'une tumeur cérébrale, lorsque celle-ci peut être localisée. C'est encore à la chirurgie qu'il appartient de lutter contre les phénomènes d'hypertension, par la trépanation décompressive. Et ce n'est qu'ensuite, et ensuite seulement, que l'on est en droit, pensons-nous, de procéder au traitement par la radiothérapie. »

« Agir autrement, et tenter d'abord le traitement par les rayonnements, serait perdre un temps précieux, pendant lequel peuvent s'installer des symptômes graves et d'une manière définitive. »

VARIÉTÉS

La philosophie scientifique de Charcot

Par H. CODET

Ce n'est pas au hasard qu'un esprit créateur tel que Charcot parcourt sa carrière, et l'on doit admettre d'évidence qu'une méthode directrice l'a guidé. Encore est-il précieux de la connaître, exprimée par le maître lui-même et principalement exposée dans la période même de sa pleine activité. A ce propos, la leçon d'ouverture qu'il prononça, au début de son cours libre de pathologie interne à la Faculté, en 1867, est des plus démonstratives. Dans cette page, d'une si belle tenue philosophique, Charcot prend comme thème la comparaison entre la Médecine empirique et la Médecine moderne.

Cherchant la discipline d'esprit la plus féconde, il proclame, dès l'exorde, la nécessité inéluctable d'associer l'observation directe, base de toute science, à l'esprit d'hypothèse, condition de tout progrès. « Jamais on n'a vu les esprits les plus stoïques se borner à constater les faits sans chercher à les relier entre eux par une théorie quelconque. » Brossant un large tableau de l'histoire de la médecine, il fait voir les erreurs où sont tombés ceux qui se sont écartés de cette voie méthodique ; ces fautes mêmes sont profitables à leurs successeurs, en montrant « quels chemins doivent rester fermés à la spéculation, et quelles voies, au contraire, elle peut parcourir, sans crainte de s'égarer. »

Néanmoins, la doctrine, si nécessaire et séduisante soit-elle, doit toujours céder le pas à l'observation des faits. La préférence, partout sensible, se trouve admirablement exprimée dans ce bel éloge de l'édifice empirique d'Hippocrate : « On pourra le comparer à ces chefs-d'œuvre de la statuaire grecque, exécutés par des artistes qui n'avaient observé que les formes extérieures, et dont toutes nos connaissances anatomiques ne nous ont pas encore appris à surpasser la beauté. »

Aussi, rénovateur avisé, ne prétend-il pas négliger l'effort des devanciers : « non, les liens de la tradition ne se sont pas rompus. » Mais ce qui ouvre un nouveau champ à l'activité des chercheurs, c'est l'acquisition et l'emploi raisonné de méthodes nouvelles : « l'intervention directe, immédiate — nous ajouterons légitime — de l'anatomie et physiologie dans le domaine pathologique. » Reconnaissant l'influence de Bichat, de Broussais, Charcot veut que les symptômes observés soient intimement rattachés à l'organisme comme étant « le cri des organes souffrants » ; les maladies ne sont pas de curieuses entités, parasites de l'individu ; elles résultent « non de l'apparition de lois nouvelles, mais de la perversion, du dérangement des lois préexistantes. »

Cette étude de la médecine ne peut se faire sans la connaissance approfondie de l'anatomie et de la physiologie ; si, de nos jours encore, des erreurs sont quelquefois

commises, elles ne témoignent que d'un vice dans l'application de la méthode et non d'une erreur dans ses principes. Le développement de l'anatomie pathologique, depuis le début du XIXe siècle, a conduit le médecin à chercher toujours les rapports des symptômes à l'organe, à « penser anatomiquement ». Le progrès récent de l'histologie, ajoute Charcot, en est le complément indispensable, qui permet de préciser encore ce déterminisme et de restreindre le cadre des affections sans lésions. Que si le microscope ne discerne pas de modification d'aspect, « n'est-il pas aisé de concevoir qu'il peut exister des lésions des éléments qui, sans altérer leur forme, s'opposent à ce mouvement organique sans lequel les fonctions ne sauraient s'accomplir ».

Déjà, nous sommes en 1867, le maître de la Salpêtrière signale l'activité médicale allemande, ses remarquables progrès dans le domaine de l'histologie pathologique. En même temps, il ne manque pas de mettre en garde contre ces deux erreurs, dans l'ordre scientifique : l'admiration systématique pour tout ce qui vient d'outre-Rhin, comme l'idée exclusive faisant oublier que la science « n'appartient en propre à aucune race ».

C'est un appel au travail que toute cette leçon inaugurale. On y perçoit constamment l'effort ardent d'un esprit qui cherche à préciser aussi loin que possible les rapports de causalité dans les faits vitaux. Mais combien le besoin de déterminisme est mesuré par une sagesse philosophique ; la physiologie « ne va pas à la recherche de l'essence ou du *pourquoi* des choses, car l'expérience lui a prouvé que l'esprit humain ne saurait aller au-delà du *comment*, c'est à-dire au-delà des causes prochaines ou des conditions d'existence des phénomènes. » Cette limitation dans la connaissance, pas plus que l'insuffisance, trop fréquement reprochée, dans les moyens de guérir, ne doivent mettre un frein décevant au labeur médical ; « le scepticisme banal, qu'on oppose si volontiers à tous les progrès de l'esprit humain, est un oreiller commode aux têtes paresseuses ; mais, à l'époque où nous vivons, il n'est plus temps de s'endormir ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mai 1925

Téléauscultation du cœur. — M. ***Lutembacher.*** — Expérience de téléauscultation d'une insuffisance aortique, d'une sténose mitrale, d'une arythmie complète. Les malades sont aux Etablissements Gaumont, c'est-à-dire aux Buttes-Chaumont. Un microphone spécial est appliqué sur la poitrine. Un amplificateur avec filtres permet d'intensifier les bruits. A l'arrivée à l'Académie on mobilise quarante récepteurs à haute impédence mis à la disposition de l'auteur par le matériel téléphonique. La téléauscultation se fait encore par radiophonie comme le prouve l'expérience de l'auteur faite avec M. Bernaert, le 5 avril à la Tour Eiffel ; les expériences intéressent la pratique médicale et surtout l'enseignement.

L'alimentation par le poisson. – L'Académie ayant été consultée par les Pouvoirs publics sur la valeur alimentaire du poisson, a nommé une commission dont le rapporteur, M. ***Desgrez,*** fait ressortir les grands avantages de ce mode d'alimentation. La comparaison de la chair des mammifères avec celle des poissons montre que celle-ci permet la même utilisation des forces, chez l'ouvrier, l'homme de sport ou le sédentaire. Rien ne peut donc justifier le discrédit dont le régime qualifié de « maigre » est souvent frappé. Si le poisson, moins excitant grâce à une proportion plus faible de matières extractives, donne moins de « montant », notre système nerveux et notre appareil circulatoire trouvent profit dans le repos que leur procure cet aliment.

Les procédés de conservation par le froid, qui respectent la composition, la digestibilité et la valeur nutritive du poisson permettent de transporter ce précieux aliment à l'état frais vers les régions les plus éloignées de son point d'origine.

Le poisson n'exige aucun frais d'élevage, la pêche peut être organisée économiquement, personne ne saurait donc plus douter que les espèces les plus variées ne puissent être bientôt mises à la disposition des bourses les plus modestes. Le développement de l'Océanographie, de l'industrie de la pêche, du commerce du poisson, doit devenir un paragraphe important de notre programme économique. Il nous permettra non seulement d'accroître notre fortune nationale, mais encore de fournir aux classes pauvres une alimentation qui améliorera leur sort en augmentant leur résistance aux maladies infectieuses.

Associations microbiennes dans la tuberculose. — MM. ***P. Courmont et Boisviel*** (de Lyon) ont déjà décrit les *infections associées monomicrobiennes durables* dans la tuberculose pulmonaire Ils apportent aujourd'hui de nombreux cas (29 sur 300 tuberculeux) où les microbes associés remplaçaient dans les crachats le bacille de Koch ; la microscopie ne décèle plus celui-ci pendant des périodes variables, parfois très longues ou indéfinies. Ils alternent par périodes avec le bacille de Koch ou se substituent réellement à lui, masquant la tuberculose pulmonaire.

L'associé joue certainement un rôle dans la disparition du bacille de Koch des crachats, car on peut constater très souvent cette disparition brusque lors de l'apparition du microbe associé.

Pour observer ces faits il faut faire systématiquement l'examen en série et très répété des crachats frais et lavés.

Ces infections substituées peuvent être aiguës et terminales ou chroniques, ou enfin indéfiniment durables avec remplacement complet du bacille de Koch.

Ces faits mettent en évidence des causes d'erreurs importantes dans le diagnostic de la tuberculose. Tantôt on ignore, faute de la chercher, l'infection associée substituée ; tantôt, si on constate celle-ci, on peut méconnaître la tuberculose. Le traitement et la prophylaxie de ces infections associées sont d'ailleurs très importants en eux mêmes.

Valeur pronostique de l'acidose chez les animaux. — MM. ***Léon Blum et Van Caulaert.***

Les petits signes de bacillose. — M. ***Nigoul-Foussal.***

Election. — M. Lapicque est élu membre titulaire dans la section des sciences biologiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 mai 1925

A propos du traitement chirurgical du mégacôlon pelvien. S'appuyant sur sa statistique personnelle, M. Lecène insiste sur le fait qu'en état de volvulus il ne faut jamais pratiquer de résection d'emblée mais opérer en deux temps, avec extériorisation. Dans le mégacôlon simple, sans volvulus, on peut au contraire pratiquer la colectomie en un temps, et ses trois derniers cas ont été trois succès.

Les voies d'accès sur l'articulation du coude. — M. ***Mauclaire*** utilise depuis longtemps la voie transolécranienne comme voie de choix dans le traitement des tuberculoses du coude.

Pancréatite hémorragique. — M. ***Baudet*** oppose au cas de P. H. d'origine lithiasique de M. Robert Dupont un cas personnel. Chez une femme de 56 ans présentant un syndrome douloureux épigastrique, l'examen radiologique faisait penser à une lésion cancéreuse du pylore. L'opération montra en réalité une pancréatite hémorragique sans aucune lésion des voies biliaires. Drainage de l'abcès pancréatique. La fistule fut fermée en un mois grâce au régime sévère.

Sténose sous-vatérienne du duodénum. — M. *de Martel* rapporte 26 observations dues à M. *Mac Donald*. Dans deux cas la sténose était dues à la ptose colique, il s'agissait en général de mésentérite s'accompagnant souvent de ganglions. La simple gastro-entérostomie (2 cas) peut être insuffisante. Le véritable traitement est la duodéno-jéjunostomie large (15 cas) mais la disposition anatomique de la région peut ne permettre qu'une bouche trop étroite, à laquelle il faut adjoindre une gastro-entérostomie marginale (8 cas). Les résultats ont été bons en général (une mort).

L'enfouissement du moignon appendiculaire. — M. *de Martel* rapporte la statistique de *Mac Donald* qui depuis cinq ans a renoncé à l'enfouissement du moignon avec d'excellents résultats. M. de Martel communique sa statistique personnelle (1356 cas) et ajoute que chez 161 malades réopérés pour différentes affections il a toujours trouvé la surface d'implantation appendiculaire libre d'adhérences. Les incidents post-opératoires étaient plus importants (5 abcès, 4 phlébites) durant une période où il était revenu à l'entouissement (315 cas).

Etranglement interne par bride dans le voisinage du cæcum. — M. *Anselme Schwartz* rapporte une observation de M. *Jean Petit* (de Niort). Il s'agissait d'une malade atteinte d'occlusion intestinale par une bride péritonéale. M. Petit réséqua l'anse sphacélée sur 30 cm. puis pratiqua une entérorraphie qui se trouva à 15 cent. du cæcum. Fermeture sans drainage. Les accidents d'occlusion ne s'amendant pas, il fallut à la 60e heure pratiquer une anastomose iléo-colique au bouton de Jaboulay. La guérison fut retardée par une fistule stercorale qui dura 10 jours. M. Schwartz pense qu'une iléo-colostomie d'emblée aurait évité les ennuis post-opératoires.

Kyste dermoïde du crâne. — M. *Rouvillois* rapporte une observation de MM. *Morisson et Lévy-Weissmann* (hôpital militaire Bégin) d'un malade présentant une tumeur frontale implantée au niveau de la fontanelle antérieure, ou la dépression osseuse fut contrôlée par la radiographie et était due à l'écartement des frontaux. L'opération confirma le diagnostic.

Angiomes diffus à tendance extensive chez l'adulte. — M. *Lecène* décrit deux cas d'angiomes diffus qu'il a opérés récemment. Dans le premier cas, chez un homme de 51 ans, une tache télangiectasique de la nuque présentait depuis plusieurs années une évolution extensive et s'accompagnait d'hémorragies notables. La tumeur dépassait la moitié de la face postérieure du crâne. M. Lecène ayant pratiqué un surjet hémostatique à point passé à la soie autour de l'angiome put l'exciser facilement au bistouri, et n'eut à lier que quelques troncs artériels (occipitale et auriculaire postérieure). La trépanation fut rapide.

Dans le deuxième cas, un homme de 28 ans présentait un anévrysme circonscrit typique de l'artère temporale, voisin de grains angiomateux qui furent enlevés en même temps que l'anévrysme. L'examen histologique montra que l'anévrysme était dû à la pénétration des éléments angiomateux dans la paroi artérielle avec destruction de la couche musculaire moyenne.

Ces faits peuvent expliquer la transformation de l'angiome en anévrysme cirsoïde et éclairent la pathogénie de cette dernière affection.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 mai 1925.

Sur la pathogénie de la myasthénie. — *M. Sézary*, à propos de la récente communication de M. Marinesco, fait observer que l'origine surrénale de la myasthénie a été défendue en France depuis 1908 par divers auteurs. Il ne pense d'ailleurs pas que cette hypothèse soit exacte. En effet, il a observé une malade chez laquelle l'action de l'extrait surrénal fut temporaire. Cette malade bénéficia ensuite de l'opothérapie hypophysaire et surtout testiculaire. Elle s'accoutuma d'ailleurs successivement à ces diverses médications, mais elle en tire une certaine amélioration après une suspension de quelques semaines. En les alternant, elle atténua sa myasthénie.

En présence de ces faits, M. Sézary rejette l'origine endocrinienne du syndrome d'Erb et explique l'heureuse influence des divers extraits glandulaires par l'action d'un choc protéique.

Double pneumothorax thérapeutique efficace. Tolérance parfaite malgré un collapsus bilatéral complet. — *M. Coulaud* présente les radiographies d'un double pneumothorax thérapeutique très bien toléré. Le nombre des respirations à la minute est de 16, seule la capacité respiratoire est très diminuée.

René GIROUX.

MÉDECINE ET LITTÉRATURE

Le docteur Paul Duplessis de Pouzilhac

Si le professeur Lepape étudiait la radioactivité humaine, il mettrait le docteur Paul Duplessis de Pouzilhac au-dessus des sources les plus radioactives de Luchon. Solidement « entrelardé », muni de lipoïdes désintoxicantes, l'œil vif derrière les lunettes, les plis des risorii aimablement marqués, les cheveux raréfiés... pour ne pas gêner la radio-activité cérébrale, le docteur Paul Duplessis de Pouzilhac, de Narbonne, est transporté par la passion des idées et de la forme. Son œuvre est déjà très remarquable. Attiré par la littérature, voulant cependant toujours rester homme de métier, il consacra en 1910 une excellente thèse aux « *Goncourt et la médecine* ». Il a publié depuis, chez Maloine, en 1912 : *les Vierges qui tuent* dont je n'ai lu qu'un extrait, très bien venu, sur l'opération du trépan dans une ferme ; en 1919, toujours chez le même éditeur, *l'Aile blanche* « roman de guerre et d'amour » sur lequel pèse la fatalité de l'hérédité ; des nouvelles, « *les Mouettes aux croix rouges* » écrites aux armées auprès des blessés.

Je possède les trois derniers livres de Duplessis de Pouzilhac : *La Fâcheuse aventure du verrier, de l'enlumineur et de la Gargouille*, « légende du XIII[e] siècle » ; *Sigma* et *La Poignante agonie*, ouvrages parfaitement édités et qui font honneur au Maître-Imprimeur de Montpellier, Montane.

La Fâcheuse aventure du verrier, de l'enlumineur et de la Gargouille, est une petite merveille d'édition qu'un amateur est heureux de posséder dans sa bibliothèque. Cette légende d'amour, d'art et de religion, est contée avec une élégante maîtrise par un écrivain qui connaît l'archéologie et sait, dans sa forme, retrouver le parfum des vieux mots.

Sigma, écrit au Mont-Dore, en août 1921, expose avec habileté, dans une histoire poignante et simple, le danger social de la syphilis. Maryse Dupré, jeune et fine ingénue, est violentée par un dangereux métèque qui a pris le nom de duc de Valentino : « Le duc de Valentino est né on ne sait où, on ne sait quand, on ne sait comment. Il est beau. Il a des cheveux d'ébène impeccablement rejetés en arrière, des yeux noirs en amande que le crayon rend voluptueux, mais qui sont durs... Il n'aime pas payer les femmes : il préfère leur argent... Tricher au jeu, posséder pour tout bagage la série des potins et des « on dit » des journaux de luxe, savoir écrire à une femme « *Madame aux grands yeux jolis* » ou *ma toute mienne adorée* », en un mot faire partie des crétins vernissés, incapables de gagner leur vie, telles sont les fameuses qualités donnant droit à sa confiance, accès dans son intimité. Il possède des jugements tout faits sur la peinture, la musique, la littérature. Il les a saisis au vol et retenus. Il se présente avec audace, lie conversation avec rapidité, revient à la charge si une première fois on lui tourne le dos. On le dit Serbe ou Argentin. Je le crois plutôt sorti de la mer. La perle laiteuse qui orne sa cravate en est une preuve ». Ce métèque avarié possède encore quelques croyances dangereuses : « Il connaît deux moyens de guérir la syphilis ; le premier scientifique : le blanchiment intraveineux, alterné avec un sel de bismuth intramusculaire. Il le croit insuffisant, aussi le complètera-t il par le second. Celui-ci est, hélas ! dangereux et criminel. Il contaminera la première jeunesse pure et blanche qu'il pourra séduire ». Et c'est l'histoire de Maryse Dupré. La guérison et le bonheur lui viendront par la suite, grâce au docteur Devèze dont Duplessis de Pouzilhac fait la plus remarquable figure de son attachant roman.

La Poignante agonie est celle du professeur Bouverin. Ce génial et malheureux savant est, comme beaucoup de médecins, doublé d'un artiste. « Le confident de l'âme humaine, le consolateur de la souffrance, le guérisseur d'horribles maux, éprouve à certains moments, une soif intense que, seules, les cîmes éblouissantes de l'art et du beau peuvent désaltérer... Le professeur Bouverin poussait à un tel point l'amour des chefs-d'œuvre de maîtres qu'il avait épousé mademoiselle Patuel, pour sa ressemblance frappante avec la Fornarina ». Il devait amère-

Pour traitement dissimulé de S prescrire · Pilules Lémary A (pilules de Dupuytren Codex) Pilules Lémary B (pilules Ricord Codex) Pilules Lémary C (pilules au biiodure {biiodure d'hydrargyre 0,0,05 millig. iodure de potassium 0,25 centig.) en pilules kératinisées
L'étiquette porte, le prospectus indique : pilules fortifiantes, dépuratives reconstituantes

ment le regretter. « Bien en chair, les épaules opulentes, les yeux ardents tissés de velours et de flammes, une allure de grande dame, madame Bouverin était une évadée de la toile de Sébastien del Piombo ». Elle n'avait porté à son mari que sa beauté. Intrigante, âpre au gain, elle oblige le professeur à pressurer la clientèle. Elle exige de lui un rendement de forçat. Il gagne beaucoup d'argent, mais elle n'en a jamais assez. Il faut à sa vanité toujours la première place, à sa pauvreté de vie intérieure toujours les agitations mondaines, bals, réceptions, dîners. Les honoraires du professeur sont happés par la Fornarina comme par une machine pneumatique. Ses épaules se courbent ; le Maître de la Science, désarmé devant l'autocratie conjugale, a les mains liées aux lourdes rames de la galère. Il a trouvé un sérum contre le cancer. Il mourra cependant d'un néoplasme, et, tandis qu'il use ses dernières forces à faire un cours sur « les tumeurs et leur guérison » nous assistons à sa « poignante agonie », silencieuse et presque honteuse. Il a diagnostiqué trop tard la tumeur maligne du médiastin qui l'emporte. La Fornarina, aveuglée par son féroce égoïsme, ne voit rien ; ses deux charmantes filles, Magda et Salomé, parfois attristées, mais épanouies au plein soleil de l'adolescence insouciante, embrassent leur père sans deviner ; et ce dernier mourra seul, ayant fui comme une bête blessée à mort, dans sa chambre, le soir même où, dans une apothéose organisée par la folle et superbe Fornarina, le monde entier fête sa découverte. »

Le livre de Duplessis de Pouzilhac est d'autant plus émouvant que, à sa lecture, des noms de maîtres s'évoquent. Cet hiver, dînant chez un membre de l'Académie de Médecine, j'entendis raconter l'histoire d'un illustre chirurgien, dont quelques unes des qualités se retrouvent dans le héros du *Sens de la Mort*, à qui on reprochait d'avoir fait « saisir » un petit épicier qui dut fermer boutique.

« Il était pourtant bon, dit un de ses amis, mais il devait s'éreinter pour permettre à sa femme et à sa fille de parader. »

Quant aux grandes victimes du cancer, voici que l'auteur nous rappelle Trousseau qui fit sur lui-même le diagnostic en se voyant atteint de phlegmatie. Poirier qui, après avoir averti Cunéo, se fit une injection toxique ; « quelques semaines avant son suicide, se sachant frappé à mort, il conduisait son auto en gant gris, coiffé du chapeau haut de forme, et envoyait des baisers aux jolies grisettes ». « Bouilly, le célèbre chirurgien, atteint de cancer de la langue, opéré deux fois par son élève Bouglé, continua sans avertir ses amis, à présider les séances de la Société de Chirurgie où l'on discutait le traitement du cancer de la langue et ses résultats. Demoulin, Langlois furent victimes d'un cancer du gros intestin. Tel professeur, connu de la Faculté de Paris, atteint de ce mal incurable, donnait rendez-vous à ses élèves pour une date fixe : celle de ses funérailles. Il ne se trompa pas. Et longue... longue était la liste ». Ce roman d'inspiration Goncourtienne, a été remarquablement illustré par une pléiade d'artistes. Notre confrère, H. Broutelle, du Marboré, Delatousche, Jane, Archille et Auguste Rouquet, Paul Gastéla, Henriette Ollier, Salvat, Deneuville, André Chanson, Le Scouezec. Le musicien Marc Delmas a écrit la Marche funèbre qui le termine. Nous retrouvons dans ces noms la plupart des collaborateurs d'une vivante et somptueuse revue, *Septimanie*, que dirige avec une intelligence étonnante notre actif et talentueux confrère.

La Poignante agonie, ordonnée avec beaucoup de maîtrise, met en valeur des qualités d'imagination et de style qui plaçent au tout premier rang des médecins lettrés et écrivains, le docteur Paul Duplessis de Pouzilhac.

Paul VOIVENEL.

BIBLIOGRAPHIE

Précis de diagnostic neurologique, par M. le Dr J. Lévy-Valensi, (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1925).

S'il est une besogne souvent ingrate c'est bien celle qui consiste à mettre au point une partie des acquisitions récentes d'une spécialité médicale. Pour cette œuvre il faut un spécialiste instruit et un esprit critique, mais encore un clinicien sachant mettre en valeur les points intéressants aussi bien pour le praticien que pour l'étudiant.

C'est à cette double tâche, à la fois de vulgarisation et de condensation scientifique, que M. Lévy-Valensi s'est attaché, avec un succès complet. Nul plus que lui n'était qualifié pour écrire ce *Précis de diagnostic neurologique.*

En effet, les enseignements de la neurologie de guerre n'avaient pu, et pour cause, le laisser indifférent, et tout ce qui a trait aux plaies des nerfs, porte, dans le volume, le caractère d'un sujet étudié avec prédilection. Mais autour de ce chapitre, que d'autres mises au point toutes précieuses pour le chercheur : telle l'étude du syndrome vestibulaire, du diagnostic des paraplégies, ou des tableaux clairs schématisant les conditions du diagnostic topographique.

La physiologie du vestibule est exposée avec clarté, et de nombreuses images précisent les diverses épreuves rotatoires, caloriques, et l'association des diverses déviations.

Il faut reconnaître là un effort très louable d'enseignement. Tout serait à citer : notons le diagnostic de l'ataxie, le beau chapitre des troubles trophiques du tabès, des amyotrophies, des aphasies, des mouvements involontaires, avec le tableau complet qui les résume.

L'étude des hypertensions intracraniennes sera mise à profit par tous ceux qui désirent avoir une vue d'ensemble rapide et complète de cette question, et toute la sémiologie des paralysies des nerfs rachidiens contient les acquisitions les plus récentes fournies par la guerre.

La critique des accidents hystériques trouve là sa place, ainsi que le diagnostic de la paralysie générale, des troubles glandulaires, et des dystrophies qui en sont la traduction, etc.

On peut difficilement rencontrer, un livre plus utile, et où tant de notions indispensables à l'étudiant sont réunies, avec un tel souci de conduire à un but déterminé, qui est le diagnostic clinique. Mais il convient encore de louer les précisions physiologiques et anatomiques qui abondent dans cet ouvrage et qu'il faudrait, sans lui, aller chercher très loin, et au prix de beaucoup de temps.

Bien loin de dire, avec M. Lévy-Valensi, que celui qu désire rencontrer ici la dernière mise au point, le « dernier tuyau neurologique » n'ouvre pas cet ouvrage modeste, nous dirons que seule la modestie de l'auteur, nous empêche de lui donner ici, autant que nous le voudrions, le témoignage de la gratitude de ceux qui veulent savoir en peu de temps.

Les Paysans de Ladislas Reymont, par Frank L. Schoell : 4 fr. Les Belles Lettres, 95, boulevard Raspail, Paris.

Ce petit livre, écrit par le traduit sur français des *Paysans*, est la meilleure introduction à l'œuvre admirable du grand romancier polonais, lauréat du prix Nobel 1924.

L'amour de l'art. Revue mensuelle. Sommaire du n° d'avril 1925 : La collection Gustave Fayet, par G. Goulinet. — Barua et les Fresques de San Gimignano, par R. Schowb. — A propos des Expositions de Maurice Utrillo, par Robert Rey.— Pierre Gatier par J. L. Vandoyer.

Chronique : Le Salon des Indépendants. — Les Expositions. — Les Gravures. — Le mouvement des Arts appliqués. — Musées, Fouilles et Découvertes. — Les Livres d'art. — La décoration théâtrale. — Le Cas Malfrey.

Le N° : 5 fr. Abonnement : 50 fr. Librairie de France, 110, boul. St-Germain, Paris.

The practical medicine Series. *Volume V. Gynécology*, par Thomas Watkins. *Obstetrics*, par Joseph B. de Lee et J. P. Greenhill, année 1924. Chicago, The year book publishers.

En cinq cents et quelques pages, Watkins, De Lee et Greenhill ont condensé, comme ils le font depuis longtemps déjà et avec leur talent habituel, toutes les données intéressantes qui ressortent des travaux d'obstétrique et de gynécologie parus au cours de l'année 1925. La collection de leur Year Book est indispensable à quiconque veut se tenir au courant de ce qui se passe au-delà des frontières françaises, et en particulier dans cette Amérique aux multiples centres de travail et d'application à l'étude des sciences.

Henri Vignes.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 23. Le Numéro : 50 Centimes 6 JUIN 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr
Belgique et Italie............ 40 fr
Union postale................ 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE


prescrivez:

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. — 28 *mai.* — M. PRIOUR (A.). Etude de l'achondroplasie et de la dysplexie périostale. — M. KERMORGANT. Etude de l'étiologie des oreillons. — M. MARASSI. Etude de la césarienne supra-symphysaire. — M. HAMONIC. Essai illustré sur l'histoire de la chirurgie antique. — M. SELTER. Etude des injections de lait en thérapeutique oculaire.

29 *mai.* — (Thèses vétérinaires). — M. CAREL. La parure rationnelle du pied.

30 *mai.* — (Thèses vétérinaires.) — M. LESAGE. Recherches de physiologie expérimentale. — M. CHAUMONT. De l'étiologie des occlusions intestinales.

M. BIARD (R.). Des tuberculoses hypertrophiques. — M. ANDRIASSIAN (A.). Les filarioses humaines en Afrique. — M. REBILLARD. Le sympathique dans ses rapports avec le coryza. — M. JOUSSEAUME. Etude histologique des polypes du nez.

2 *juin.* — M. RENARD (M.). Les hémorragies méningées par pachyméningite chez le nourrisson. — M. ADRIEN (L.). Essai sur la pathogénie du prurit sénile. — M. ROUSSEAU (G.). Traitement chirurgical des épithéliomes cutanés. — M. BUHLER (Y.). Les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche. — M. RIGAL (J.). La constante uréo-sécrétoire chez les hypertendus.

M. MORIGNY. Etude des lipomes des doigts. — M. DE MOBILI (F.). Lésions osseuses de la syphilis héréditaire. — M. DE LA BRUNIÈRE (F.). Résultats de la cure héliomarine sur la tension artérielle chez l'enfant.

3 *juin.* — M. AULANIER: Etude de la destruction des poussières des habitations. — M. SALZMANN (N.). Infections de l'adénome prostatique. — M. HÉRAUD (R.). Le sérum polyvalent de MM. Leclainche et Vallée.

4 *juin.* — M. HAUTTEMENT (G.). Syndromes protubérantiels et encéphalite léthargique. — M. HAZAN (J.). Etude du traitement chirurgical des abcès infectieux. — M. ISNEL (R.). Séméiologie des œdèmes chroniques de la conjonctive. — M. TROMANN. Kystes branchiaux amygdaloïdes du cou. — Mlle OSTWALT (H.). Du pronostic des plaies pénétrantes du globe oculaire. — M. BOULOI. L'hémianopsie bitemporale de la grossesse.

Service de Santé colonial. — Un concours sera ouvert le 1er décembre 1925, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Faculté de Médecine de Toulouse. — L'Institut de puériculture de Toulouse est rattaché à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse, conformément à la convention intervenue entre le doyen de cette faculté et le directeur dudit institut.

Séance extraordinaire annuelle de la Société d'oto-neuro-oculistique de Strasbourg. — Cette réunion aura lieu le samedi 13 juin, à la salle des cours de la clinique ophtalmologique de la Faculté.

Séance du matin (de 10 heures à midi). — 1° MM. CANUYT et TERRACOL : Considérations sur la radiographie, la bactériologie et le traitement de l'ostéomyélite diffuse envahissante des os du crâne. — 2° M. WEILL : Amaurose et panophtalmie après lavage de la plèvre pour empyème. — 3° M. REDSLOB : La stase papillaire : exposé historique et critique des théories pathogéniques. — 4° M. WELTER, de Paris : Méningite spécifique et hémianopsie bitemporale. — 5° MM. GUILLAIN et ALAJOUANINE, de Paris. — 6° MM. CANUYT et TERRACOL : Le sympathique nasal. — 8° M. STOEBER, de Mulhouse. — 8° MM. BARRÉ, REYS, et LIEOU : Otite moyenne gauche, paralysie de l'abducens droit. — 9° M. BALDENWECK, de Paris : Présentation des pièces et interprétation pathogénique.

Séance de l'après-midi (de 4 heures à 7 heures). — Communications ayant trait à l'appareil vestibulaire. — 1° M. André THOMAS, de Paris, fera une conférence avec projection sur les voies vestibulaires centrales. — 2° M. BRENNER, de Bruxelles : Expérimentation sur le cervelet et le labyrinthe. — 3° M. SCHWARTZ : Effet de quelques poisons sur les réflexes d'origine labyrinthique. — 4° M. BARRÉ : Sur l'interprétation des réactions vestibulaires. — 5° M. VINCENT, de Paris. — 6° M. DE REYS : Conséquences et l'extirpation unilatérale du labyrinthe chez l'animal, d'après Magnus et de Kleyn. — 7° M. MORIN : Le nystagmus et les réactions vestibulaires dans le tabès. — 8° M. BARRÉ : De l'examen des fonctions cérébelleuses par l'exploration vestibulaire.

Faculté de Médecine de Paris. — *Chirurgie orphopédique chez l'adulte* (Cours de révision, 10 leçons). — M. MAUCLAIRE, agrégé, commencera ce cours le mercredi 24 juin, à trois heures, à la Faculté de Médecine et il le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Programme : Historique de l'orthopédie. — Classification des appareils. — Greffes aponévrotiques, tendineuses, nerveuses, cartilagineuses, osseuses, articulaires. — Epaules élevées, ailées. — Cubitus varus et valgus. — Poignet varus ou valgus. — Mains botes. — Rhumatisme ossifiant du rachis. — Mal de Pott. — Malformations congénitales du rachis, sacralisations, spina bifida occulta. — Scolioses invétérées. — Coxa valga, vara, plana. — Arthrites sèches de la hanche. — Sacrocoxalgie. — Genoux en flexion. — Pieds bots invétérés. — Arthrites déformantes des mains et des pieds.

Présentation de nombreuses photographies et radiographies.

Ce cours est gratuit. — Prière de s'inscrire au Secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

Concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1925-1926) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1926. — La première épreuve écrite du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le jeudi 30 juillet 1925, à 9 heures.

Cité Universitaire. — La fondation Emile et Louise Deutsch de la Meurthe s'ouvrira à la rentrée scolaire 1925-1926.

Elle est destinée à fournir des logements meublés hygiéniques et d'un prix réduit à edes étudiants ou étudiantes peu fortunés inscrits à un établissement d'enseignement supérieur à Paris.

Prix des chambres, 150 fr. par mois, chauffage, éclairage, bains-douches et service compris.

Les étudiants désireux d'être admis à la Fondation doivent adresser à M. le Directeur, 21, boulevard Jourdan, Paris (XIVe) : 1° une justification de leur qualité de Français ; 2° un certificat attestant leur inscription à un établissement d'enseignement supérieur de Paris, dépendant ou non de l'Université ; 3° tous les documents pouvant établir que leur famille est peu fortunée ; 4° une attestation émanant d'un professeur ou directeur d'établissement d'enseignement.

Les demandes des candidats déjà étudiants doivent parvenir au plus tard le 1er juin.

Les candidats devant commencer leurs études supérieures à la rentrée de novembre 1925 devront adresser leurs demandes entre le 25 août et le 10 septembre prochain, à charge pour eux de fournir en novembre leur certificat d'inscription à un établissement d'enseignement supérieur.

Ecoles de médecine. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le jeudi 26 novembre 1925, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école d'Amiens.

Les cours des professeurs sont protégés par les lois sur la propriété littéraire. — Les œuvres orales sont-elles protégées par les lois sur la propriété littéraire ? La question se posait à la 11e chambre correctionnelle, que préside M. Vincent, à propos des cours des professeurs de la faculté de médecine et de la faculté de pharmacie, cours qu'un éditeur, M. Lambert, avait fait sténographier et dont il communiquait le texte à ses abonnés dans des livraisons hebdomadaires.

Le tribunal a condamné l'éditeur, défendu par Me Maurice Darras, à 50 francs d'amende et, dans son jugement, il a répondu de la façon la plus nette à la question qui lui était posée :

« *Les lois sur la propriété littéraire protègent les œuvres de la parole et spécialement les cours des professeurs...* »

Puis, ainsi que l'avait demandé Me Bogelot, partie civile, il alloua à chacun des professeurs, dont les cours avaient été publiés sans autorisation préalable, 100 francs de dommages-intérêts, mais il refusa d'admettre au procès l'intervention des doyens des facultés de médecine et de pharmacie. (*La Matin*, 20 mai 1925.)

Prix de la société de médecine et de chirurgie, de Bordeaux. — *Prix Jean Dubreuilh.* — Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de Médecine et de Chirurgie met au concours la question suivante :

Myomectomie et puerpéralité : Valeur du prix pour 1926 : 1.600 francs.

Les Mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clémenceau. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté, contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 31 mai 1926.

Vacance de bureau d'hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Arcachon (Gironde).

Le traitement alloué est fixé à 12.000 fr. par an.

Nécrologie. — Dr Frédéric DARDENNE. — Dr PATARRONI. — Dr Daniel GUÉRIN.

(*Voir la suite page 872.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le Laboratoire et la biopsie ; leurs rapports avec la chirurgie et la curiethérapie (1)

Par le Dr **André HERRENSCHMIDT**,
Chef de laboratoire d'anatomie pathologique.

Messieurs,

Il y a une cinquantaine d'années les laboratoires annexés à des services hospitaliers n'étaient pas nombreux ; ils n'étaient, pour la plupart, ni officiellement reconnus ni dotés. Les médecins qui en avaient pressenti ou reconnu l'utilité s'étaient arrangés pour aménager dans un coin de leur service un petit local, qu'ils avaient garni, à leurs frais ou grâce à une connivence officieuse administrative, des instruments indispensables.

Mais l'ère pastorienne, par l'essor immense de la bactériologie, donna bientôt droit de cité aux laboratoires, et l'on peut dire qu'il y a trente ans, dans les hôpitaux de Paris, chaque service de médecine possédait son petit laboratoire, où le chef de service et l'interne faisaient les recherches et contrôles physico-chimiques, anatomo-pathologiques et bactériologiques qui leur semblaient utiles ou intéressants. En même temps l'administration dotait indirectement ces laboratoires des instruments et produits strictement nécessaires et en créait peu à peu d'officiels dans certains hôpitaux.

La collaboration du laboratoire avec le service clinique était ainsi reconnue et consacrée. Mais la chirurgie n'avait pas noué les mêmes liens que la médecine avec les laboratoires. Elle était en effet en train de développer et de fixer ses propres méthodes (antisepsie, asepsie) à la lumière des doctrines pastoriennes ; et ce n'est que plus tard que les chirurgiens, à leur tour, réclamèrent des laboratoires.

Sauf dans les services de dermatologie, les laboratoires s'occupaient surtout d'anatomie pathologique nécropsique et de bactériologie. De biopsies il n'était pas question encore. Et cependant le prélèvement était pratiqué déjà à Paris depuis 1878, — pas systématiquement sans doute, — mais de temps en temps, par Besnier.

Il peut paraître singulier que ce soient les dermatologistes qui aient utilisé les premiers la *biopsie* diagnostique, puisqu'ils ont pour l'examen des lésions qui les intéressent plus de facilités que tout autre : la *vue directe* avec la *lumière naturelle* ; l'examen à la *loupe* ; le *grattage*, le *palper direct*, etc. Il faut croire que c'est la facilité du prélèvement qui a été la raison de ce fait paradoxal. La biopsie était donc pratiquée déjà par Besnier, mais elle fut réellement intronisée et mise au point par J. Darier, grâce à qui elle prit peu à peu l'importance qu'on lui reconnaît aujourd'hui.

Toutefois, il y a 25 ans, le prélèvement biopsique n'était pas encore bien répandu. Certains chirurgiens commençaient à faire examiner *par curiosité* ou pour *vérifier un diagnostic clinique* les pièces qu'ils avaient enlevées opératoirement.

Sans doute trouvèrent-ils à cette manière de procéder des avantages, car petit à petit ils en vinrent à demander à l'histologie un *complément d'information* dans les cas difficiles, c'est-à-dire à faire pratiquer, quand cela était possible, des examens avant de poser les indications opératoires : ils firent à leur tour des *biopsies*.

Depuis l'entrée des rayons X et du radium dans la thérapeutique, la biopsie n'a fait que se répandre et se perfectionner, car elle s'est montrée en mesure de fournir au médecin traitant une aide non seulement diagnostique, mais souvent même pronostique.

Le laboratoire est aujourd'hui si bien lié à un grand service de chirurgie et de thérapie par les radiations, que l'on ne crée plus l'un sans l'autre, — j'entends un laboratoire d'histologie, car les laboratoires de bactériologie, de sérologie, d'hématologie, de chimie biologique, ont connu récemment un développement centralisateur différent. Le laboratoire dont M. le Dr Robineau m'a confié la direction est donc un laboratoire d'histologie, annexé à son service chirurgical et plus particulièrement à son service spécial de radium et de radiothérapie, dont vous connaissez les chefs éminents.

Je voudrais, Messieurs, dans cette causerie, pour laquelle je me suis inspiré des idées et des écrits de Dominici, de Wickham et Degrais, de Rubens-Duval, Pierre Masson, Roussy, Leroux, Aubin, et de mes vingt ans passés de pratique du laboratoire, développer devant vous les quelques points suivants :

Que doit-on attendre de la biopsie ?

Comment la pratiquer ? Son traitement ultérieur.

Constatations histologiques de l'effet des radiations sur les tissus.

***

I. — La biopsie. Sa portée.

En matière de cancer, la valeur de la biopsie est devenue telle que de plus en plus on ne retient comme *valables* que les observations et statistiques des tumeurs dont le diagnostic clinique a été *confirmé par l'examen histologique*.

Il serait coupable, de nos jours, de se priver de l'information biopsique, même dans des cas qui semblent cliniquement simples et évidents. Combien de langues, de testicules, de rectums, ont été extirpés comme si évidemment néoplasiques que la biopsie avait été négligée, alors que la pièce opératoire, qui devait servir à confirmer ultérieurement le diagnostic clinique, révélait la syphilis !

De tels faits sont à regretter, puisque le traitement antisyphilitique aurait suffi à guérir à lui seul ces malades. Mais ils ne légitiment nullement la pratique du *traitement d'épreuve* qui est justement tombé en *désuétude* : en effet, le temps perdu au traitement d'épreuve est gagné par la progression de l'évolution du cancer soupçonné, sans compter le *coup de fouet* qui souvent aggrave brutalement les lésions néoplasiques ; si bien que lorsqu'on a reconnu enfin l'existence du cancer, il est parfois trop tard pour le traiter ou pour le traiter avec les chances de succès que l'on avait auparavant. Le traitement d'épreuve, long, dangereux, anachronique, est aujourd'hui abandonné par tous les médecins informés, et avantageusement *remplacé par une biopsie* facile, simple et rapide.

Il saute aux yeux d'ailleurs que la faute d'avoir extirpé inutilement des lésions syphilitiques est infiniment moins fâcheuse que la faute qui consiste à n'avoir pas reconnu à temps certains cancers et de les avoir traités médicalement pour syphilis, tuberculose ou mycose. Cette dernière se solde par une aggravation de la lésion et par des

(1) Leçon faite sous les auspices de l'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris, le 7 février 1925, dans le service du Dr Robineau, à l'hôpital Necker.

conditions d'intervention (par le bistouri ou par les radiations) défavorables ou désespérées ; tandis que le dommage, dans la première alternative, se solde par une opération superflue et quelques jours seulement de retard dans l'institution du traitement utile, dommage qui n'est pas vital.

La *biopsie fournit des renseignements diagnostiques, pronostiques* ou *thérapeutiques*, ou plusieurs de ces renseignements à la fois.

I. **Diagnostic.** — A) LA BIOPSIE FAIT LE DIAGNOSTIC lorsque les *signes cliniques sont insuffisants* pour affirmer, soit qu'une symptomatologie fruste ne permette que des présomptions, soit que les caractères cliniques aient été modifiés par une infection surajoutée ou par un traitement antérieur.

C'est parfois le cas de la leucoplasie linguale, par exemple, sur laquelle un point plus épais est suspect de transformation cancéreuse. La biopsie peut assurer le diagnostic précoce d'un cancer au début, par conséquent curable (schéma au tableau). C'est le cas de l'ulcération croûteuse du mamelon qui a été traitée longuement par les pommades. Le microscope dira s'il s'agit de maladie de Paget, d'eczéma ou de tuberculose.

Parfois *il n'y a pas de signes cliniques* de la lésion essentielle, mais seulement un ganglion, une fistule. On prélève alors le ganglion, on curette la fistule. C'est ainsi qu'il m'a été possible d'établir qu'une fistule spontanée de la fosse iliaque, dont l'origine osseuse paraissait vraisemblable et qui donnait un pus visqueux, était en réalité intestinale : le curettage renfermait des végétations de cancer colloïde.

B) LA BIOPSIE COMPLÈTE LE DIAGNOSTIC, lorsque, par exemple, deux affections évoluent parallèlement et que l'une masque ou déforme l'autre, ou se greffe consécutivement sur elle : épithélioma sur lupus, syphilo-tuberculose, etc.

C) LA BIOPSIE RECTIFIE UNE ERREUR DE DIAGNOSTIC, ceci en général sur une pièce opératoire (biopsie opératoire). Telle soi-disant syphilis tertiaire du voile du palais était en réalité de l'épithélioma. Inversement telle tumeur pelvienne du volume d'un œuf, adhérente par un pôle aux vaisseaux obturateurs, extirpée comme « cochonome » était un myome lisse.

D) Si la BIOPSIE CONFIRME LE DIAGNOSTIC CLINIQUE et ne fournit à ce point de vue rien de nouveau, elle peut parfois donner des renseignements complémentaires d'une autre nature ; des renseignements pronostiques, par la nature ou la variété de l'inflammation ou de la tumeur, ou bien des renseignements thérapeutiques.

Il semble donc que l'emploi systématique de la biopsie au cours de certains diagnostics soit plus souvent qu'on ne le pense désirable autant pour le médecin que pour le malade. Elle permet d'arriver à temps pour attaquer tel cancer méconnu ; elle évite des mutilations quand un traitement médical est indiqué ; elle conduit à une intervention plus large ou différente de celle qui était prévue.

II. **Pronostic.** — Les renseignements pronostiques s'appliquent surtout aux tumeurs et concernent *leur nature* ou leur *degré de malignité*. L'histologiste recueille ces renseignements en même temps qu'il fait le diagnostic sur la biopsie, ou bien sur la pièce opératoire.

A) NATURE DE LA TUMEUR. — Voici des exemples : un noyau de mammite circonscrite ou encore un petit adénome est enlevé par une intervention économique : l'examen révèle un épithélioma intracanaliculaire dendritique ; le pronostic n'est pas absolument rassurant ; il sera prudent, même sans autre signe clinique local ou axillaire, de procéder à l'amputation du sein. Un petit chondrome du pouce est extirpé sur l'insistance du malade, simplement parce qu'il gêne dans certains mouvements ; c'est un chlorome, et le pronostic devient très réservé.

J'ai cité déjà un exemple de tumeur apportée par le chirurgien accablé de souci, à qui l'histologiste rendit la bonne humeur en redressant un diagnostic erroné et en portant un pronostic favorable.

Fréquemment se pose la question de l'ulcéro-cancer, car elle est capitale au point de vue pronostique. Et heureusement, l'histologiste est à même de répondre avec précision, après examen soigneux des bords de l'ulcus et des ganglions de voisinage.

Parfois le néoplasme est indiscutable, mais il s'agit de déterminer avec quelle grande classe de tumeurs on est aux prises : épithélioma, sarcome, lymphome ? Nous savons en effet, que l'évolution clinique des uns et des autres présente des caractères différents au point de vue du retentissement sur l'état général, du mode d'extension et de généralisation. Un pronostic rapproché, sinon sur l'issue même de la maladie, peut être donné de ce chef.

B) DEGRÉ DE MALIGNITÉ DE LA TUMEUR. — En se basant sur l'*examen de la structure propre du néoplasme*, sur le degré de déviation morphologique et fonctionnelle, sur l'examen des karyokinèses et du mode d'extension, on trouve encore des éléments de pronostic. Certaines tumeurs refoulent les organes qui sont sur leur chemin, d'autres les infiltrent et les détruisent ; certaines tumeurs marquent une prédilection singulière pour l'envahissement des lymphatiques (lymphophiles), d'autres pour l'envahissement des vaisseaux sanguins (hémophilies). Le pronostic qui découle de l'une ou de l'autre de ces constatations est assez évident pour qu'il soit inutile d'y insister. La fréquence des karyokinèses est en soi un indice de malignité, mais l'index karyokinétique, proposé par de Nabias et Forestier ne peut donner qu'une appréciation assez vague, parce que les différents territoires d'un même cancer ne montrent pas en général une activité mitosique uniforme, et un pronostic fondé sur ce seul signe risquerait de proclamer une erreur soit dans un sens soit dans l'autre.

Le temps me manque pour insister sur la constatation que tel épithélioma des revêtements pavimenteux est basocellulaire, tel autre spinocellulaire : chacun sait que le degré de malignité de ces deux variétés n'est pas le même. Le degré de la déviation morphologique et fonctionnelle, examiné surtout dans les cancers glandulaires, peut fournir également des données sur la malignité : plus les cellules cancéreuses se sont éloignées par leur mode de groupement, par leur forme, par la variation ou par la suppression de leur activité fonctionnelle, du type originel (disdifférenciation), plus elles peuvent être considérées, en règle générale, comme malignes ; le cancer dit colloïde de l'intestin, tumeur qui même sous la forme infiltrante est un cancer sécrétant (du mucus), n'est pas fonctionnellement atypique, et son évolution est en effet souvent très lente.

En se basant *sur la réaction du stroma*, on peut constater tantôt la résistance défensive et même active du stroma : sclérose, éosinophilie, réaction lympho-plasmatique ; tantôt sa déficience : absence des signes précédents, lésions vasculaires, nécrose fibrinoïde. Quoique

ces réactions ne soient peut-être pas encore rigoureusement interprétées, et qu'elles gagnent à être liées à d'autres constatations touchant l'état général, elles constituent néanmoins un élément de pronostic qui n'est pas négligeable. La sclérose avec néoformation vasculaire, sanguine et oblitération des lymphatiques (défense naturelle) a certainement conditionné des guérisons ; un tel processus est, il est vrai, rarement spontané, mais souvent provoqué par le radium, qui endommage et tue parallèlement les éléments cancéreux.

S'il est établi que la réaction conjonctive collagène épaisse, hyaline ou élastique peut morceler et étouffer le cancer (offensive), la signification pronostique de la lymphocytose locale est par contre moins nettement établie. Elle compte des partisans (Murphy) et des adversaires (Woglom.)

Lorsque l'examen histologique porte *sur les ganglions tributaires* du territoire envahi par le cancer, le pronostic variera avec la constatation, soit de lésions inflammatoires banales avec turgescence des endothéliums et hypergenèse folliculaire, soit de sclérose, signe possible d'étouffement d'une colonie et de guérison à l'étape ganglionnaire, soit enfin de l'envahissement manifeste par le néoplasme.

III. Thérapeutique. Les renseignements d'ordre thérapeutique que fournit au clinicien le résultat de l'examen d'une biopsie découlent en partie des renseignements diagnostiques et pronostiques. Suivant la nature de la tumeur, l'état du stroma, celui des ganglions, etc., le clinicien sera mis en possession d'un élément supplémentaire d'appréciation de l'opérabilité ou de la radiosensibilité. D'après ces données aussi, le radio et le radiumthérapeute fera le choix du mode de rayonnement à appliquer, de la modalité d'application, de la dose, de façon à détruire les éléments cancéreux en respectant les éléments normaux ou en leur nuisant le moins possible.

On peut dire d'une manière générale que plus un tissu est différencié, plus il est radiorésistant. Les tumeurs formées d'associations de tissus différenciés sont particulièrement résistantes. Ainsi dans la catégorie des sarcomes, le lymphosarcome, le sarcome à cellules rondes sont moins résistants, tandis que le sarcome fuso-cellulaire, le fibrosarcome et l'ostéo-chondro-sarcome par exemple sont plus résistants. Parmi les épithéliomas, chacun connaît la différence de sensibilité de l'épithélioma pavimenteux basocellulaire par rapport à l'épithélioma spinocellulaire ; ce qui ne veut pas dire que ce dernier soit inattaquable par le radium ; point du tout, mais seulement qu'il exige une technique plus sévère.

Des biopsies prises en série après opération sanglante ou application des rayons peuvent servir au *contrôle thérapeutique* en constatant ultérieurement : soit la destruction en cours du néoplasme et la réaction du stroma, soit au contraire la persistance de cellules néoplasiques avec des lésions du stroma, soit l'absence de toute trace du néoplasme et la présence de tissu conjonctif organisé ou scléreux (c'est-à-dire l'efficacité du traitement, son inefficacité ou la guérison.)

Cette pratique constitue en même temps une véritable *surveillance des récidives.* Il n'est pas rare qu'une récidive cliniquement probable se trouve n'être qu'un noyau cicatriciel hypertrophique. Si une récidive est dépistée, consécutive à un traitement par les radiations, mieux vaudra la faire disparaître chirurgicalement, à cause de la vaccination du néoplasme par les rayons contre les rayons.

Indications. Contre-indications.

La biopsie est indiquée toutes les fois que le clinicien n'est pas en mesure de rejeter absolument le diagnostic de tumeur maligne, ou bien lorsque l'opération prévue doit être mutilante. Si la biopsie est praticable, l'indication est alors formelle.

Il n'y a de contre-indication sérieuse que chez les hémophiles ou lorsqu'on est en présence d'une tumeur vasculaire qui risque de saigner beaucoup, ou pour certaines tumeurs næviques.

Inconvénients. — *L'infection possible* est un petit inconvénient ; il conviendra de la mettre en balance avec les avantages à retirer de la biopsie. Il est possible, en général, d'y parer, sauf dans certaines localisations d'accès difficile, comme par exemple le larynx.

Le coup de fouet n'est pratiquement à redouter que des tumeurs très vasculaires, des tumeurs sans stroma, dont les cellules sont à peu près libres, par exemple les lymphocytomes. En règle, le coup de fouet n'est pas à craindre dans les épithéliomas, sauf dans les nævi pigmentaires, ou du moins dans les naevocancers. L'essaimage ne semble dangereux que lorsqu'il est à jet continu ; or dans les tissus à stroma, les vaisseaux se thrombosent rapidement, et pour ma part je n'ai jamais entendu attribuer d'une manière certaine à l'acte biopsique une extension ganglionnaire ou une généralisation de tumeur épithéliale.

Bien que le risque biopsique soit insignifiant en face de l'intérêt primordial d'un examen histologique (Hautant, Moure) il convient de chercher à y remédier. L'irradiation préalable porte en elle-même des inconvénients qui la font souvent rejeter (coup de fouet au néoplasme, nécrose de cartilages possibles, etc.) ; mais par contre il faudra instituer le traitement le plus tôt possible après la biopsie, c'est-à-dire avoir d'avance le consentement du malade au traitement ultérieur, et obtenir le résultat de l'examen histologique dans le moindre délai.

***

II. Technique de la biopsie.

Une technique correcte de la biopsie (prise du fragment, mode d'envoi au laboratoire) est absolument indispensable si l'on exige d'elle le maximum qu'elle puisse donner. Neuf fois sur dix on demande : y a-t-il inflammation ou tumeur ? Quelle tumeur ? Pour que l'histologiste puisse répondre en connaissance de cause, il faut *choisir et prélever le point favorable.* Le prélèvement devrait en réalité être fait par l'histologiste ou en sa présence, mais les conditions de liaison entre le praticien et l'histologiste ne permettent qu'exceptionnellement une aussi étroite collaboration. L'établissement d'une fiche spéciale qui accompagnera la biopsie, y suppléera en grande partie. Il est désirable que le prélèvement soit *suffisamment grand* pour donner une vue topographique et architecturale des lésions ; trop petit, il peut conduire à des résultats aléatoires qu'il faut savoir réduire au minimum.

Si la lésion est accessible, on choisira pour la prise le bord de la lésion avec une portion saine : teinture d'iode ; chloréthyle (pas d'injection s-cut) ; couteau à cataracte (ni pinces, ni ciseaux, qui écrasent.) ; deux incisions parallèles perpendiculaires à la surface, une ou deux incisions dans la profondeur pour détacher le morceau. Le fragment ainsi prélevé doit être intact, typique (comprendre le

bord de la lésion ou le point d'implantation) large et profond ; enfin il doit être *orientable*. Dans ce but, ses surfaces seront débarrassées du sang et la surface extérieure sera repérée au moyen d'une épingle fichée perpendiculairement ou à l'aide d'un dessin schématique porté sur la fiche.

Fiche destinée à accompagner une pièce opératoire ou une biopsie

Nom du Malade .... Age .... Sexe ....

Hôpital .... Salle .... N° ....

Date de l'opération ....

Organe ou région opéré ....

Diagnostic clinique ....

Recherche demandée (1) ....

....

....

....

Observations, explications ou schéma ....

....

....

....

Signature de l'envoyeur :

(1) Faire observer si la pièce doit être conservée en totalité dans le liquide de Kaiserling.

Si la lésion est difficilement accessible (corps utérin, rectum, larynx), on se servira de curettes, biotomes, de pinces à griffes ou coupantes, ou de bistouri sous anesthésie générale (ganglion, sein). Les modèles de pinces emporte-pièce amovibles montées sur un manche dit universel sont très nombreux. Je vous projette sur l'écran ceux qui sont le plus couramment employés.

(Projection des pinces emporte-pièce de Cordes, Grünwald, Struyken, des ciseaux de Holmès, pince à griffes de Hoffmann, et différents embouts droits, coudés, lisses ou striés, etc.)

Voici donc le fragment prélevé. On remplit la fiche (dont je vous passe le type que j'ai fait établir pour l'hôpital) qui indiquera à l'histologiste l'objet de la recherche, l'observation clinique résumée, l'orientation du fragment, et donnera des renseignements souvent indispensables pour lui permettre de ne pas purement et simplement décrire, mais aussi d'interpréter les lésions. On inscrira encore l'heure du prélèvement, et on plongera aussitôt la biopsie dans un liquide fixateur. Ceux que l'on a partout sous la main sont le formol commercial étendu à 5 ou 10 % et le liquide de Bouin facile à préparer (1).

Il importe de *rejeter l'eau et la solution physiologique* qui produisent des macérations, il en est de même de l'alcool faible. L'alcool à 90° ou 96° est acceptable. Si aucun fixateur ne se trouve à portée, on enveloppera la biopsie soigneusement dans du taffetas imperméable, mais *jamais dans une compresse* (qui absorbe l'eau du ou des fragments et les transforme en rognures desséchées et dures, tout à fait inutilisables) ; dans le taffetas la biopsie pourra attendre plusieurs heures sans dommage le moment où elle sera placée dans le liquide de fixation, dont le volume sera vingt fois environ celui de la pièce.

(1) Formol du commerce, 10 grammes ; eau, 30 grammes ; acide acétique glacial, 2 grammes ; acide picrique, à saturation. Agiter. Conservation illimitée.

La suite est manipulation de laboratoire ; je n'en dirai que les traits généraux. *La rapidité* de préparation des pièces est souhaitable, nous l'avons vu, mais cependant pas aux dépens du résultat. On ne coupera par congélation que les biopsies assez copieuses pour permettre d'en réserver une moitié en vue d'inclusion. Si en effet la congélation fournit des préparations achevées (Mayo, Leroux, etc.) au bout de 10 à 20 minutes, il faut bien avouer que ces préparations extemporanées sont souvent difficiles à lire, alors que des méthodes très rapides à la paraffine peuvent fournir des préparations fines montées en 4 à 24 heures. Pratiquement, et sauf indication spéciale d'urgence, le résultat d'une biopsie est donné trois à quatre jours après le prélèvement.

Compétence histologique. — Toutes les manipulations et techniques, depuis le moment où la biopsie est prélevée, jusqu'au moment où la préparation est colorée sur lame, sont faisables par un garçon de laboratoire ou une laborantine habitués et consciencieux. Il n'en est pas de même pour l'interprétation : celle-ci ne peut être donnée que par un *histo-pathologiste*, c'est-à-dire par un *médecin spécialiste* qui connaît l'histologie et la pathologie, et non par un bactériologiste, un pharmacien ou même un microscopeur de bonne volonté dont on ne peut pas exiger les connaissances nécesssaires. Le clinicien demande en effet, une véritable consultation médicale, un *histo-diagnostic*, comme il demande un examen du fond de l'œil, un radio-diagnostic, etc. L'histologiste spécialisé est en fait un médecin consulté ou consultant qui prend ses responsabilités ; il doit entre autres choses, être informé de tout ce qui concerne le cas, assister si possible à la biopsie, en discuter les résultats avec le médecin traitant. Cela vous paraît tout naturel ; cependant, Messieurs, il n'y a pas longtemps encore il arrivait parfois qu'une biopsie sans aucuns commentaires plaçait l'histologiste en face d'une devinette. Que ce fût fait pour mettre son savoir à l'épreuve ou pour ne pas influencer son diagnostic, cette pratique était désobligeante pour l'histologiste, et dangereuse pour le malade ; car le spécialiste, d'ailleurs capable de résoudre le problème, mais non réellement consulté, se bornait à décrire ses constatations microscopiques sans les interpréter et sans conclure.

Biopsies indécises. — Il peut arriver néanmoins pour plusieurs raisons, qu'une biopsie reste indécise : 1° par faute de technique ou de prélèvement (mauvais choix, mauvaise orientation, incision passant à côté de la lésion) ; 2° par faute dans les manipulations ultérieures, ou bien : 3° par manque de signes caractéristiques de la lésion (effacés par un traitement antérieur ou par une autre lésion coexistante ; latence histologique, précancer).

Si le résultat est douteux par faute de technique, il convient de faire un nouveau prélèvement ; si impossible, s'en rapporter à la clinique. C'est elle encore qui doit trancher le cas en suppléant une insuffisance éventuelle (v. 3e) de la réponse du laboratoire, par voie d'élimination et en s'aidant des éléments incomplets apportés par l'histologie.

Si le résultat est nul ou négatif, soit que le prélèvement ait été difficultueux, soit qu'il ait été mauvais (tissus partout nécrosés) ; ou bien que la biopsie montre des tissus normaux, la clinique seule décidera.

Si enfin le résultat est indiscutable et d'accord avec le

diagnostic clinique, la certitude sera absolue ; par contre, s'il est indiscutable mais en désaccord avec la clinique, la clinique devra s'incliner.

***

III. Constatations histologiques.

Je ne pensais pas, Messieurs, que les considérations exposées jusqu'ici, m'entraîneraient aussi loin. Je vais me trouver obligé d'écourter légèrement le dernier point, c'est-à-dire les *constatations histologiques* de l'effet des radiations sur les tissus. Aussi bien me proposais-je de vous montrer ces effets sur l'écran bien plus que de vous les décrire longuement.

Le radium est appliqué sur des surfaces ou bien planté au sein des tissus. Il est filtré ou il ne l'est pas. A vrai dire il est actuellement toujours filtré, plus ou moins, et seule, l'Ecole de Janeway fait usage des tubes nus, Le radiumthérapeute qui a reconnu la nécessité de ménager le tissu conjonctif pratique une bonne filtration primaire et l'absorption soigneuse des rayonnements secondaires. La méthode rationnelle tend non seulement à ménager le tissu conjonctif, mais encore à réveiller ou à renforcer ses réactions défensives.

Vous connaissez les difficultés que l'on rencontre pour établir la dose suffisante dans l'espace et dans le temps, car il n'existe pas *une* dose cancéricide, et les *différents cancers* ne se comportent pas également vis-à-vis de la même dose de rayonnement. La radiosensibilité est affaire relative : c'est-à-dire que telle tumeur succombera sous l'influence d'une dose à laquelle telle autre résistera, qu'à son tour cette dernière tumeur sera tuée par une dose plus forte, mais que le stroma pourra souffrir, alors qu'on aurait voulu s'en faire un auxiliaire.

C'est dans la réalisation du but poursuivi au milieu de si nombreux écueils que se montre le talent du radiumthérapeute. Quoi qu'il en soit de ces questions, que M. Degrais a longuement développées devant vous, l'histologiste peut constater, après l'application du radium, différents aspects qui sont, grossièrement classés, les suivants :

a) Nécrose totale de tous les tissus ;
b) Stérilisation absolue des portions tumorales.
c) Fonte, en voie de réalisation, des parties tumorales ;
d) Persistance de noyaux néoplasiques vivaces.

L'un ou l'autre de ces aspects, ou plusieurs à la fois sont observés, suivant le volume et la qualité de la tumeur traitée et suivant la dose, sa durée d'application, le mode de filtrage. L'aspect varie encore suivant la date du prélèvement après l'application ; il n'est pas le même après 24 heures, 5 jours, 15 jours ou 1 mois.

Lorsque l'*irradiation a été brutale* et peu ou pas filtrée, on voit les images de la nécrose totale : tout est détruit, même le stroma. Je vous en projetterai tout à l'heure quelques-unes sur l'écran ; mais je me hâte de dire que ces lésions extrêmes ne se rencontrent plus que rarement ou quand elles sont expérimentalement recherchées.

Après une *application mesurée* de radium, les lésions et réactions se constituent progressivement, dans les boyaux cancéreux, et dans le conjonctif qu'on voit se rajeunir et faire peu à peu les frais de la réparation.

On a parlé longtemps d'un *temps de latence* allant de cinq à huit jours, pendant lequel aucune manifestation dégénérative ou réactionnelle ne pouvait être saisie au sein des tissus influencés. C'est une erreur, du moins en partie : le cancer est touché immédiatement. Il ne manifeste aucun signe de déchéance proprement dite, pendant 5 jours environ, mais cependant, comme l'ont montré Regaud et Lacassagne, les karyokinèses normales constatées dans la biopsie préalable ont totalement disparu dès les premières 5 à 24 heures. Il y a une sorte de paralysie de l'activité végétative du néoplasme, qui dure 4 à 5 jours. *Vers le 5e jour* les karyokinèses réapparaissent, mais alors elles sont anormales, atypiques.

Voyons les phénomènes qui vont se succéder dans le territoire utilement irradié. *Vers le 8e jour*, peu de modifications encore : dilatation des vaisseaux capillaires, leucocytose intravasculaire ; mitoses anormales (dessin au tableau des formes courantes : mitose hyperchromatique, mitose hypochromatique, asymétrique, tripolaire, multipolaire, abortive)

Vers le 15e jour, les cellules cancéreuses apparaissent augmentées de volume, boursouflées, acidophiles ; elles sont plus ou moins vacuolaires et ont une tendance à former des plasmodes. Le noyau est monstrueux, bourgeonnant, tantôt clair, tantôt condensé ou fragmenté. Les nucléoles sont très apparents. Dans le stroma, les endothéliums vasculaires sont gonflés et on assiste à une mobilisation lympho-conjonctive de lymphocytes, plasmocytes, polynucléaires, fibroblastes (Dessin au tableau de cellules cancéreuses vacuolaires par cytolyse, de noyaux monstrueux, karyolytiques, pycnotiques, karyorrhexiques).

Vers le 25e jour la fonte histolytique des masses cancéreuses est achevée. Le néoplasme est mort et à sa place on ne trouve plus que des amas graisseux cholestériniques, de l'infiltration calcaire ou des blocs cornés. Des cellules géantes phagocytaires s'attaquent à ces déchets.

D'autre part, du tissu de granulation se substitue aux territoires qu'occupait le cancer et avec le stroma primitif rajeuni il va former peu à peu un tissu conjonctif de remplacement, un tissu cicatriciel souple. Si la lésion était voisine de l'épiderme, celui-ci se reforme très mince sur un derme sans papilles, mais richement vascularisé.

(Projections de tumeurs non influencées, et de tumeurs aux différents stades ci-dessus décrits, par épiscopie ; projection de diapositifs et de préparations histologiques).

Un mot seulement, à propos de la *nécrose fibrinoïde*, dont il a été tant parlé depuis la description qu'en a faite Letulle. Cette lésion qui, pas plus qu'aucune de celles décrites plus haut, n'est spécifique de lésions ou de modifications occasionnées par le radium, est une *dégénérescence anhyste et nécrotique* de toutes les tuniques vasculaires de l'arbre circulatoire régional. On ne la rencontre que rarement et en cas d'administration excessive ou mal filtrée de radium. Elle est particulièrement dangereuse à cause de la persistance de la perméabilité et l'absence de réaction locale, d'où hémorragies graves possibles et infection.

Prenons, pour finir, un exemple concret et d'observation journalière, le *cancer du col de l'utérus*. Le radiumthérapeute s'est informé, par une biopsie, de la variété de cancer à laquelle il va s'attaquer, parce que les différentes variétés histologiques ont des radiosensibilités différentes, et que l'application curiethérapique variera suivant les cas.

Ces variétés sont d'après Bertrand :

Epithéliomas baso-cellulaires........	91 %	des cas
Epithéliomas lobulés, spinocellulaires.	9 %	» »

Les proportions que j'ai relevées sont pratiquement les mêmes, mais j'y fais des subdivisions :

Epithéliomas pavim. basocellulaires purs.		11 %	91 %
Epithéliomas pavim. basocellulaires évolutifs			
»	» ou intermédiaires.....	80 %	
»	» mixtes................	1 %	9 %
»	» spinocellulaires.......	8 %	

En réunissant, aux épithéliomas basocellulaires purs, les intermédiaires, et aux spinocellulaires les mixtes, les proportions sont identiques.

L'expérience permet en effet de classer les épithéliomas *basocellulaires évolutifs* et les *intermédiaires* avec les épithéliomas basocellulaires purs parmi les radio sensibles. Ils sont sensibles au rayonnement, un peu moins que les basocellulaires purs, beaucoup plus que les spinocellulaires. Donc 9/10 des épithéliomas du col, encore bien localisés, seraient en principe facilement détruits avec des doses moyennes.

Si maintenant on veut envisager les effets de la curiethérapie, non plus au point de vue général de la succession des lésions, mais pratiquement pour constater l'état de guérison du cancer du col, dont la variété est déjà connue, on fera une nouvelle biopsie 25 à 30 jours après l'application du radium, c'est-à-dire quand le rayonnement est présumé avoir produit le principal de son effet.

A ce moment on peut constater au microscope, et cela a une importance sur laquelle il est inutile de revenir, les résultats suivants :

1° La tumeur est encore en voie de fonte ; il y a des aspects de dégénération et de phagocytose. Pronostic favorable, avec une légère réserve, la destruction n'étant pas achevée.

2° La stérilisation est absolue. A la place de la tumeur disparue on trouve de la nécrose, du tissu conjonctif jeune, ou du tissu de cicatrice. Guérison locale.

Si le radiumthérapeute juge utile de faire pratiquer par prudence une hystérectomie consécutive, la pièce opératoire examinée avec soin pourra montrer :

a) Qu'il n'y a pas de cancer reconnaissable ni dans le muscle utérin, ni dans le paramètre, ni dans les ganglions. Guérison.

b) Que la tumeur a bien été stérilisée dans sa masse cliniquement apparente, mais qu'il subsiste quelques groupes de cellules cancéreuses plus ou moins vivaces soit dans le myomètre, soit dans les ligaments, soit dans les ganglions tributaires. Le pronostic reste dans ce cas, malgré tout, relativement favorable, puisqu'on peut espérer avoir enlevé chirurgicalement toutes les antennes de la tumeur, ces extrêmes pionniers de l'extension étant eux-mêmes peut-être influencés par le radium. J'ajoute, à propos des ganglions pelviens et iliaques, que, leur situation les mettant, en règle générale, hors de portée du radium colpo-utérin, le radium-thérapeute qui les a trouvés perceptibles associe dans certains cas au radium la radiothérapie profonde, pour les toucher à coup sûr.

Je me proposais de vous dire quelques mots encore des lésions à distance provoquées *parfois* par le radium sur le vagin, le segment interne du col, la muqueuse du corps, le myomètre, le pédicule vasculaire, l'uretère, la trompe et les ovaires, mais je serais entraîné trop loin. Retenez seulement que ce sont le plus souvent des lésions leucoplasiques, d'atrophie glandulaire, d'endartérite, de sclérose et d'atrophie folliculaire, et que ces lésions, sauf peut-être l'atrophie des follicules ovariens primordiaux, sont devenues de plus en plus exceptionnelles, depuis que le radium est appliqué avec juste mesure et convenablement filtré.

ACTUALITÉS

MÉDECINE LÉGALE

La mort par inhibition. (M. DUVOIR et Ch. RICHET fils, Xe Congrès de médecine légale de langue française, Lille, 25-27 mai 1925.)

Voici les conclusions de ce rapport :

« On doit réserver le terme de « *mort par inhibition* », à celle qui résulte de l'arrêt d'une fonction vitale, particulièrement la circulation ou la respiration, à la suite d'une action inhibitrice directe ou réflexe. Il s'agit pour la respiration d'une inhibition du bulbe, pour la circulation d'une inhibition du cœur.

I. L'INHIBITION EXPÉRIMENTALE. — 1° Expérimentalement, on ne peut provoquer la mort par excitation du bout *périphérique* du pneumogastrique. Par contre, il ne semble pas impossible, quoique de façon tout à fait exceptionnelle, de provoquer la mort de l'animal par excitation du pneumogastrique dans sa continuité ou par l'excitation de son bout *central*, voire même dans certaines conditions, par excitation d'un nerf périphérique.

2° La mort par frayeur (?) semble pouvoir se produire chez le lapin et chez le chien, l'animal mourant au moment où on l'attache sur la table d'opération ; mais elle est tout à fait exceptionnelle. Elle ne peut s'expliquer que par une action inhibitrice, vraisemblablement par l'intermédiaire du pneumogastrique.

3° Il est possible que l'inhibition explique la mort au début de la chloroformisation ; mais le fait n'est pas démontré, car il peut aussi s'agir d'une intoxication cardiaque.

4° Expérimentalement, il est possible d'obtenir la mort par irritation des voies respiratoires supérieures, comme le démontrent les expériences de LÉON BINET, d'AUBARD et surtout de A. MAYER, MAGEN et PLANTEFOL. Il s'agit dans ce cas d'une mort par inhibition le plus souvent respiratoire, exceptionnellement cardiaque.

5° *En résumé, la mort par inhibition expérimentale est possible, sous forme soit d'une inhibition du bulbe respiratoire, soit d'une inhibition cardiaque ; mais elle ne s'observe que rarement, et dans des conditions dont l'expérimentation n'a pas encore déterminé tous les éléments, ce qui explique l'hésitation de beaucoup de physiologistes à en admettre la réalité.*

II. L'INHIBITION EN CLINIQUE. — 1° La physiologie démontrant la possibilité d'une inhibition expérimentale mortelle, il paraît logique d'admettre que l'inhibition grave humaine, dont personne ne conteste la réalité, puisse dans certaines conditions devenir mortelle.

2° L'inhibition humaine grave peut revêtir 4 modalités : l'inhibition cardiaque, l'inhibition pulmonaire, l'inhibition cérébrale et l'inhibition cellulaire générale.

3° Il n'existe pas de signes anatomiques qui permettent de porter le diagnostic de mort par inhibition ; mais la constatation, à l'autopsie, de certaines lésions permet d'exclure le diagnostic d'inhibition essentielle.

4° A notre avis, rien ne sépare certaines variétés d'inhibition du « shock traumatique » *sine materia* et la mort par inhibition représente le plus brutal de tous les états de shock. La mort par fibrillation ventriculaire est différente de la mort par inhibition ; mais on ne peut pas encore savoir si certaines inhibitions mortelles ne se produisent pas par le mécanisme de la fibrillation ventriculaire.

5° Les causes de l'inhibition grave humaine peuvent être classées suivant le mode d'action du processus inhibiteur de la façon suivante.

a) L'inhibition par action directe sur un nerf inhibiteur ;

b) L'inhibition par excitation des centres nerveux supérieurs ;

c) L'inhibition réflexe, répondant à la véritable inhibition médico-légale. Elle peut s'observer dans de nombreuses conditions dont les principales sont : les traumatismes ou excitations

Service de santé militaire. — Un concours sera ouvert le 9 décembre 1925, à neuf heures, à l'école d'application du service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Douzième Congrès annuel d'hygiène, (Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21, 22 et 23 octobre 1925.) — La Société de médecine publique et de Génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un *Congrès d'Hygiène.*

Ce Congrès tiendra séance les mardi 20, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 *octobre* 1925, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Faivre.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire *dès que possible* en écrivant à M. Bossus, Agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe). Elles recevront une carte de congressiste.

L'inscription est *gratuite* pour MM. les Membres de la Société de médecine publique. Les congressistes qui ne font pas partie de la Société auront à verser un droit d'inscription dont le montant sera fixé dans le programme définitif ; ils recevront en échange le numéro que la *Revue d'Hygiène* consacrera spécialement au comptes rendus du Congrès et que les membres de la Société de Médecine publique continueront à recevoir gratuitement.

La veille de l'ouverture du Congrès (lundi 19 octobre 1925) aura lieu *à l'Institut Pasteur la Réunion des Membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français.*

A la demande des Membres du XIe Congrès d'hygiène, les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour et seront discutées :

1° *La syphilis est-elle en voie de régression ? preuves ; documents.* — Rapporteur : M. le professeur PAUTRIER.

2° *Standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux.* — Rapporteur : M. le Dr ROCHAIX.

3° *Epidémiologie de la fièvre ondulante ; distribution géographique ; prophylaxie.* — Rapporteurs : La fièvre ondulante (spécialement en tant que maladie exotique) : M. le Dr BURNET. — La fièvre ondulante en France MM. les Drs AUBLANT. DUBOIS et LISBONNE.

Une revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1924-1925 sera faite par :

1° M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE : *Hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire.*

2° MM. les Drs OTT et BRIAU : *Hygiène générale et sociale.*

3° M. le Dr DEQUIDT : *Législation sanitaire.*

La Société accueillera avec plaisir les communications qui seront adressées avant le 1er juillet 1925.

Le Conseil ayant décidé de *concentrer l'activité du Congrès sur les trois questions* mises à l'ordre du jour (paragraphe II), les communications se rapportant à ces sujets auront la priorité.

Des visites seront organisées. Des films scientifiques (nouveaux films hollandais) seront projetés.

Par décision du Conseil d'Administration de la Société, les auteurs de communications et de rapports devront se conformer aux prescriptions suivantes *qui seront strictement appliquées* :

1° Les communications ne devront pas avoir plus de *quatre* pages (pages de 39 lignes, lignes de 52 lettres), format de la *Revue d'Hygiène* ;

2° Les manuscrits devront être remis en séance ;

3° Le texte devra être dactylographié, corrigé *ne varietur,* sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, d'envoyé d'épreuves aux auteurs ;

4° Les demandes de tirés à part doivent être adressées directement à la Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) ;

5° *Faire précéder le texte d'un résumé de 4 à 5 lignes qui figurer a en caractères gras en tête de la communication.*

6° Remettre *en séance* un résumé (10 à 15 lignes) destiné à la Presse.

Des démarches seront faites près des Compagnies de Chemins de fer pour obtenir cette année une réduction au demi-tarif pour les adhérents au *Congrès annuel d'Hygiène* ; le résultat de ces démarches sera indiqué ultérieurement.

Conférences d'ophtalmologie pratique. — Service d'ophtalmologie de l'hopital Necker et Enfants-Malades, Dr POULARD.

Les conférences commenceront le lundi 15 juin et continueront les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Elles sont faites pour ceux qui exercent ou se préparent à exercer la médecine générale.

Elles sont gratuites. S'inscrire dans le service d'ophtalmologie.

BIBLIOGRAPHIE

Les actualités thérapeutiques infantiles en 1924. — Recueil d'analyses de thérapeutique de l'enfance publié par les docteurs ROUECHE et R. AUSSET, avec une préface de M. le Pr NOBÉCOURT Prix : 6 francs.

Les auteurs se sont proposé de recueillir pour les médecins tout ce qui a paru concernant la thérapeutique de l'enfance dans les périodiques médicaux, les sociétés savantes, les livres.

Lamartine. Œuvres choisies en 7 volumes (Larousse, éditeur).

Voici une édition de Lamartine qui a l'avantage de présenter, en un nombre restreint de volumes, une vue complète de la production du grand écrivain. Sans rien omettre des belles œuvres qui veulent être lues en entier, elle nous dipsense de chercher dans les autres les pages qui méritent de vivre toujours. Les fervents du poète du Lac trouveront là toute la fleur d'une œuvre trop vaste pour le lecteur moderne : Jocelyn, Raphaël, Graziella, reproduits *in extenso,* deux volumes de Poésies choisies et deux volumes d'Extraits en prose. Ils auront en outre la satisfaction raffinée de pénétrer dans l'intimité si curieuse du plus sentimental des Romantiques, de lire ses notes et variantes qu'on ne trouve que dans les éditions originales et dans lesquelles le poète a livré un peu de son cœur, d'être renseigné sur les circonstances de tant de lieux ou de personnes qui l'inspirèrent. Enfin, l'auteur de cette excellente et élégante édition, un de nos plus distingués lamartiniens, M. G. Roth, a classé avec raison les morceaux choisis dans l'ordre de leur composition : on peut ainsi étudier toute l'évolution de la pensée de Lamartine, ce qu'elle eut de permanent, ce qu'elle eut de contingent, et c'est, là encore, une satisfaction que goûteront les délicats. (Chaque volume sous couverture rempliée, 5 fr. 50.)

(*Voir la suite page 88?.*)

des voies respiratoires supérieures (chocs sur le larynx, irritation par des solides, des liquides ou des gaz) ; les réactions réflexes à point de départ pleural ; les traumatismes de l'abdomen ; les traumatismes ou irritations des organes génitaux internes de la femme ; les traumatismes du testicule, de l'anus. L'action des traumatismes psychiques (émotion violente) n'est pas établie.

6° La nature et la localisation du traumatisme ne suffisent pas à expliquer la mort par inhibition. Il est nécessaire qu'il y ait une prédisposition du sujet, constituée soit par un état de déséquilibre neuro-végétatif, soit par une modification de l'état humoral, l'acidose semblant favoriser l'inhibition.

7° *En résumé, nous nous rangeons à l'opinion de ceux qui admettent que la mort par inhibition primitive est possible chez l'homme en apparence sain.*

Traumatismes et tumeurs malignes. (CORDONNIER et MULLER, X[e] Congrès de médecine légale de langue française, Lille 25-27 mai 1925.)

Voici les conclusions de ce rapport :

« *En résumé*, de nombreux faits cliniques et expérimentaux, des observations nouvelles, apparues ou ressemblées depuis 1907, dans la pathologie des cancers, nous permettent de confirmer et d'étendre les conclusions développées par le Professeur SEGOND dans son rapport et nous obligent à ranger le traumatisme, en tant que violence extérieure et soudaine, parmi les éléments conditionnant dans certains cas l'évolution des tumeurs malignes. Nous ne pensons pas qu'à lui seul un traumatisme puisse transformer une cellule normale d'un tissu en une cellule cancéreuse. Mais nous pensons qu'un traumatisme est susceptible de préparer localement le terrain, d'amorcer la lésion qui pourra devenir néoplasique si le sujet porte en puissance une prédisposition spéciale.

Pour nous, si nous ne nous plaçons pas uniquement sur le terrain scientifique et si nous raisonnons en médecins experts devant apporter une solution aux problèmes posés, nous sommes amenés à considérer qu'un traumatisme est susceptible de DÉCLANCHER *l'apparition d'un processus néoplasique malin, qu'il peut* RÉVÉLER *une tumeur préexistante, qu'il peut* AGGRAVER *un cancer évoluant.*

Certains *épithéliomas* qui jusqu'ici, n'étaient pas considérés comme susceptibles de rentrer dans le cadre de la loi de 1898, doivent en bénéficier. Il en est ainsi de certains *cancers du goudron* apparus dans des conditions spéciales : contact accidentel unique, intégrité préalable de la région, développement au point lésé d'un épithélioma dans un délai inférieur à trois ans.

Les notions plus complètes que nous possédons maintenant sur les *cicatrices* nous permettent de pénétrer un peu le mécanisme de leur cancérisation secondaire. Le délai d'apparition de ces cancers des cicatrices qui, jusqu'ici, était considéré comme très prolongé, semble, d'après certaines observations récentes, pouvoir être parfois même inférieur à trois ans. Le traumatisme initial qui les a produites s'il résultait d'un accident de travail en est donc responsable.

D'autre part, il est établi et confirmé depuis SEGOND qu'un traumatisme en détruisant l'équilibre cellulaire d'une *cicatrice*, d'un *nævus*, ou d'un vieux cal, peut faire apparaître en ce point un épithélioma, un sarcome, ou un mélanome, dont il doit être considéré également comme responsable.

Les observations nouvelles publiées depuis 1907 ont également confirmé qu'un OSTÉOSARCOME pouvait, dans certains cas, être considéré comme d'origine traumatique.

Il est bien entendu que nous réservons la question des TUMEURS DES ORGANES PROFONDS encore à l'étude, jusqu'à ce que nous possédions des exemples plus probants.

Conditions pour que l'on puisse admettre la relation de cause à effet. — Pour que la loi de 1898 sur les accidents du travail puisse entrer en ligne de compte, il faut que la tumeur apparaisse dans les conditions suivantes :

1° Il est indispensable que la *région traumatisée* soit au préalable *non cancéreuse* et que cette intégrité absolue nous soit précisée médicalement dans la limite de nos moyens actuels d'investigation, dès le premier examen.

2° Il faut que le *traumatisme* ait été *réel* et *assez intense* et que cela soit établi par les circonstances de fait et les certificats médicaux.

3° Il faut que la *tumeur* soit apparue au *point traumatisé.*

4° Il faut que la *symptomatologie* ait été *continue* avec cependant possibilité de périodes de latence.

5° Il faut que les premiers symptômes de l'évolution de la tumeur ne soit pas apparus *moins d'un mois à six semaines après le traumatisme*, le délai maximum étant ramené à trois ans pour rester dans les limites de la loi.

6° Il faut que, dès l'apparition des premiers symptômes douteux, si l'on soupçonne un ostéosarcome, une ou des *radiographies* soient faites pour confirmer le diagnostic.

7° Il est enfin indispensable de faire un examen *histologique*, soit après biopsie, soit après nécropsie.

Si, au contraire, les faits nous mettent en présence d'un traumatisme survenu sur un point déjà cancéreux, nous n'admettrons l'AGGRAVATION TRAUMATIQUE que si les symptômes en sont apparus dans un *délai très court* après la contusion.

Règles proposées pour l'indemnisation dans les cancers traumatiques. — La relation de cause à effet entre un traumatisme et une tumeur maligne étant admise, COMMENT INDEMNISER L'ACCIDENTÉ ?

Sur ce point, les discussions élevées après la guerre n'ont pas abouti à l'accord des auteurs. Les uns, comme DELBET et BRAULT, donnent cent pour cent au mutilé, si le cancer résulte d'une plaie de guerre, et dix à vingt-cinq pour cent, si le cancer a seulement été aggravé par la blessure. Les autres, avec DARIER, tout en attribuant cent pour cent dans le premier cas, donnent de vingt à quatre-vingts pour cent dans le second.

Nous ne croyons pas juste une telle évaluation. A notre avis, dans chacun des cas étudiés plus haut, deux hypothèses peuvent être envisagées :

A. TUMEURS PROVOQUÉES. — Si chez un blessé, ayant vu se développer une tumeur maligne comme conséquence de son accident, une intervention ou une action thérapeutique amène la guérison, le blessé sera considéré comme en état d'incapacité temporaire jusqu'à la consolidation de ses lésions et la reprise du travail ; puis l'infirmité sera évaluée du fait de la mutilation, absolument comme dans un accident ordinaire.

Si l'intervention est impossible ou inacceptée, ou si l'action thérapeutique est inefficace, il conviendra de laisser le blessé en état d'incapacité temporaire jusqu'à son décès.

B. TUMEURS AGGRAVÉES. — A notre avis, le traumatisme qui a entraîné par son intervention l'arrêt du travail en provoquant l'extension plus rapide de la tumeur donne à l'ouvrier le droit au demi-salaire jusqu'à son décès. Mais, si à la suite d'une intervention chirurgicale, l'ouvrier demeure mutilé ou si la mort survient par suite de l'évolution de la tumeur maligne, il est impossible d'attribuer au traumatisme la responsabilité de cette mutilation ou de cette mort. Cette responsabilité incombe uniquement à la tumeur préexistante. »

La criminalité des blessés du crâne. — (A. PAROT. Congrès de médecine légale. Lille 25-27 mai 1925.)

Dans la première partie : *considérations étiologiques*, l'A. explore le domaine scientifique des traumatismes du crâne et de leurs séquelles, et cherche à préciser, sur ce terrain neuro-psychiatrique bien délimité, quelles sont celles à retenir et celles à rejeter dans le déterminisme de leurs actes.

Une deuxième partie : *étude des faits*, résume l'enquête à laquelle l'A. s'est livré auprès des psychiatres et médecins légistes. Cette partie, essentiellement documentaire, repose sur l'étude d'une soixantaine d'affaires médico-légales de cette nature.

Enfin, dans une troisième partie : *déductions médico-légales*, l'A. dégage les principes qui doivent inspirer l'expert en pareille circonstance et donne les conclusions générales de son travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mai 1925.

Conséquences éloignées de la radiothérapie ultra-pénétrante. — M. *Bazy* rapporte l'histoire d'un malade qui avait été traité par la radiothérapie ultra-pénétrante pour une hypertrophie prostatique. Un an et demi après la cessation du traitement apparurent une radiodermite périnéale, de l'urétrite avec induration du canal urétral, de la cystite et de la rectite.

Dysembryoplasies de l'utérus. — MM. *Letulle, Tuffier* et *Lambert.* — L'adéno-myome de l'utérus et les endométriomes erratiques découverts dans l'abdomen (paroi antérieure et canal inguinal) sont tous des produits d'une malfaçon embryonnaire contemporaine de l'évolution des deux canaux de Muller. Ils sont spécifiés non seulement par des formations glanduliformes identiques à celles de la muqueuse de l'utérus (épithéliums cylindriques ciliés ou non, chorion sous-jacent fait de tissu « cytogène » mais aussi par des couches de fibres musculaires lisses satellites.

Il ne s'agit point de tumeurs proprement dites, mais de dysembryoplasies partout et toujours identiques.

Les petits utérus aberrants extra-utérins sont susceptibles de subir les lésions inflammatoires de l'endométrite chronique ulcéreuse et végétante classique ; ce dernier trait complète leur identification avec le tissu utérin.

L'Académie de médecine et l'hygiène sociale. — M. *Cazeneuve* observe que les questions d'hygiène sociale figurent au premier plan des préoccupations de l'heure, dans l'intérêt de la population si éprouvée par la guerre. Il est d'avis que l'Académie, sans attendre d'être consultée par le Gouvernement, est absolument dans son rôle de faire entendre son avis à l'occasion des projets intéressant l'hygiène publique.

Les critiques récentes de M. Weiss, doyen de la Faculté de Strasbourg, sur le régime allemand des assurances sociales en Alsace-Lorraine, et, aussi bien, les observations de M. le prof. Léon Bernard sur la suppression de 132 millions de crédits affectés au budget du Ministère de l'Hygiène, soulignent l'opportunité de l'intervention de l'Académie de médecine.

La microangioscopie, méthode d'exploration directe des petits vaisseaux sanguins superficiels de l'homme. — M. *A.-C. Guillaume*, qui poursuit, depuis plusieurs années, une série de recherches sur la circulation dans les vaisseaux superficiels des téguments de l'homme, présente un résumé de ses diverses notes et publications sur ce sujet. Groupant ainsi, dans leur ensemble, ces divers travaux, il indique l'état actuel de ses recherches sur cette question. Il passe successivement en revue l'appareillage et la technique, l'application de la microangioscopie à l'étude physiologique de la circulation capillaire, et l'application de la microangioscopie à l'étude pathologique de la circulation capillaire.

Sur la vaccination préventive en chirurgie. — M. le prof. *Alanco-Acevedo*, de Montevideo, donne lecture d'un travail documenté sur l'emploi systématique de la vaccination des malades à opérer par le vaccin polyvalent de Delbet afin d'assurer une évolution post-opératoire libre de tout incident infectieux. Si la pratique de l'asepsie met à couvert des infections exogènes, il faut, dans certains cas, craindre la mise en mouvement de germes microbiens préexistants.

Guidé par cette idée, l'auteur emploie d'une façon prophyactique depuis 4 ans un vaccin polyvalent préparé dans le llaboratoire de son service d'après les principes établis par le prof. Pierre Delbet. Il attribue à son emploi les résultats obtenus dans une série de près de 400 laparotomies et dans une série de 50 ostéosynthèses métalliques guéries sans le moindre incident post-opératoire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mai 1925.

La ponction lombaire dans le traitement des fractures du crâne. — M. *Okinczyc* rapporte un cas de M. Vergos. Celui-ci a vu chez un blessé atteint de fracture du crâne, après une première ponction lombaire, le pouls rester petit, l'état grave. Une deuxième ponction est pratiquée et, malgré l'absence d'un manomètre de Claude, l'écoulement goutte à goutte du liquide marquait bien *l'hypotension*. Une injection de 500 cc. de sérum sous-cutané fut suivie d'un effet heureux immédiat.

Il y a peut-être danger à traiter par la ponction lombaire systématique les traumatismes craniens si l'on méconnaît la valeur de la tension intracrânienne.

La sérothérapie antigangréneuse adjuvante de l'opération dans l'appendicite à chaud. — M. *Louis Bazy* rapporte un travail de M. Clavelin (Val-de-Grâce) qui depuis 3 ans a pratiqué l'injection de sérum antigangréneux polyvalent dans 40 cas d'appendicite aiguë avec 40 succès. L'auteur injecte 40 cc. de sérum de Vincent antimicrobien et antitoxique au 3e et si besoin est au 5e jour. Les résultats sont excellents, mais M. Bazy remarque qu'on ne peut espérer la guérison à coup sûr sans user d'un sérum spécifique.

Dans 20 cas personnels, M. Bazy a recherché les microbes de l'appendicite et a presque toujours trouvé du coli-bacille et une seule fois du B. perfringens. Comment agit donc le sérum antigangréneux qui n'est pas spécifique ? Le sérum de cheval est sans action protéinothérapique, est-ce par neutralisation des diastases ? par action spécifique contre des microbes associés ? Quoi qu'il en soit, l injection de sérum de cheval qui met le sujet en état d'anaphylaxie ne doit pas être pratiquée trop facilement.

L'ostéosynthèse de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. *Alglave* rapporte une intéressante observation de M. Fruchaud (Angers). Un homme de 45 ans présentait une fracture du condyle interne de l'utérus. M. Fruchaud, intervenant par voie transoléocrânienne pratiqua l'ostéosynthèse du condyle. La mobilisation put être commencée au bout du 15e jour et le blessé reprenait son travail 3 mois après.

C'est là un très beau succès, car l'on connaît toute la difficulté du traitement de ces fractures du coude. Aussi M. Alglave félicite l'opérateur tout en remarquant que la réduction du coin huméral aurait pu être plus parfaite puisqu'il expose toutes les utilisations possibles de la voie transoléocranienne.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

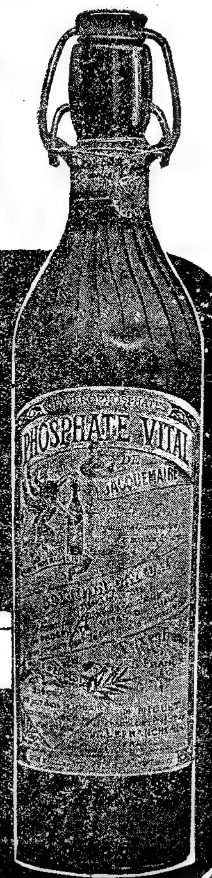
Séance du 15 mai 1925.

Recherches sur le sympathique céphalique en relation avec le syndrome de Gradenigo et la synergie des mouvements oculaires. — M. le Dr *Izquierdo* (de Caracas). — L'auteur émet l'opinion que le syndrome de Gradenigo (céphalée pariétale et diplopie par paralysie du moteur oculaire externe) relève plutôt de troubles du système sympathique que de méningite basilaire ou d'ostéite du rocher. Il détaille les voies sympathiques qui relient les nerfs qui traversent le rocher avec la VIe paire et conclut que l'arc réflexe sensitif cérébello moteur des yeux qui emprunte cette voie sympathique peut être interrompu par l'inflammation locale dont la source est auriculaire.

Hypertrophie de la prostate et nouvelle méthode pour la prostatectomie. — M. le Pr *Izquierdo.* — Après avoir discuté les différentes interprétations pathogéniques de l'hypertrophie de la prostate, l'auteur défend la théorie personnelle de l'origine de cette tumeur au niveau de l'utérus masculin. Il s'agirait d'un fibro-myome de l'utricule ou utérus masculin. L'A. expose ensuite sa technique personnelle de prostatectomie.

M. *Péraire* présente au nom du Dr Ph. de Lostalot de Biarritz quatre observations :

1° *Corps étranger de la vessie* (balle de fusil Maüser) expulsé pendant la miction ;



2° *Une fracture fruste de la colonne lombaire* avec radiographies ;

3° *Ulcère juxtapylorique* avec hématémèses abondantes à répétition et état syncopal, traité par la transfusion sanguine, puis par la ligature avec enfouissement muqueux de l'ulcère ;

4° *Ostéite aiguë chez un nourrisson de 4 mois*, ostéite double du maxillaire supérieur.

Arrachement du tendon d'Achille avec fracture du calcanéum. — M. *Petit de la Villéon.* — L'auteur présente une malade qu'il a opérée, il y a six mois, pour un traumatisme important du pied, ayant entraîné simultanément une fracture du calcanéum avec arrachement de sa grande apophyse postérieure et une désinsertion totale du tendon d'Achille.

L'A. a dû extirper dans sa totalité le fragment calcanéen et réimplanter les insertions achélliennes.

La malade marche, maintenant, correctement, et le résultat au bout de six mois est des plus satisfaisants.

Tumeur curieuse de l'avant-bras. — M. *Petit de la Villéon.* — L'A. présente, avant de l'opérer, une femme âgée, atteinte au niveau de l'avant-bras, d'une tumeur ayant un aspect inusité : grosse comme une orange, lobulée, irrégulière, dure, fixée aux muscles épicondyliens avec retentissement ganglionnaire axillaire et fléchissement marqué de l'état général.

Il s'agit probablement d'une tumeur maligne, sarco épithélioma.

L'A. se propose d'opérer, d'enlever largement la tumeur et d'y ajouter un évidement de l'aisselle.

Il apportera les résultats de l'examen histologique.

Trois cas d'accidents de la radiothérapie des fibromes. — Le Dr *Pierre Mornard* communique trois observations ; dans la première il s'agissait non d'un fibrome, mais d'un sarcome, comme l'a montré l'examen histologique ultérieur. Celui-ci, sphacélé par les rayons, proliférant activement en d'autres points nécessita l'opération en pleine crise d'infection ; la malade mourut d'anurie malgré le Mickulicz. Dans le second cas, le sphacèle du fibrome déchaîna des accidents toxi-infectieux tout à fait graves qui tinrent la malade dans un état alarmant pendant plus de 15 jours malgré la vaccination, les lavages au Dakin. Heureusement le fibrome s'élimina par sphacèle sans hémorragie, sans péritonite ni septicémie, et au bout de quatre mois, la malade finit par guérir sans intervention. Dans le troisième cas, le sphacèle se fit sans communication avec l'extérieur ; les accidents toxi infectieux moins violents, mais cependant graves, guérirent par glace et vaccination, l'hystérectomie se fit ensuite sans incidents.

L'A. montre que la radio ou radiumthérapie :

1° Ne doit s'adresser qu'au fibrome, parfois impossible à distinguer du sarcome ;

2° Que ce n'est pas une méthode sûre, puisqu'on a opéré bien des malades d'abord traités par les rayons ;

3° Que ce n'est pas une méthode anodine, puisqu'elle détermine assez fréquemment des accidents excessivement graves sinon mortels.

Nouvelle méthode très efficace pour le traitement des suppurations chroniques, en particulier de celles des os, par l'aluminium-potassium nitraté. — M. *Dartigues* (au nom du Dr Max Thorek, (Chicago). — On fait des applications du composé incorporé dans une préparation d'avoine concassée stérilisée, qu'on applique sur la région infectée. Il agit par osmose, favorise la production d'agents bactériologiques, inhérents au processus suppuratif et qui atténuent la virulence par la production d'anticorps. Ce traitement renforce la défense biologique de l'organisme ; de plus, il se produit une réaction d'autolyse et une liquéfaction des germes pathologiques de la région infectée. A l'hôpital de Chicago, M. Max Thorek a traité plus de cent cas de suppuration chronique des os avec succès, dont cinquante cas d'ostéomyélite. Dans beaucoup de cas, ce traitement a favorisé et simplifié le traitement opératoire, quelquefois même il a suppléé entièrement la chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mai 1925 (*Suite*).

Spasme de l'œsophage chez un nourrisson présentant une adénopathie trachéo bronchique tuberculeuse (projections). — MM. *Ribadeau-Dumas* et *Debray* projettent les films d'un spasme œsophagien chez un nourrisson atteint d'adénopathie trachéo-bronchique. Cliniquement il existait des vomissements par régurgitation ayant fait penser à une sténose pylorique. Le sondage était facile. A ce propos les auteurs discutent sur l'anorexie mentale du nourrisson et son traitement par l'isolement. Ils insistent également sur le pharyngo-spasme guéri par le sondage.

M. Lesné demande s'il n'y avait pas chez ce nourrisson des signes de spasmophilie. Dans ce cas, le sondage, le gavage et le bromure de calcium donnent de bons résultats.

Hémi-facio-crâniose. — MM. *André Léri* et *Layani* présentent un nouveau cas d'hémicrâniose, curieuse affection d'origine congénitale caractérisée par la production d'ostéomes occupant sur tout un côté du crâne et de la face le domaine du trijumeau. Ces ostéomes occupent autant la face interne du crâne que sa face externe.

Chez la malade présentée, la face est beaucoup plus atteinte que dans les cas antérieurs et le cas mérite vraiment d'être dénommé « *hémi-facio-crâniose* ».

En outre, on voit fort bien sur les radiographies les ostéomes proéminents dans l'intérieur de la cavité cranienne, ce que jusqu'ici les rayons X n'avaient pas révélé.

Ces cas d'hémi-facio-crâniose congénitale, véritable entité anatomo-clinique, doivent être bien distingués des cas auxquels par un véritable abus de langage, on a attribué le même nom d'hémicrâniose, mais qui ne sont ni congénitaux, ni étendus au domaine du trijumeau et limités à ce domaine, et qui consistent simplement en un ostéome localisé de la face externe du crâne coïncidant ou non avec une tumeur intra-cranienne.

M. Queyrat insiste sur l'inactivité du traitement syphilitique dans les hyperostoses anciennes d'origine syphilitique.

Le borate de soude dans la maladie de Basedow. — MM. *Loeper* et *Ollivier* ont constaté que le borate de soude est capable d'atténuer la plupart des symptômes de la maladie de Basedow.

Les résultats cliniques tendent déjà à démontrer que l'amélioration obtenue dépend d'une action élective du bore sur le corps thyroïde.

L'action du sucre sur l'estomac. — MM. *Loeper* et *G. Marchal* ont observé les heureux effets de l'ingestion de sucre en nature dans certains cas pathologiques, surtout en cas d'ulcère de l'estomac, d'intolérance médicamenteuse et d'éruptions d'origine alimentaire.

Le sucre atténue les douleurs des ulcéreux, et facilite la cicatrisation de l'ulcus. Il diminue l'action irritante de médicaments, tels que l'antipyrine et l'aspirine, et de certaines substances alimentaires.

Il s'oppose fréquemment aux phénomènes d'anaphylaxie muqueuse et d'anaphylaxie humorale, jouant un rôle de protection locale et de défense générale.

Il exerce ses effets par la dilution d'un suc gastrique hypéracide ou d'un produit toxique, mais surtout grâce aux afflux leucocytaires qu'il détermine dans la cavité gastrique. Il peut être utile de lui ajouter en certains cas un agent leucopédétique plus puissant, mais moins inoffensif : l'atropine.

M. N. Fiessinger a constaté également que le sucre agit sur l'hyperchlorhydrie et sur les substances mal tolérées par l'estomac. C'est ainsi que chez les lithiasiques, les œufs *sucrés* sont bien tolérés.

Résultats éloignés de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. Notion de réactivité. — *M. Chr. Zœller* rapporte les résultats de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine après un an. Sur sept sujets dont la réaction de Schick était négative après la vaccination, une seule était redevenue positive. Sur

trois sujets dont la réaction de Schick était faiblement positive, l'un avait une réaction négative, un autre une réaction faiblement positive ; le troisième contracte une diphtérie au cours de l'année. Chez les deux sujets à réaction de Schick positive il a suffi d'une inoculation d'anatoxine (1/2 cmc.) pour négativer leur Schick en huit jours. L'auteur rappelle que l'immunité est fonction non seulement de l'antitoxine circulante, mais aussi de la *réactivité* du sujet.

Au cours d'une épidémie de diphtérie tandis que les non-vaccinés présentaient 29 cas, les sujets vaccinés ne présentèrent pas un seul cas de diphtérie typique. Un cas suspect se présenta à l'examen clinique et bactériologique comme une angine banale chez un porteur de germes plutôt que comme un cas de diphtérie.

Diabète insipide et obésité. Action du traitement par le lobe postérieur d'hypophyse. — *MM. M. Labbé* et *L. Denoyelle* présentent l'observation d'une malade atteinte de diabète insipide et d'obésité. Les troubles ont débuté il y a neuf ans progressivement ; la polyurie et la polydipsie ont apparu et deux ans plus tard le poids est passé de 65 kilos à 119 kilos. On ne peut déceler l'existence d'aucune lésion hypophysaire, en particulier, il n'y a pas de troubles oculaires, pas de signe d'hypertension intracranienne, la selle turcique est radiographiquement normale. D'autre part, il n'y a aucun signe de spécificité. La malade a eu deux grossesses normales ; le Wassermann est négatif.

Les injections de lobe postérieur d'hypophyse diminuent immédiatement la polyurie mais trois injections quotidiennes de un demi lobe chacune sont nécessaires pour maintenir l'élimination au-dessous de deux litres. Les auteurs ont constaté l'inefficacité complète de différentes thérapeutiques : injections de lobe antérieur, d'antipyrine, de novocaïne ; ingestion d'extrait de lobe postérieur, même à fortes doses. L'obésité n'a été nullement influencée. Le début du traitement a même fait monter le poids de 119 à 123 kilos.

M. Lereboullet a observé un cas semblable.

M. Rathery a observé un malade avec Cambacedès chez lequel l'injection du lobe postérieur du corps thyroïde avait une action plus durable : 15 jours à 3 semaines.

Présence du bacille de Lœffler dans une pleurésie purulente à streptocoques. Sérothérapie et vaccinothérapie associées. Pleurotomie. Guérison. — *MM. Ch. Zœller* et *Manoussakiss* rapportent l'histoire d'un malade qui, au cours d'une pleurésie purulente à streptocoques, présenta dans sa plèvre une bacille diphtérique vrai. On traita le malade par la sérothérapie antistreptococcique et par les ponctions évacuatrices suivies d'injections de bouillon-vaccin. Après une amélioration progressive le malade fut soumis à la pleurotomie. Malgré l'intervention d'un érysipèle, il guérit sans avoir présenté de signe précoce ni tardif de diphtérie.

Les auteurs attirent l'attention sur l'efficacité de ce traitement spécifique mixte ; sur la pullulation dans la cavité pleurale d'un bacille diphtérique chez un sujet qui était à son entrée porteur sain de bacille diphtérique et dont la réaction de Schick était négative. Ils voient dans cette observation le témoignage qu'un porteur de germes à réaction de Schick négative peut subir sans risque de diphtérie post-opératoire un traumatisme chirurgical aussi sérieux qu'une pleurotomie.

Séance du 22 mai 1925.

Poliomyélite antérieure aiguë avec paraplégie flasque grave, puis signe de Babinski. Sérum de Pettit, rayons X, diathermie, galvanothérapie ; guérison. — M. *Laignel-Lavastine* montre une jeune femme de 27 ans qui, entrée dans son service pour paraplégie flasque brusque complète, avec troubles sphinctériens, par poliomyélite antérieure aiguë, fut immédiatement traitée par le sérum de Pettit et la rachithérapie dorso-lombaire répondant aux foyers de poliomyélite. En même temps que la localisation de l'atrophie sur le membre inférieur droit et sur la région plantaire gauche, apparut le signe de Babinski à gauche sans aucun indice de perturbation du système pyramidal. L'examen électrique montra la réaction de dégénérescence dans les muscles plantaires gauches et l'intégrité relative des muscles de la région antéro-externe de la jambe. Il s'agit donc d'un signe de Babinski par hypertonie plantaire analogue au cas ancien de Lortat-Jacob et au cas plus récent de Sicard. Sous l'influence de la diathermie et de la galvanothérapie la malade s'améliore chaque jour et le signe de Babinski tend à disparaître.

Sur le traitement de la paralysie générale par le paludisme expérimental et les antisyphilitiques associés. — MM. *H. Claude* et *R. Targowla* présentent deux malades très améliorées par ce traitement. Sur trente malades ainsi traités, ils ont observé un nombre considérable d'améliorations portant surtout sur l'état mental et allant parfois jusqu'au retour *ad integrum*. Les signes physiques sont plus rétractaires et la méningo-encéphalite continue son évolution, comme le montre le syndrome humoral légèrement modifié seulement. L'intérêt de cette thérapeutique réside dans la transformation du tableau clinique qui permet, avec une fréquence remarquable, le retour du malade à la vie familiale et sociale. Il est actuellement impossible de se prononcer sur l'avenir de ces malades. Quant au traitement, il présente dans les conditions où il a été poursuivi, une innocuité absolue, les auteurs n'ont enregistré aucun accident grave.

M. *Pagniez* signale qu'en Allemagne et en Angleterre on signale par cette méthode 30 % de cas améliorés.

M. *Sézary* fait part des améliorations qu'il a obtenues grâce aux injections intraveineuses de stovarsol.

M. *Targowla* n'a pas obtenu de bons résultats par cette thérapeutique.

Fréquence de la maladie de Dupuytren au cours du saturnisme. — *M. Michaux*

Durée de l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique. — MM. *Lereboullet* et *Joannon* qui en avril et mai 1924 avaient vacciné contre la diphtérie, au moyen de l'anatoxine de Ramon, des enfants atteints de tuberculose ostéo-articulaire, soignés à l'hôpital d'Antony, ont pu constater au bout d'un an, chez les dix malades encore en traitement, la persistance d'une réaction de Schick négative. Ainsi que les auteurs s'en sont assurés, la situation et les conditions de fonctionnement de cet hôpital, y rendent nulle ou négligeable l'immunisation spontanée occulte qui, au contraire, dans les milieux hospitaliers urbains et en particulier aux Enfants-Malades, s'est révélée un facteur d'immunité très important. La longue durée de l'état réfractaire semble donc due tout entière aux injections d'anatoxine et la constance des résultats obtenus par cette méthode très simple, est à retenir ; ces résultats venant après ceux récemment publiés contribuent à démontrer la remarquable efficacité immunisante de l'anatoxine de Ramon, et à faire souhaiter la généralisation de son emploi dans la pratique de la vaccination antidiphtérique.

Zona thoracique et éruption vésiculo-pustuleuse généralisée. — MM. *J. Troisier* et *Delalande* présentent un malade atteint de zona thoracique et d'une éruption vésiculo-pustuleuse généralisée, survenus simultanément. Ils insistent en particulier sur l'aspect *varioloïde* de l'éruption généralisée qui est certainement sous la dépendance de la même cause que le zona thoracique.

Regression de la Personnalité et Psychanalyse p. 726

ERRATA : P. 729 col. 1 — parag. 7 — ligne 3 : au lieu de : *j'ai émis* : lire : *j'ai mis*. — P. 729 col. 1 — parag. 9 — ligne 9 : au lieu de : délire *amnésique*, lire : *ecmnésique*. — P. 729, col. 2. — parag. 2 — ligne 1 : au lieu de : *j'avais été amené*, lire : *j'avais amené*. — P. 729, col. 2. — parag. 4 — ligne 3 : au lieu de : *à un*, lire : *dans un*. — P. 730, col. 1 — parag. 3 — lignes 10 et 11 : au lieu de : *aux quels* et *oublié*, lire : *aux quelles* et *oubliées*.

L'évolution des syndromes parkinsoniens post encéphalitiques. — MM. *Maurice Renaud* et *Auger*. — Ce travail, appuyé sur l'observation prolongée de 16 parkinsoniens et sur les données de trois autopsies avec inoculation au lapin, est fait en vue de préciser les rapports entre le syndrome de Parkinson et les processus infectieux qui le déterminent, et de fixer les conditions du pronostic. Les auteurs tirent de leur étude les conclusions suivantes.

I. Quelle que soit l'époque à laquelle apparaissent les premiers symptômes de l'affection, leur développement est rapide. Ils atteignent en quelques mois le maximum de leur intensité et de leur diffusion.

Après une période de quelque trois mois à deux ans pendant laquelle les symptômes apparaissent et s'accentuent, la situation se stabilise, le syndrome est fixe.

II. Une fois cet acmé atteint, l'évolution dépend avant tout de l'importance des troubles fonctionnels.

a) Certains malades deviennent rapidement cachectiques et meurent moins d'un an après l'apparition de l'encéphalite.

Encéphalite et syndrome parkinsoniens forment un tout dont la mort est la conclusion.

b) D'autres (5/16) sont devenus plus lentement grabataires et cachectiques.

c) D'autres enfin et c'est le plus grand nombre (11/16, sont des infirmes partiels. La situation des malades semble rester indéfiniment stationnaire. On n'observe jamais de poussées évolutives au cours des quelles apparaissent de nouveaux symptômes, s'accusent des symptômes anciens.

III. Dans les cas à évolution rapidement progressive on est en droit de penser que la mort survient par extension des lésions à certaines parties du névraxe dont les troubles fonctionnels entraînent des désordres graves et incompatibles avec la vie.

L'apparition de complications (tuberculose, escarres) peut d'ailleurs hâter le dénouement. Dans les formes lentes, fixées non progressives l'évolution est toute différente. Ici plus de maladie infectieuse, plus de processus anatomique en activité. On est seulement en présence de désordres fonctionnels limités, qui n'ont pas une gravité immédiate mais qui cependant entraînent l'organisme par une série de cercles vicieux à la déchéance et à la mort.

Les raisons de la cachexie des parkinsoniens dont l'organisme dans son ensemble, n'est touché que secondairement, doivent être cherchées dans les perturbations apportées à la vie des malades par les troubles fonctionnels d'origine cérébrale, tant dans le domaine de la vie de relation que dans celui de la vie organique.

Le pronostic est donc conditionné par la diffusion et l'intensité des troubles fonctionnels et surtout par la présence ou l'absence des troubles du système nerveux qui règle la vie végétative.

IV. Les parkinsoniens ne présentent pas d'autres troubles que ceux qui dépendent de l'atteinte de l'encéphale. On n'observe chez eux aucun trouble viscéral ou humoral témoignant de l'évolution d'un processus infectieux.

La marche de l'affection est celle d'une maladie fixée. Dans les autopsies tardives, on ne trouve plus dans l'encéphale que des altérations cellulaires dégénératives. Tout processus inflammatoire est éteint et l'inoculation aux lapins ne transmet pas la maladie.

V. Le parkinsonien n'est donc pas atteint d'une maladie en évolution mais d'une infirmité incurable.

M. *Clovis Vincent* considère que dans l'immense majorité des cas l'évolution du syndrome parkinsonien est progressive. La maladie est liée à des lésions cellulaires qu'il est impossible à mettre en évidence dans l'état actuel de nos moyens d'exploration.

MM. *Pagniez* et *Dufour* partagent la même opinion.

M. *de Massary*, tout en admettant l'évolution progressive du syndrome, considère qu'il y a parfois des poussées aiguës.

Le traitement hélio-marin précoce du rachitisme, d'après les conclusions du Congrès de thalassothérapie d'Arcachon. — M. *Armand-*

Delille expose le résumé des différents rapports présentés au Congrès d'Arcachon, qui tous ont conclu à l'importance de la « carence solaire » dans la pathogénie du rachitisme et ont été d'accord pour conclure que le facteur essentiel dans le traitement marin du rachitisme, était la cure solaire. Tous ont demandé que la cure helio-marine fût commencée d'une manière précoce pour les rachitiques, qu'on n'attende pas l'âge de 3 à 4 ans, où les grosses déformations deviennent irréparables, et l'auteur insiste pour qu'un vœu soit adressé à l'Assistance publique, demandant que des dispositions soient prises pour qu'on puisse envoyer à San Salvadour des nourrissons au-dessous de 18 mois, limite minima actuelle, et qu'au besoin, pour éviter les épidémies, des centres d'élevage sur le littoral, avec une cure hélio-thérapique, soient installés pour les rachitiques à partir d'un an et même de 8 mois, dès l'apparition des premières manifestations.

Néphrite azotémique : confusion mentale azotémique ; urémie musculaire ; excitabilité neuro-musculaire et acidose. — MM. Pr. *Merklen*, *Foncin* et *Adnot*. — A propos d'un cas typique de néphrite azotémique qu'ils ont observé dans les derniers jours, les auteurs détaillent les trois points suivants.

Leur malade était un azotémique pur, sans hypertension ni signes de rétention chlorurée. Il présenta un état typique de confusion mentale ; désorientation, onirisme professionnel, écholalie, etc. Rapprochant ce fait de certains d'autres, les auteurs détachent de l'ancienne folie brightique un faisceau cohérent qui mérite le nom de confusion mentale azotémique.

Ils insistent sur les accidents d'urémie musculaire. Il s'agissait dans le cas actuel de secousses myocloniques des membres de quelques mouvements choréiformes, d'une exagération de l'excitabilité musculaire au contact avec signe de Chvostek. Dans nombre d'observations anciennes où existaient des phénomènes analogues, on retrouve des symptômes permettant d'incriminer rétrospectivement l'azotémie. L'urémie musculaire semble être une urémie azotémique.

La réserve alcaline du malade était fort basse, de 19 seulement. L'acidose est principalement à souligner à cause de sa coïncidence avec l'excitabilité neuro-musculaire, ce qui prouve l'erreur des médecins qui ont tenté de mettre l'alcalose à la base de tous les états tétaniques.

René Giroux.

BIBLIOGRAPHIE

Les grands narcotiques sociaux, par le Dr Legrain. Un vol-8. Prix : 20 fr. Maloine éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

Opium, tabac, alcool : ce sont les trois toxiques types, poisons de l'intelligence, dont le nouvel ouvrage du Docteur Legrain met en évidence le rôle dans les « Grands narcotiques sociaux ».

Une étude très complète de l'opiomanie et du tabagisme, au cours des âges et à travers le monde, établissant le substratum voluptuaire et les fondements psychologiques de la toxicophilie, origine de la toxicomanie dont la contagion fait une toxiépidémie puis une toxiendémie, tendant elle-même à devenir une pandémie prélude aux longs développements que l'auteur consacre à l'alcool.

Ce livre précise et résume d'un point de vue nouveau et singulièrement élevé, une pensée élaborée durant trente-cinq années de lutte antialcoolique par la plume, par la parole et par l'exemple, où le Docteur Legrain a acquis une compétence et une autorité exceptionnelles.

L'alcool entré dans l'alimentation humaine est installé dans la place grâce aux sophismes courant sur l'us et l'abus y régnant en maître, et devenant la cause d'une des endémies les plus meurtrières l'alcoolisme fonction d'une maladie parasitaire nettement définie par notre grand Pasteur — l'alcoopathie dans le temps et dans l'espace, indice d'anénergie — l'endémie alcoolique en France son extension favorisée par des facteurs auxiliaires au premier rang desquels la puissance moderne du capital alcool : l'alcool et la guerre : mesures prises contre l'alcoolisme par les gouvernements des nations belligérantes et développement du vinisme : la prohibition de guerre aux Etats-Unis devenue la prohibition définitive fixée par le 18e amendement, la prohibition graduellement amenée par l'option locale est fondée sur le consentement de l'individu ; la contre prohibition, la contrebande : la guerre économique faite par les Etats producteurs d'alcools et de vin à ceux qui le prohibent et l'oppression des petites nations par les grandes puissances ; l'alcoolisme systématique des peuples colonisés par les États colonisateurs ; l'analogie angoissante entre l'histoire de l'opium et celle de l'alcoolisme : hier la guerre de l'opium, aujourd'hui l'alcool source de tous les conflits internationaux et demain peut-être *casus belli*...

Telles sont les principales matières et quelques-unes des idées maîtresses traitées par l'auteur. Il les éclaire d'une lumière toute nouvelle par la psycho-analyse des toxiendémies, dévoilant la nature et le rôle de l'ivresse.

Et cette magistrale leçon de clinique sociale où le mal est étudié à fond s'achève sur l'exposé des remèdes propres à l'enrayer et à le vaincre.

Apôtre de l'abstinence totale, le Docteur LEGRAIN oppose à la taillite des méthodes basées sur la modération, la prohibition de toute boisson alcoolique, librement consentie par la conscience individuelle, acceptée et posée comme postulat et comme but, préparée par l'option locale aidée par des moyens pratiques ; utilisation des fruits soustraits à la fermentation, suivant les leçons de Pasteur ; où l'intérêt bien compris : suppression du gaspillage des matières alimentaires ; s'allie à l'idéalisme le plus haut.

La Revue Hebdomadaire publie dans son numéro du 30 mai 1925 : **Un homme d'amour ou la vie de Frantz Liszt. — La Jeunesse**, par GUY DE POURTALÈS. — **La vieillesse est-elle inévitable ?** par le docteur Pierre MAURIAC. — **Le grand projet politique d'Henri IV à la veille de sa mort**, par le Vicomte DE NOAILLES. — **L'homme fragile**, par Georges ANDRÉ-CUEL. — Abonnement : France ; un an, 60 fr. ; 6 mois, 34 fr. ; Etranger ; un an, 75 fr. ; 6 mois, 40 fr. Le numéro : 2 fr. (Plon, 8, rue Garancière — Paris).

Monsieur Nicolas ou le Cœur humain dévoilé, par RESTIF DE LA BRETONNE, orné de 500 dessins, par Sylvain Sauvage.

Ouvrage complet en 4 volumes. 150 exemplaires sur hollande Van Gelder, avec une suite comportant 2 dessins originaux en couleurs et l'introduction aux « Revies ». Cette suite sera donnée avec le 4e tome, Les 4 vol. : 600 fr. (il reste quelques exemplaires). L'ouvrage sur velin bouffant : 150 fr. Le tome III vient de paraître. Editions Henri Jonquières, 21, rue Visconti. Paris.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois. Le n° 3 fr. Abt un an : 40 fr Boivin, édit. 3 et 5, rue Palatine. Paris.

Sommaire du n° du 15 mai 1925 : L. Felbre : La première Renaissance française (I), — A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (XI). — P. Cloché : L'Italie (IV et V). — G. Michault : L'éternel « problème du Tartuffe ». Une solution nouvelle (II). — L. Villat : Napoléon Empereur et la fin de l'Empire (IV). — P. Berger : Les poètes anglais de l'époque Victorienne (XIX).

Ils étaient quatre, par Henry Poulaille. 1 vol. Prix : 6 fr. 50. B. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Au cours de la guerre, quatre soldats, quatre « copains », profitent d'un repos à l'arrière et d'une permission de minuit pour aller visiter des grottes à quelques kilomètres du cantonnement (celles de Beaume-les-Messieurs). Ces grottes constituent l'entrée d'un enchevêtrement de galeries souterraines où les quatres permissionnaires s'égarent bientôt. Il faut lire ici cinquante pages émouvantes, où M. Henry Poulaille nous donne la mesure de son talent. Les bougies s'éteignent une à une et, plongés dans d'horribles ténèbres, les « quatres », chacun de leur côté, partent à la recherche du jour perdu. Trois mourrant. Le quatrième, devenu fou, retrouvera l'entrée des grottes ; en vain, car épouvanté par ce bloc de lumière blanche qu'il voit grandir et comme s'avancer à sa rencontre pour l'écraser, il tournera résolument le dos et se renfoncera dans la nuit. Ce récit impressionnant et quelquefois hallucinatoires témoigne de rares et brillantes qualités.

Les Alpes Françaises, par Raoul BLANCHARD. Un volume in-16, 23 cartes et graphiques relié : 7 fr. ; broché : 6 fr. (Collection Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris, Ve.)

L'Alpe, mon prestigieux, évocateur de grandeur et de beauté ! Mais qui, même parmi les fervents de la montagne, peut se vanter de connaître les Alpes ? A la fois barrière et trait d'union entre les races, il fallait pour nous guider à travers la complexité de leur histoire un érudit d'esprit large et synthétique et un chercheur sagace. Rien n'était, en effet, plus difficile que de faire un choix parmi les inommbrables pièces des enquêtes menées par les géologues et les géographes, afin d'en extraire la substance d'un livre qui fût à la fois court, clair, précis et complet. C'est ce problème qu'a su résoudre avec beaucoup d'habileté et de méthode M. Blanchard.

Ce petit livre, écrit d'une plume alerte, dans un style élégant et fortement imagé, réalisera le vœu de son auteur : non seulement il fera connaître les Alpes, mais encore il les fera aimer.

Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, par le Dr Ernest Dupré. Préface de M. Paul Bourget, suivie d'une notice biographique par le Dr Achalme. Un volume in-8 de la Bibliothèque scientifique : 25 fr. (Payot, 105, boulevard Saint-Germain, Paris).

Le professeur Dupré, mettant à profit les ressources de sa clientèle et l'incomparable matériel clinique dont il disposait à Sainte-Anne, et surtout à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police, a créé en France, on peut le dire, la Pathologie de l'Imagination et de l'Emotivité. Avant lui, on mentionnait, par exemple, mais de façon épisodique et accessoire, l'esprit de mensonge des hystériques et l'exaltation imaginative des paralytiques généraux ou des maniaques. On décrivait, avec plus de detail, les troubles émotifs des obsédés et des mélancoliques. Mais jamais la psycho-pathologie de l'imagination ou de l'émotion n'avait fait, avec quelque ampleur et précision, l'objet d'une étude systématique.

Un des grands mérites de Dupré fut d'insister sur le caractère fréquemment congénital des troubles émotifs ou imaginatifs, conformément à sa doctrine générale des « constitutions morbides ». Il existe un tempérament imaginatif, dont il a donné, sous le nom, maintenant classique, de Mythomanie, une description justement célèbre. Il existe une « constitution émotive », dont il a également précisé les symptômes, non seulement psychologiques, mais neurologiques. Ainsi la « prédisposition » vague des anciens auteurs se transforme, grâce à une observation plus poussée, en une réalité clinique permanente ou habituelle. Et les accidents, d'ordre imaginatif ou émotif, décrits jusqu'alors se développent, avec une fréquence particulière, chez ces prédisposés, qu'on peut presque toujours reconnaître avant toute manifestation franchement pathologique.

D'autres psychiâtres, et non des moindres, ont prétendu expliquer la plupart des maladies mentales non lésionnelles par la réaction, en quelque sorte fortuite, d'un esprit sain à des circonstances perturbatrices. Pour Freud, par exemple, c'est un choc émotif psycho-sexuel, éprouvé dans l'enfance, qui suscite, après refoulement plus ou moins prolongé, des troubles anxieux, avec ou sans appoint imaginatif. Mais une observation plus attentive démontre, la plupart du temps, que ces causes occasionnelles, souvent contestables, n'ont pu agir qu'à la faveur de la prédisposition, du *terrain* morbide, élément causal par excellence. L'occasion, sans la prédisposition, n'a guère de vertu, tandis que le tempérament, imaginatif ou émotif, lorsqu'il s'accuse avec assez de force, se passe aisément d'occasions ou trouve un prétexte facile dans les circonstances les plus banales. En sorte que, si les deux doctrines, loin de s'opposer comme on l'a cru, doivent plutôt se prêter un mutuel appui, il faut ajouter que le Freudisme a presque toujours besoin d'être complété par la notion des constitutions morbides : la doctrine de Dupré, au contraire, dans un très grand nombre de cas, se suffit à elle-même.

Au début de ce volume, deux articles, rédigés par deux amis intimes du Professeur Dupré, M. Paul Bourget et le Docteur Achalme, donneront au lecteur une idée d'ensemble sur l'œuvre et la personne du grand psychiatre disparu, et serviront d'admirable préface à cette publication posthume.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Le Bactériophage de d'Hérelle, par Paul Hauduroy, in-18 : 10 fr. (Le François).

La chimie du Bismuth, par Pierre Lemay, in-18 : 8 fr. (Le François).

Analyse bactériologique des Eaux potables, par P. Molliex, in-18 : 10 fr. (Le François).

L'Analyse des vins, par Rodillon, in-8°, 293 p. : 12 fr. (Le François).

La protection sociale de la santé. L'action médico-sociale. Organisation. Documentation. Bibliographie, par le Dr G. Ichok, in-8°, 420 p. : 20 fr (M. Rivière).

Sensibilisation et désensibilisation en dermatologie, par M. Dracoulidès, in-8°, 192 p. : 14 fr. (Marcel Vigné).

FONDÉ EN 1873. — N° 24. Le Numéro : 50 Centimes 13 JUIN 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie............ 40 fr.
Union postale.............. 50 fr.

Etudiants : Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Composition du jury de concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine en 1925. — Ligne médicale : *Président.* M. le médecin général de 2e classe Barrat. — *Membres.* M. le médecin en chef de 2e classe Brunet ; M. le médecin de 1re classe Solcard. — *Membre suppléant.* M. le médecin principal Hamet.

Ligne pharmaceutique : *Président.* M. le médecin général de 2e classe Barrat. — *Membres.* M. Foerster, pharmacien chimiste en chef de 2e classe ; M. Soyer, pharmacien chimiste de 1re classe. — *Membre suppléant.* M. Chaix, pharmacien chimiste principal ; M. le capitaine de frégate Monier (H.), commandant le centre militaire de la marine à Paris, sera adjoint au président du jury pour les épreuves d'aptitude physique. Le nombre de places mises au concours pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine, en 1925, a été fixé ainsi qu'il suit :

Ligne médicale : Candidats à quatre inscriptions. — 88 places, dont 18 pour la marine et 70 pour les troupes coloniales.

Ligne pharmaceutique : Candidats munis de la validation de stage. — 13 places, dont 3 pour la marine et 10 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 27 et 28 juillet 1925 à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 8 janvier 1925.

Concours pour un emploi de suppléannt à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie à Caen. — Par arrêté un concours s'ouvrira, le 8 décembre 1925, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Hôpitaux de Paris. — 2e *Concours de médecin des hôpitaux.* — Composition du jury. — MM. les Drs Israëls de Jong, Faure-Baulieu, Courcoux, Abrami, Rivet, Babonneix, Ribadeau-Dumas, Bezançon, Lereboullet, Weill-Hallé et Cadenat.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Oral.* — Séance du 20 mai. — « Accidents de l'éruption de la dent de sagesse ». — MM. de Gaudart d'Allaines, 18 ; Lorin, 18 ; Boppe, 18 ; Girode, 19. Les autres candidats se sont retirés.

Epreuve clinique. — Séance du 22 mai. — MM. Boppe, 18 ; de Gaudard d'Allaines, 20 ; Girode, 19 ; Lorin, 18.

Total général de classement : MM Girode et de Gaudart d'Allaines, 128 ; Boppe, 126 ; Lorin, 125.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Girode et de Gaudart d'Allaines.

2e **Concours de chirurgien des hôpitaux.** — Composition du Jury : MM. les Drs Lapointe, Delbet, Auvray, Mauclaire, Lucène, Duval et Halbron.

Le concours s'ouvrira le 9 juin 1925.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. Composition du Jury : MM. les Drs Brindeau, Funck, Rudaux. Levant, Jeannin, Papillon et Rieffel.

Liste des candidats : MM. Couinaud, Lantuéjoul, Lequeux, Porte, Powilewiez et Vaudescal.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 mai. — « Trépanation des différentes dents permanentes. Indications et technique ». — MM. Richard, 16 ; Puig, 17 ; Boissier, 14 ; Merville, 13 ; Gornouec, 16.

Epreuve orale de prothèse dentaire. — Séance du 22 mai. — Question donnée : « Valeur respective des différents types de crochets dans les appareils de prothèse mobile ».

MM. Boissier, 18 ; Richard, 19 ; Raison, 15 ; Puig, 16 ; Gornouec, 15 ; Merville.

Consultation écrite. — Séance du 27 mai : MM. Puig, 25 ; Boissier, 22 ; Merville, 27.

Séance du 29 mai. — MM. Gornouec, 20 ; Richard, 27 ; Raison, 29.

A la suite de ce concours sont nommés stomatologistes des hôpitaux : MM. les Drs Richard 127 ; Puig, 123.

Concours d'électro-radiologiste des hopitaux. — *Epreuve pratique.* Séance du 19 mai. — « Monter une installation transportable d'électro-diagnostic clinique. Choisir les électrodes pour un électro-diagnostic de la face. Vérifier le fonctionnement de l'appareil au moyen d'un milliampèremètre et en fermant le circuit sur une résistance hydrique ». — MM. Moutard, 10 ; Gibert, 10, Gally, 14, Coliez, 9 ; Piot, 11.

Candidats admis à prendre part aux épreuves définitives :

MM. Gally, 60 ; Lepennetier, 59 ; Kahn, 58 1/2 ; Coliez, 55 1/2 ; Chaperon, 54 1/2 ; Moutard, 53 ; Gibert, 52 ; Delapchier et Piot, 47.

Epreuve de manipulation. — Séance du 22 mai. — MM. Lepennetier, 7 ; Moutard, 2 Delapchier, 2 1/2 ; Kahn, 3 ; Chaperon, 3 ; Piot, 4 ; Coliez, 2 ; Gally 4 1/2 ; Gibert, 3 1/2.

Epreuve sur malades. — Séance du 28 mai. MM. Gally, 23 ; Coliez, 20 1/2.

Séance du 29 mai. — MM. Kahn. 14 : Chaperon 17 et Gibert 26 1/2.

Séance du 2 juin. — MM. Moutard, 17 ; Lepennetier 25 1/2.

A la suite de ce concours sont nommés électro-radiologistes des hôpitaux : MM. Lepennetier 91 1/2 ; Gally 87 1/2 ; Gibert 82.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Harvier, Rieffel, Monthus, Cantonnet et Coutela.

Lyon. — Le dernier concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Gate.

Faculté de pharmacie. — La chaire de pharmacie galénique de la faculté de pharmacie de l'université de Paris est déclarée vacante.

Collège de France. — Les crédits devenus disponibles au Collège de France par suite du décès de M. l'abbé Rousselot, professeur de phonétique, sont affectés à l'enseignement de l'histophysiologie.

Souvenir au docteur Auguste Pettit de l'Institut Pasteur. — Les élèves et les amis du docteur Auguste Pettit de l'Institut Pasteur, secrétaire général de la Société de biologie, ont l'intention de lui offrir un souvenir en l'honneur de son élection à l'Académie de médecine.

Les souscriptions sont reçues par M. Peyronnet, directeur des Editions médicales, 7, rue de Valois.

Chaque souscripteur sera prévenu individuellement de la date fixée pour cette cérémonie.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — PRIX ALBERT PUJOS. — Ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours le sujet suivant : « Indications respectives des méthodes thérapeutiques des syphilis viscérales et nerveuses. » Valeur du prix pour 1926 : 1.500 fr.

PRIX JEAN DUBREUILH. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « Myomectomie et puerpéralité. » Valeur du prix pour 1926 : 1.600 francs.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clémenceau. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.

Les mémoires devront être adressés jusqu'au 31 mai 1926.

Alger. — M. Costantini, agrégé près la faculté mixte de médecine et de pharmacie, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique chirurgicale à ladite faculté (chaire vacante, dernier titulaire : M. Vincent, retraité).

M. Pinoy, professeur sans chaire à la faculté des sciences, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie à la faculté mixte de médecine et de pharmacie (chaire vacante, dernier titulaire : M. Trabut, (retraité).

M. Leblanc, professeur sans chaire à la faculté mixte de médecine et de pharmacie, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur d'anatomie à ladite faculté (chaire vacante, dernier titulaire, M. Wéber, appelé à d'autres fonctions).

Paris. — M. Strohl, professeur de physique à la faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger est nommé à compter du 1er novembre 1925, professeur de physique à la faculté de médecine de l'nniversité de Paris (chaire vacante, M. André Broca, dernier titulaire).

L'ARGUS de la PRESSE, 37, rue Bergère, Paris IXe, fondé en 1879, prépare en ce moment la prochaine Edition de « *Nomenclature* des Journaux en langue française paraissant dans le Monde entier ». Ce volume de plus de 500 pages contiendra plus de 6.000 noms de Journaux.

Montpellier. — M. Riche, agrégé près la faculté de médecine de l'université de Montpellier, est nommé, à compter du 1er juin 1925, professeur sans chaire à ladite faculté.

Maladies des yeux. — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des Drs Joltrois et Fombeure, fera le samedi 20 juin 1925, les mardis, jeudis et samedis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de *neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.* Présentation de malades ; projections.

Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre. Semblables séries en novembre 1925, février et juin 1926. Tous les jours, à 9 heures : présentation d'affections oculaires courantes.

Conférences d'ophtalmologie pratique. (Service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker et Enfants-Malades, Dr POULARD. — Les Conférences commenceront le lundi 15 juin et continueront les lundis mercredis et vendredis, à 2 heures.

Elles sont faites pour ceux qui exercent ou se préparent à exercer la médecine générale. Elles sont gratuites, s'inscrire dans le service d'ophtalmologie.

Nécrologie. — Edouard Schwartz.

TRAVAUX ORIGINAUX

CHAIRE DE MÉDECINE EXOTIQUE DE LA FACULTÉ DE CONSTANTINOPLE

Deux cas de lèpre mixte éparséno-résistante,

Par G. DELAMARE

Nous avons précédemment noté que le contrôle de l'action éventuellement lépricide d'un médicament encore à l'étude pourrait s'effectuer avec une sérieuse économie de temps, d'efforts et de matériel si les essais portaient sur des malades soumis à une observation suffisamment prolongée.

Il nous reste à appliquer cette méthode à deux cas de lèpre récente, en évolution progressive chez des sujets jeunes, pratiquement exempts d'infections surajoutées et présentant, l'un une réaction de Wassermann négative, l'autre une réaction de Wassermann positive.

***

Le premier des malades utilisés pour ces investigations chimiothérapiques est un Israélite de 18 ans, originaire de Haskeuy (faubourg voisin de la Corne d'Or) (1). Ses antécédents héréditaires paraissent peu chargés : son père, sa mère et sa sœur sont en bonne santé et l'on ne trouve dans ses antécédents personnels qu'une surdité survenue à l'âge de 5 ans.

La maladie actuelle semble avoir débuté en 1919 par une asthénie progressive, de l'anémie, des douleurs siégeant dans la continuité des membres. Ensuite apparurent, sur les jambes, des plaques érythémateuses et indurées, sur le menton, un nodule qui atteignit assez rapidement le volume d'un pois.

S'étant aperçu de l'insensibilité de cette petite « tumeur », N. C. n'hésite pas à la creuser avec l'un de ses ongles afin de « hâter son évolution » ! Peine perdue, d'autres nodules se développent dans la même région et ils ne tardent pas à devenir confluents. Des tubérosités de même nature se disséminent peu à peu sur les lèvres, le nez, les joues, la paupière supérieure gauche et les arcades sourcilières. Grosses comme des lentilles ou des pois, luisantes, souvent pigmentées, elles sont toutes de consistance ferme. Le long des rebords orbitaires et sur les ailes du nez, le tégument s'est épaissi (pachydermie incipiens). Les poils de la moitié externe des sourcils tombent tandis que les cheveux restent intacts. La moustache et la barbe n'ont pas encore fait leur apparition, mais les poils axillaires et pubiens sont bien développés. Les dimensions de la verge, le volume des testicules sont d'ailleurs normaux.

Il existe un certain degré d'injection vasculaire dans le segment externe des sclérotiques et un ptérygion rose pâle à la partie supéro-externe des cornées.

N. C. est atteint d'un coryza chronique, sujet à des poussées subaiguës et à des rémissions passagères. Les sécrétions nasales, tantôt muqueuses, tantôt suppurées, plus rarement sanglantes, contiennent de nombreux bacilles acido- et alcoolo-résistants. La respiration nasale est bruyante et gênée ; N. C. dort la bouche ouverte comme les adénoïdiens et, souvent, il lui arrive de s'interrompre de parler ou de manger pour reprendre haleine.

Gencives, langue, voile palatin, amygdales et paroi postérieure du pharynx sont normaux.

Le coude gauche est le siège d'une ulcération arrondie, à fond plat et rouge, en voie de cicatrisation et complètement indolore. Sur la face externe des avant-bras et des bras, on voit des taches pigmentées, parfois confluentes, plus souvent isolées : les plus petites ont la taille d'une tête d'épingle, les plus grandes, celle d'un haricot.

La peau de la face postérieure des avant-bras est le siège d'une infiltration diffuse et de quelques nodules. Sur les jambes, on trouve des placards érythémateux ainsi que des infiltrations diffuses et quelques nodules. Le derme des régions atteintes de pachydermie se laisse malaisément traverser par l'aiguille de la seringue de Pravaz.

La palpation met en évidence des micropolyadénopathies sous-maxillaires, axillaires et inguinales qui échappent à l'inspection et sont tout à fait indolentes. Il n'y a pas d'adénites susépitrochléennes.

Hypertrophie cylindrique des nerfs cubitaux, plus accentuée à droite.

Sensations anormales de chaleur au niveau des avant-bras. Analgésie et thermo-anesthésie insulaires sur le visage, en bandes à la face postérieure des mains et du tiers inférieur des bras, en manchons sur les avant-bras. Anesthésie totale sur les pieds et la face antéroexterne des jambes. Odorat et sens génital conservés. Signe de Westphal normal. Réflexe crémastérien faible à droite, physiologique à gauche. Réflexes cutanés abdominaux intacts. Pas d'anomalies des réflexes pupillaires. Pas d'atrophie musculaire, de troubles trophiques, de cyphoscoliose, de pertes de substance, d'acrocyanose.

La réaction de Wassermann est négative avec le sérum sanguin et avec le liquide céphalorachidien. Celui-ci ne précipite pas anormalement le benjoin colloïdal.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Tension maxima, mesurée au Pachon, 14 ; t. minima, 9.

Viscères cliniquement normaux. La radioscopie thoracique n'a pas été pratiquée ; la formule leucocytaire sanguine n'a pas été établie.

Poids : 47 kgs 300 ; taille 1 m. 67. Etat général encore convenable. Pas de décalcification des dents et des phalangettes digitales.

Lésions cutanées importantes et assez polymorphes, hypertrophie cubitale et anesthésie, rhinite bacillaire et ptérygions, tel est, dans ses traits essentiels, le bilan pathologique, relativement simple, de N. C.

Parmi les altérations tégumentaires, il en est de *complexes* (pachydermie), de *secondaires* (ulcérations, atrichie), de *primaires et élémentaires* (nodules ou tubérosités, taches, érythèmes).

C'est l'analyse de ces dernières qui doit, suivant le principe magistralement exposé par Brocq (1), nous conduire au diagnostic. Choisissons, à cet effet, la plus développée et, en l'espèce, la plus significative des lésions primaires, élémentaires c'est-à-dire les nodules. Il est clair que ces néoplasies inflammatoires ressortissent aux saillies dures et bien circonscrites, désignées en clinique sous le nom générique de « tubercules » malgré la diversité certaine de leur étiologie tantôt tuberculeuse ou lépreuse, tantôt syphilitique, mycosique ou cryptogénétique. Rapprochons leurs caractères physiques et leur topographie de la localisation à la queue des sourcils, de l'atrichie : nous sommes incités à chercher et, par suite, à découvrir l'anesthésie, grâce à quoi l'on peut sans réserves affirmer l'existence de la lèpre (*lèpre mixte, tubéreuse* ou *tuberculeuse* et *nerveuse*, ou encore *dermoneurotrope*). Seuls, en effet, parmi les néoformations inflammatoires actuellement connues, les *tubérosités* ou *tubercules lépreux* c'est-à-dire les *lépromes* comptent au nombre de leurs attributs essentiels, l'anesthésie. L'hypertrophie cubitale exclut de façon formelle l'hypothèse de névrose concomitante et suggère avec force l'idée de névrite hansénienne, en faveur de laquelle plaide encore l'anesthésie totale ou dissociée, insulaire, en bandes ou en manchons.

La présence, dans les sécrétions nasales d'un homme atteint de lésions cliniquement lépreuses, de bacilles

(1) *Académie de médecine*, 4 décembre 1923.

(1) *Cliniques dermatologiques*, Masson et Cie, 1924.

acido et alcoolo-résistants légitime, *ipso facto*, l'identification des germes en cause au bacille de Hansen. Dans ces conditions tout au moins, la recherche de l'incultivabilité ne s'impose pas, les acidorésistants occasionnels, rencontrés parfois dans les fosses nasales, notamment chez les ozéneux (Marchoux et Halphen) étant dépourvus d'alcoolo-résistance. La vérification de la non-inoculabilité au cobaye n'apparaît pas plus indispensable, les tuberculomes cutanés à bacille de Koch n'ayant point coutume d'être anesthésiques, de s'accompagner d'une rhinite spécifique et de tuberculiser, à coup sûr, l'animal réactif.

Avec l'inoculation au rat, nous nous engagerions peut-être dans une voie féconde, mais ce serait à coup sûr abandonner le domaine de la pratique courante pour celui de la recherche.

Le caractère négatif des réactions de Wassermann et de Guillain autorise, à cause de la nature des symptômes cliniques, l'exclusion à peu près complète de la syphilis.

Si l'hypothèse d'infections secondaires nasales n'a rien d'inadmissible, celle d'infections secondaires cutanées ne laisse pas d'être invraisemblable, étant donné l'aspect de l'unique ulcération relevée au niveau du coude gauche. Enfin, l'âge et la taille variables des nodules militent avec force en faveur de l'évolution progressive de cette lèpre contractée à Constantinople dans des conditions, il faut l'avouer, mal définies.

Il suffit de réfléchir au mécanisme de ce diagnostic pour admettre que l'examen dermatologique du début commande, en quelque sorte automatiquement, la nature des investigations subséquentes, limite le nombre des interprétations possibles et restreint, de façon assez sensible, le rôle du coefficient personnel.

Le pronostic, nécessairement réservé, n'est pas, en apparence tout au moins, des plus sombre : l'état de la santé du patient, l'absence de destructions irrémédiables ne s'opposent pas en principe à tout espoir derégression spontanée ou provoquée à l'aide d'une intervention thérapeutique ou diététique opportune.

Sans particularités dignes de remarque et hors d'état d'exercer vraiment l'esprit de finesse clinique, ce cas se prêtait par contre à des essais chimiothérapiques.

En conséquence, N. C. a été tout d'abord et à l'exclusion de toute autre médication, soumis aux injections intraveineuses de gynocardate et de morrhuate de soude. Pour ce qui concerne le gynocardate, on a procédé par doses progressivement croissantes sans cependant dépasser 5 cc par séance, dose également considérée comme limite par Aparacio. L'injection, en une fois, de 6 cc. est, en effet, régulièrement suivie d'une violente douleur abdominale et, parfois, lombaire qui immobilise pendant environ un quart d'heure le patient, le corps plié en deux et l'oblige à comprimer son ventre avec ses mains. Cette crise disparaît sans doute vite et n'occasionne aucun dommage réel, mais elle est assez pénible pour dégoûter nombre de malades d'un traitement dont les bénéfices sont, au demeurant, des plus aléatoires. La dose totale de 170 cc. a été atteinte sans fournir d'autre résultat appréciable qu'une rétrocession légère de quelques lépromes : les bacilles de Hansen ne présentèrent pas la moindre modification quantitative ou qualitative.

La cure de gynocardate étant une médication de longue haleine et comportant, comme telle, des interruptions, nous avons mis à profit l'une de ces périodes de repos pour essayer le stibium. Les injections intraveineuses d'antimoine colloïdal ayant occasionné des chocs assez impressionnants, la voie sous-cutanée étant trop douloureuse pour être aisément praticable, nous avons eu recours aux injections intramusculaires : 45 cc de stibium ont été injectés en vain. Cet insuccès, enregistré chez un lépreux porteur d'une seule ulcération en voie de cicatrisation, donne à penser que les succès obtenus, par Cawston, Hasseltine, Wood chez des lépreux couverts d'ulcères s'expliquent probablement par l'existence, chez ces derniers, d'infections secondaires, sensibles à l'antimoine.

La médication stibiée, contre-indiquée chez les lépreux atteints d'albuminurie ou de lésions cardiaques, ne devant pas, de l'avis de Cawston lui-même, être prolongée longtemps, nous avons eu recours à l'éparséno.

N. C. a reçu, en deux mois, 30 cc. de 132, quantité inférieure aux quantités employées par Hasson et Balina mais égale ou supérieure à celles utilisées par Gougerot.

Les injections d'éparséno ont provoqué des réactions parfois assez vives mais toujours passagères. Au bout de quelques heures, le malade avait de légers frissons, de la fièvre (39° ou 39°4), de la céphalée, de la courbature, des douleurs dans les genoux. Les violentes douleurs cubitales signalées par Gougerot, Hudelo et Richon ont fait défaut. Après quelques injections de 1 cc., survint un état nauséeux, inconstamment suivi de vomissements alimentaires. Les doses de 3 cc. déterminèrent des crises diarrhéiques. La dose de 4 cc. occasionna, en outre, une albuminurie d'ailleurs minime et passagère.

Au cours de ce traitement, les lépromes de la face devinrent rouges et turgescents puis ils s'affaissèrent, pâlirent et quelques-uns d'entre eux semblèrent régresser passagèrement. Plusieurs lépromes des membres se sont ulcérés : leur cicatrisation n'a pas été d'une rapidité spéciale. Deux mois après la fin de la cure arsenicale, les lésions cutanées n'étaient en rien modifiées ; la respiration nasale était plus embarrassée que jamais ; les bacilles pullulaient toujours dans les sécrétions nasales ; l'anémie avait augmenté et le poids avait diminué de dix kilogrammes.

A supposer que cette indiscutable aggravation ait été, dans une certaine mesure, la conséquence de l'évolution naturelle de la lèpre, il n'en reste pas moins que les réactions fébriles déclenchées chez ce jeune homme n'ont pas été suivies d'une résorption utile des lépromes et d'un arrêt, même momentané, de la maladie. Bref, le 132 a été inutile et, dans une certaine mesure, dangereux.

***

Notre second malade (1) est un Turc âgé de 19 ans. Originaire d'Erzeroum, centre bien connu d'endémie lépreuse, il a résidé, en 1921, à Angora où, il aurait été en contact avec un lépreux. Il a ressenti, pour la première fois, en janvier 1922, des douleurs assez vives dans les genoux. Ces arthralgies ont duré environ une année et occasionné de nombreuses insomnies. En juillet 1922, survint une ulcération tenace du coude droit suivie d'une hyperpigmentation cicatricielle, actuellement encore des plus nettes. Quelques semaines plus tard, commencèrent à apparaître les premiers des nodules qui maintenant constellent la face.

En novembre 1923, lorsque nous voyons K pour la première fois, l'affection est déjà affichante : le visage apparaît profondément modifié dans sa forme et dans sa coloration par des lésions graves de la peau et des poils, de l'œil gauche et du nez.

La peau présente de nombreux nodules, de la pachydermie, une mélanodermie réticulaire, des érythèmes et de l'atrichie.

Isolés, plus rarement groupés par deux ou trois, les nodules siègent sur le front, la paupière supérieure gauche, les narines, les joues, la moitié gauche de la lèvre supérieure, le menton, le bord libre des oreilles. Gros comme des lentilles ou des pois, intradermiques, indolents, ces nodules sont d'une teinte chamois au niveau du front et du menton, rouge ou violacée, suivant l'état de la température extérieure, au niveau du nez, des lèvres et des oreilles.

La pachydermie atteint son maximum au niveau des plis nasogéniens, des joues et des lèvres dont la consistance est franchement lardacée.

(1) *Académie de Médecine*, 3 février 1925.

La mélanodermie réticulaire se localise aux joues : elle y dessine des marbrures grisâtres ou d'un brun sale, assez semblables à des traînées de suie ; ce réticulum ne s'efface bien entendu ni à la pression, ni au lavage et l'on aperçoit dans ses mailles, surtout à jour frisant, des macules, les unes rosées, les autres livides ou hypochromiques. Les taches érythémateuses disparaissent à la pression ; les taches cyanosées sont plus apparentes par temps froid ou après quelques mouvements de flexion du corps.

L'atrichie résulte de la chute à peu près complète des sourcils et des cils ainsi que de la non-apparition de la moustache et de la barbe.

Tandis que l'œil droit est encore anatomiquement et fonctionnellement intact, l'œil gauche est déjà sérieusement lésé : une végétation rosée, ovoïde et sessile s'implante sur le bord inféro-externe de la cornée ; cette membrane est opaque dans le reste de son étendue : de grosses traînées vasculaires sillonnent la sclérotique : les réactions pupillaires à la lumière et à l'accommodation sont paresseuses : la vision est notablement diminuée.

Les lésions nasales ne sont pas moins graves. On voit et l'on sent avec le doigt une dépression en marche d'escalier à l'union des squelettes osseux et cartilagineux. L'avant-nez se trouve en quelque sorte enchâssé dans l'arc à concavité inférieure dessiné par la rencontre, sur la ligne médiane, des plis nasogéniens transformés en bourrelets saillants et rigides ; il semble s'enfoncer dans le massif facial avant de se télescoper complètement dans l'arrière-nez comme il lui arrive de le faire lorsque l'effondrement de la cloison est total. Tantôt muqueuses, tantôt suppurées, les sécrétions de la pituitaire sont toujours abondantes et riches en bacilles acido- et alcoolorésistants. La respiration nasale est courte et bruyante.

Pas d'otorrhée, de surdité, de microdontisme, de dents d'Hutchinson. Les gencives, la langue, les amygdales et la paroi postérieure du pharynx sont normales.

La voûte palatine n'a rien d'ogival mais la luette a complètement disparu, le bord libre du voile est tomenteux et présente plusieurs encoches. De part et d'autre du raphé médian, on découvre un semis de granulations jaunâtres, comparables à des grains de mil ; à l'origine des piliers antérieurs, on trouve des fistulettes d'inégale profondeur. La mobilité du voile est conservée : les aliments ne sont, en aucun cas, rejetés par le nez la voix n'est jamais nasonnée.

Adénites sous-maxillaires et inguinales tout à fait indolentes.

Développement normal des poils axillopubiens et des organes génitaux externes ; fonctions sexuelles physiologiques.

Il existe des placards d'hyperchromie cicatricielle sur le coude droit, les poignets et les genoux, des nodules épars et une infiltration diffuse du derme au niveau des jambes et des pieds. L'affaissement de la voûte plantaire est bilatéral ; l'hyperkératose plantaire est fort accentuée ; la cyanose des doigts et des orteils est quasiconstante.

Atrophie légère des muscles thénaro-hypothénariens droits et gauches. Pas d'hypertrophie cubitale. Pas de modifications de la sensibilité subjective. Troubles profonds et étendus de la sensibilité objective : thermoanalgésie en bandes sur la face antéroexterne des quatre membres ; anesthésie totale « en chaussettes » sur les pieds et le tiers inférieur des jambes. Réflexes tendineux normaux, crémastériens faibles, cutanés abdominaux conservés. Olfaction et audition normales.

Liquide céphalo-rachidien clair, sans lymphocytose ni hyperalbuminose. Mononucléose sanguine : 14 p. 100 ; éosinophilie : 3 p. 100. Wassermann fortement positif avec le sérum sanguin.

Ascarris intestinaux. Intégrité apparente des viscères du thoax et de l'abdomen. Etat général plutôt satisfaisant.

Rien de particulier dans les antécédents personnels et héréditaires de K. Son développement s'est effectué de façon normale. Si les oreilles sont trop grandes et s'écartent exagérément de la paroi crânienne, elles ne présentent pas le moindre tubercule de Darwin. Le père de notre malade est mort, il y a huit ans, d'une affection sur la nature de laquelle nous ne possédons pas de précisions. Sa mère, âgée d'environ 45 ans, est en bonne santé. Ses quatre frères et sœurs, respectivement âgés de 28, 20, 18 et 14 ans, sont tous bien portants.

Parmi les nombreux symptômes relevés chez K, nous trouvons des éléments propres à constituer deux séries de signification, à première vue, très différente. Dans la première se rangent notamment les nodules, la rhinite à bacilles acidorésistants, l'anesthésie, l'amyotrophie thénaro-hypothénarienne qui, pour des motifs déjà exposés, permettent de formuler sans réserves le diagnostic de lèpre mixte. Dans la seconde, prennent place la kératite, l'ostéite nasale, l'amputation de la luette, le Wassermann positif, altérations indifféremment hanséniennes ou spirochétiennes et par suite incapables de légitimer *ipso facto* le diagnostic d'hybride léprosyphilitique. Si les caractères de la kératite, à la fois interstitielle et végétante, plaident en faveur de son origine purement lépreuse, opinion d'ailleurs confirmée par la biopsie, il faut avouer que la clinique nous laisse dans le doute touchant l'étiologie du télescopage nasal et de la perte de la luette. Le Wassermann des syphilitiques étant, contrairement à celui des lépreux exempts de vérole, négativable par le traitement arsénomercuriel, il faut, avant de se prononcer en toute certitude, attendre les résultats de l'épreuve thérapeutique. La possibilité d'une hérédosyphilis sans lésions dentaires, auriculaires, hépatospléniques étant provisoirement réservée, remarquons que l'existence des signes communs à la lèpre et à la vérole complique quelque peu le diagnostic et apparait susceptible d'occasionner des méprises assez sérieuses, soit qu'elle détourne un observateur pressé de la recherche des troubles sensitifs ou du bacille de Hansen, soit qu'elle le conduise à pratiquer le Wassermann sans pousser plus avant ses investigations cliniques.

Le pronostic est évidemment plus grave chez ce patient que chez le malade précédent, l'infection hansénienne se révélant plus active.

Comme traitement, nous avons eu recours aux injections intramusculaires d'éparséno à doses progressivement croissantes de 1, 2, 3, 4, 5 et même 6 cc., 40 cc. ont été administrés en dix semaines. Les réactions initiales (courbature, fièvre, nausées, vomissements) sont légères et de courte durée. Toutefois, lorsque le malade a reçu 20 cc. d'éparséno, il ressent des douleurs assez vives dans les membres inférieurs. Quand la dose de 40 cc. est atteinte, ces douleurs deviennent intolérables, la station debout et la marche sont impossibles. La sensation de soif fait son apparition et subsiste pendant plus d'un mois ; la diarrhée, par contre, fait complètement défaut.

Après quatre semaines de repos au lit, des enveloppements ouatés, l'administration d'analgésiques internes, les douleurs se calment. Le patient reste néanmoins sujet à des accès douloureux quotidiens, spontanés, diurnes ou nocturnes. Pendant ces paroxysmes, il éprouve des sensations de piqûres multiples et profondes dans la continuité des membres inférieurs. Pendant les accalmies, l'hyperesthésie se manifeste lors de l'exploration de la sensibilité tactile au niveau des pieds, des jambes, des cuisses et de la partie sous-ombilicale de l'abdomen. La palpation des masses musculaires des jambes est, elle aussi, particulièrement pénible.

Les réflexes rotuliens sont abolis ; les réflexes achilléens, ceux des poignets et des coudes sont normaux ; les réflexes crémastériens sont nuls, les cutanés abdominaux conservés, les signes de Babinski et de Barré physiologiques.

L'atrophie des muscles de la loge antéroexterne de la

jambe et du mollet est notable. Il n'y a pas de troubles sphinctériens, pas de perte de substance. La frigidité génitale est absolue.

K. peut s'asseoir, sans aide, au bord de son lit ; on constate alors que ses pieds « tombent ».

La station debout est des plus instables : très vite se produisent des oscillations significatives alors même que les yeux restent ouverts.

Pour faire quelques pas, le malade doit s'appuyer solidement sur deux cannes, écarter les jambes, pencher le corps en avant. La progression est lente et incertaine, le steppage manifeste. Les arrêts brusques et les demi-tours au commandement sont d'une exécution laborieuse et incorrecte. La dureté du sol est normalement perçue. La physionomie exprime l'effort, nullement la crainte ou la douleur. Il n'y a pas de vertiges et les troubles psychiques font complètement défaut.

La motricité des membres supérieurs est normale.

On remarque l'apparition d'une mélanodermie diffuse sur le ventre et les lombes, réticulée sur la face postérieure de l'hémithorax gauche. On trouve des ulcérations nouvelles sur le coude et le poignet droits. L'augmentation de volume de l'adénite inguinale gauche, la persistance de la rhinite sont manifestes. L'appétit est conservé mais l'état général semble moins bon qu'au début du traitement.

Les crises douloureuses disparaissent définitivement à la fin d'avril. En juin, K. marche sans difficultés dans sa chambre. En juillet, il descend un escalier assez raide et commence à faire quelques pas dans la rue. En août, il est en état de marcher pendant 30 minutes sur de mauvais pavés à la double condition de s'appuyer sur une canne et de se reposer plusieurs fois. Le buste n'est plus incliné en avant, les jambes ne sont plus exagérément écartées mais le steppage persiste atténué. L'amyotrophie a diminué de façon notable, surtout à la jambe droite. Aucune réaction tendineuse ne retarde les progrès de la convalescence. Les réflexes rotuliens sont de nouveau perceptibles. En septembre, l'état de la figure semble quelque peu amélioré ; certains nodules ont régressé ; l'empâtement des traits a plutôt diminué : le teint est moins gris. Les sécrétions nasales sont muqueuses et ne contiennent plus que de rares bacilles granuleux. Cependant, on aperçoit, pour la première fois, des secousses fibrillaires au niveau des zygomatiques. Les adénites sous-maxillaires ont notablement augmenté de volume et leur ponction permet de retirer un suc très riche en bacilles de Hansen. En octobre, le liquide céphalo-rachidien est clair et dépourvu de lymphocytose ; il contient 25 cgr. d'albumine au litre et donne des réactions de Wasserman et de Guillain négatives. Le Wasserman du sérum demeure fortement positif. En novembre, œdème blanc, mou et indolore de la joue droite et du dos des pieds ; pas d'albuminurie. En décembre, la joue droite se trouve entièrement recouverte par une plaque écarlate, à contours nettement arrêtés rappelant le bourrelet d'un érysipèle : ce placard d'érythrodermie érysipélatoïde disparaît au bout de huit jours et l'on distingue à nouveau la mélanodermie réticulaire. En janvier 1925, aggravation de la kératite, réapparition du léprome cornéen enlevé l'année dernière : perte complète de la vision de l'œil gauche. Du 1er au 15 janvier, deux cuillerées à soupe par jour de sirop de Gibert. A partir du 3 février, une injection par semaine d'huile grise (ampoules de Robert et Carrière contenant chacune 8 cg de Hg).

Echancrure de la narine droite. A à la partie moyenne de la région sus-claviculaire droite, taches achromiques pourvues de contours réguliers et entourées d'une bordure surpigmentée. Ces macules sont très blanches ; contrairement aux dyschromies lépreuses de Jeanselme, Blum et Terris (1), elles ne sont pas anesthésiques (tact, piqûre, chaleur). On décèle, par contre, au niveau des joues, tant sur les parties mélanodermiques que sur les parties achromiques ou érythémateuses, de minuscules zones de thermoanesthésie : les points hypoesthésiques ou anesthésiques au tact et à la piqûre se rencontrent exclusivement sur les parties érythémateuses des narines.

De cet exposé il résulte avec évidence que, malgré une chimiothérapie poussée jusqu'à l'intoxication, la marche de la lèpre n'a pas subi le moindre temps d'arrêt.

L'inefficacité du traitement arsenical, celle de la cure iodomercurielle subséquente, la persistance du Wassermann constituent autant d'arguments défavorables à l'hypothèse d'hybride léprosyphilitique.

La réalité de l'arsenicisme n'est pas niable. Il est clair que nausées et vomissements passagers, sensation prolongée de soif vive, phénomènes éphémères de courbature fébrile relèvent du 132. Comme les pigmentations arsenicales, la mélanodermie lumbo-abdominale est de teinte très foncée et siège dans une région couverte, exposée aux frottements continuels de la ceinture. La névrite sensitivomotrice des membres inférieurs est apparue au début de l'empoisonnement médicamenteux ; elle a régressé un mois après la dernière piqûre d'eparséno pour guérir à peu près complètement huit mois plus tard.

La mélanodermie et la névrite sont, à coup sûr, plus voisines des manifestations de l'intoxication chronique par l'acide arsénieux que des symptômes habituellement rencontrés dans les intoxications subaiguës par les composés organiques de l'arsenic (arsénobenzènes, atoxyl). Les arsénobenzènes n'occasionnent, on le sait, que très exceptionnellement des mélanodermies (Darier) et l'on peut compter les exceptions à cette règle (cas récent de Lortat-Jacob). Abstraction faite de la forme dite cérébrospinale avec grosse hyperalbuminose du liquide céphalorachidien, ils déterminent des poliomyélites flasques avec troubles sphinctériens (Vecki, Westphal, Oppenheim, Péchin) ou des névrites sympathiques (Milian, Flandin) plutôt que des névrites des nerfs sensitivomoteurs des membres. Nul d'autre part n'ignore l'action quasi élective de l'atoxyl sur les nerfs sensoriels, spécialement sur la première paire, et Milian a pu récemment insister sur les altérations de la huitième paire (nerf vestibulaire) déterminées par les phénylarsenics.

* *
*

Si, laissant de côté les réactions fébriles avec courbature, nausées, vomissements, diarrhée, congestion des lépromes, on jette un coup d'œil sur les autres symptômes enregistrés chez les lépreux intoxiqués par le 132, on ne peut manquer d'être frappé par leur extrême polymorphie : il suffit, à cet égard, de rappeler l'érythrodermie (Gougerot), le purpura et les hémorragies multiples (Phipps), la mélanodermie, l'amaigrissement progressif, la soif vive et prolongée (Delamare et Achitouv), l'albuminurie (Delamare et Achitouv, Lépinay), les douleurs cubitales paroxystiques (Gougerot, Hudelo et Richon), la névrite sensitivomotrice des membres inférieurs (Delamare et Achitouv).

Une telle diversité d'effets suppose évidemment, toutes choses par ailleurs égales, une diversité correspondante des points faibles de l'organisme lépreux. En ce qui concerne notre dernier malade, son aptitude indéniable aux réactions pigmentaires, cicatricielles ou hanséniennes explique, dans une certaine mesure, l'apparition, insolite dans une intoxication subaiguë par un composé organique, de l'hyperchromie lumboabdominale. Le développement de la polynévrite des membres inférieurs montre que l'eparséno n'a pas une électivité absolue pour les cubitaux et que son action ne se borne pas toujours à occasionner des névralgies passagères.

La bénignité relative des accidents ci-dessus mentionnés atteste la faible toxicité du 132 sans, bien entendu,

(1) IIIe Conf. int. de la lèpre, p. 191.

légitimer le recours aux doses massives dont les inconvénients sont aussi certains que les bénéfices sont illusoires. L'emploi des doses modérées elle-mêmes n'apparaît, en fin de compte, indiqué que dans les cas où l'on a quelques motifs de soupçonner le métissage de la lèpre avec la vérole.

Essayé dans des conditions nettement définies et avec la patience requise, le 132 s'avère, comme on le voit, lépricide aussi inefficace que ses aînés, le 606 et le 914. L'évidence avec laquelle s'impose cette conclusion, du reste facile à prévoir, laisse penser qu'en procédant de semblable façon au contrôle des médicaments qui prétendent guérir la lèpre, il est relativement aisé de rester dans le domaine de la connaissance et d'éviter celui de la croyance où nous attendent les illusions sans cesse renaissantes du mysticisme thérapeutique et les suggestions plus ou moins ingénieuses de la réclame commerciale. A ce titre au moins, l'examen auquel nous venons de procéder n'est pas, semble-t-il, dénué de toute importance pratique.

Traitement de la pelade par la cryothérapie,

Par L. LORTAT-JACOB
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

La pelade est une indication de la cryothérapie et je voudrais aujourd'hui vous communiquer quelques résultats :

On sait que d'habitude un placard de pelade tend à repousser normalement en trois mois. Mais combien de cas de transition avec les pelades moyennes, où la repousse n'est jamais complète, ni jamais assurée et que dire en outre des grandes *décalvantes* ou la guérison reste problématique, et cependant tous les traitements ont été tentés ; parmi les plus employés, on cite les irritants chimiques, caustiques, les excitants.

Tous ont du bon, aucun n'a d'efficacité certaine, et nous dirons avec *Sabouraud* : « Un mauvais traitement « n'empêchera pas un cas simple de guérir mais un bon « traitement en guérira d'autres qui, sans lui, se seraient « à peu près sûrement aggravés ». On peut donc tenter le traitement de toutes les pelades et c'est ce que nous avons fait avec la cryothérapie.

Nous avons d'abord traité des petits placards récents, portant en bordure des cheveux « en point d'exclamation » et dont l'évolution semblait encore en croissance. Nous avons frictionné vigoureusement avec la pointe *mousse* du cryocautère jusqu'à congélation de ces plaques et placards. Il est rare qu'en trois semaines la repousse n'ait pas été obtenue.

Nous sommes donc loin des trois mois que comporte habituellement l'évolution spontanée, dans les cas heureux, de tels placards.

Dans un second cas il s'agissait de vieilles pelades décalvantes datant de 3-4-7 ans.

Nous avons voulu savoir si vraiment on ne pouvait plus rien tenter, et sur des points limités nous avons procédé de même. Dans la majorité des cas nous avons pu en trois semaines après trois à quatre applications assister à la repousse d'un duvet.

Enfin, nous appliquâmes la même méthode aux pelades en *aire* de la barbe et le succès répondit à nos interventions.

Dans tous les cas traités, nous avons obtenu la réapparition d'aspect ponctué, et la disparition de l'aspect glabre, *marmoréen*. Un fait doit être souligné. Le cuir chevelu se congèle très facilement probablement en raison des plans résistants sous-jacents, mais d'autre part, la congélation s'accompagne pendant 8 jours au moins d'une rougeur plus ou moins intense visible sur toute la région congelée et c'est la une réaction très heureuse. Le cuir chevelu perd cet aspect nacré, redevient congestionné, et semble dans cet état favoriser la repousse des cheveux.

A la congélation s'associe l'action du massage par la pointe *mousse* et les deux actions combinées provoquent une alternative de *vaso-constriction et de vaso-dilatation* des vaisseaux dans les régions traitées. Parfois, lorsque la congélation a déterminé une phlyctène, une légère *desquamation micacée* se voit sur les placards dans les huit à dix jours qui suivent l'application du cryocautère. Jamais cette évolution n'a déterminé *d'alopécie* cicatricielle. En résumé, nous pouvons dire que la cryothérapie combinée à la friction, véritable cryomassage, aboutit à une stimulation de la circulation au niveau des placards peladiques et à l'excitation de la repousse des cheveux, constante et rapide dans les pelades récentes : à la repousse du duvet dans les décalvantes rebelles abandonnées de tous les thérapeutes, depuis des années.

Pour la pelade de la barbe, la cryothérapie, constitue le procédé de choix, car il ne laisse aucune *irritation* secondaire comme les agents chimiques ou les *lotions*, elle n'expose pas aux dermites, aux *eczématisations* secondaires et elle est suivie de repousse dans un bref délai.

Observation de pelades traitées par la cryothérapie

Chat. Albert. Pelade de la barbe datant de 7 ans, 6 séances du 14 février 1923 au 29 mars 1923. *Repousse*.

Rog. Pelade de la région temporo-pariétale datant de 2 mois, 9 séances du 14 février 1923 au 18 avril 1923. *Grosse amélioration.*

Mai.. Victor. Pelade datant d'un mois. 2 séances. *Repousse.*

Dup. Jean. Pelade de la barbe. 2 séances, 6 février 1924 *Repousse*.

Bluch. Raymond. Plaques multiples de pelade du cuir chevelu ayant débuté il y a un mois. 12 séances du 6 février 1924 au 9 novembre 1924. *Repousse.*

Ancou. Hector. Pelade de la barbe. 9 séances du 5 octobre 1924 au 5 janvier 1925. *Repousse à la 6e.*

Paill. Robert. Plaque de pelade du cuir chevelu. 13 séances du 12 mars 1924 au 29 octobre 1924 (dont 2 mois d'interruption pendant les vacances). *Guérison* : Les poils repoussent sur toute la plaque de pelade.

Thie. Amélie. Pelade du cuir chevelu. 6 séances du 19 mars 1924 au 21 mai 1924. *Guérison.*

Trub. Placards multiples de pelade avec alternatives de chute et de repousse. 13 séances du 16 avril 1924 au 29 octobre 1924. A la 3e séance, apparition des cheveux sur la plupart des placards. *Guérison.* Repousse de cheveux blancs.

Nic. Pierre. Pelade de la barbe. 17 séances du 14 mai 1924 au 21 janvier 1925. *Guérison*

Rai. Gaston. 8 séances du 21 mai 1924 au 23 septembre 1924. *Repousse.*

Mlle Blau. 7 séances du 28 mai 1924 au 8 octobre 1924. *Repousse.*

Mme Dum. 18 applications du 28 mai 1924 au 4 février 1925 (en traitement). *Amélioration.*

M. R. Henri. Pelade généralisée. 19 applications ; à la 12e, repousse, du côté droit ; du 9 juillet 1924 au 10 décembre 1924. *Amélioration.*

Legr. Emile. Pelade de la barbe à la 7e séance *Repousse.* 13 séances en tout.

Gad. Edmond. 8 applications. *Repousse.*

Carl. Alfred. Pelade de la barbe. 10 applications 29 juillet 1924 au 26 novembre 1924. *Repousse.*

Muill. Michel. 12 séances du 13 août 1924 au 11 février 1925. *Repousse.*

Plat. Victor. 7 applications du 13 août 1924 au 29 octobre 1924. *Repousse.*

Feuf. 11 applications du 8 octobre 1924 au 4 février 1925. *Repousse.*

Bonn. 10 séances du 8 octobre 1924 au 21 janvier 1925; à la 8e, apparition de cheveux.

Sant. Datant de 8 mois (placards multiples) 8 séances du 15 octobre 1924 au 4 février 1925 en traitement. *Amélioration*; à la 6e, repousse de poils.

Ecul. Félicité. 7 séances du 12 novembre 1925 ou 28 janvier 1925. *Repousse.*

Dans la plupart de ces cas il s'agissait de pelades anciennes ou rebelles à placards larges et multiples, souvent optiasiques : Dans tous les cas les placards de la barbe se sont terminées par la guérison. Sans dermite surajoutée. La cryothérapie peut donc s'ajouter à d'autres méthodes, dans le traitement des pelades, et même dans beaucoup de cas mérite d'avoir sur elles la priorité par son innocuité et son efficacité.

La Classification des Vitamines (1)

Par Casimir FUNK

Service de Biochimie de l'Ecole d'Hygiène de l'Etat à Varsovie, Pologne.

Il semble résulter très clairement des recherches récentes sur les vitamines qu'il est nécessaire de procéder à une refonte de leur classification. Etant donnée la complexité de la question, Lecocq avait insisté, en 1923, sur la difficulté qu'il y avait alors à parler de ces substances *au singulier* (1). Aujourd'hui, sans être complètement définie, la constitution de ces corps, mieux connue, permet, croyons nous, de réviser en partie la classification ancienne.

En premier lieu, il apparaît utile de subdiviser les substances actives, primitivement désignées sous le nom de « vitamines », en deux groupes distincts : le groupe des *vitamines proprement dites* comprendrait uniquement les substances contenant de l'azote et se décomposant sous l'action des alcalis ; tandis que le nouveau groupe des *vitastérines* réunirait des substances ne renfermant pas d'azote et résistant aux alcalis.

Cette classification a l'avantage de rappeler que les substances des deux groupes ainsi créés sont de compositions chimiques différentes, mais furent découvertes par des méthodes biologiques analogues.

Les travaux de Steenbock, Sell et Buell (2), Takahashi (3) Dubin et Funk (4), sur l'huile de foie de morue, ont établi très nettement que les substances actives liposolubles sont dépourvues d'azote et appartiennent à la classe des stérines, sans toutefois être identiques à la cholestérine. On est d'accord, en outre, sur ce point, que la substance A, curative de la xérophtalmie, ne doit pas être confondue avec celle qui guérit le rachitisme ; il conviendrait, par conséquent, de donner à cette dernière une désignation différente. Pour respecter la chronologie, nous lui réservons le nom de vitastérine E.

Le développement du pouvoir antirachitique, dans certaines huiles, par les rayons ultra-violets, observé par Steenbock (5), Hess (6) et leurs collaborateurs, ne peut être considéré comme contraire à l'existence d'une substance antirachitique spéciale dans l'huile de foie de morue, le jaune d'œuf, etc... Le fait que la cholestérine elle-même peut être activée par le même procédé fortifie encore notre tendance à placer les substances de ce groupe dans la classe des stérines. Hess, Weinstock et Helman (7) ont rapporté récemment que cette cholestérine activée paraissait ne subir aucun changement au point de vue chimique. Nous avons également travaillé ce sujet, avant les publications citées, et nous n'avons pas davantage pu montrer de modifications d'ordre chimique. Cependant, de tels changements, s'ils n'ont pas encore eté établis, restent très plausibles.

Les recherches récentes sur la reproduction et sur la lactation de Evans et Bishop (8), Mattil et Carman (9) et Sure (10), permettent d'envisager l'existence d'une nouvelle substance active que nous désignerons désormais sous le nom de vitastérine F (en conservant ainsi, toujours, l'ordre chronologique). Cette substance se trouve dans la fraction liposoluble et peut probablement être rattachée aux hormones des glandes sexuelles, celle-ci appartenant elles-mêmes à la classe des stérines.

Dans le groupe des vitamines, nous rangerons la vitamine B, antinévrétique, et la vitamine D, stimulant la croissance des levures, qui, conformément aux travaux de Funk et Dubin (11), Lash Miller (12) et Eddy, Kerr et Williams (13), demeurent encore des substances très complexes. La vitamine C appartient également à ce groupe où il convient, sans doute, de faire rentrer le principe antipellagreux, décrit récemment par Goldberger et Tanner (14) et provisoirement appelé vitamine P.

Cette découverte confirme notre ancienne hypothèse et montre que la valeur curative des protéines animales, comme la caséine, est bien due aux impuretés, ainsi que l'ont déjà établi expérimentalement Freedman et Funk (15). On ne sait pas encore d'une façon certaine s'il s'agit d'une nouvelle vitamine, ou si cette substance P doit être identifiée avec l'un des facteurs anciennement connus. C'est pour cette raison que nous lui conserverons cette désignation d'attente.

En prenant pour base les faits précédemment discutés, nous proposons la classification suivante :

Vitamines	*Vitastérines*
Vitamine B, ou vitamine antinévritique ;	**Vitastérine A, ou vitastérine antixérophtalmique ;**
Vitamine C, ou vitamine antiscorbutique ;	**Vitastérine E, ou vitastérine antirachitique ;**
Vitamine D, ou vitamine stimulant la croissance des levures ;	**Vitastérine F (?), ou vitastérine de la reproduction.**
Vitamine P (??), ou vitamine antipellagreuse.	

Nous pensons que cette classification homogène aidera à dissiper le chaos existant dans la littérature scientifique actuelle et permettra de répondre à de nombreuses critiques, en partie justifiées. Nous nous proposons de présenter cette nouvelle classification à la séance de l'Union Internationale de Chimie qui se tiendra cette année à Bucarest.

BIBLIOGRAPHIE

1. LECOCQ. — *Bull. Sc. Pharmacol.*, **30**, 17, 1923.

2. STEENBOCK, SELL et BUELL. — *J. Biol. Chem.* **47**, 89, 1921.

3. TAKAHASHI. — *Proc. Jap. Chem. Soc., J. Chem. Soc. Jap.* **43**, 828, 1922.

4. DUBIN et FUNK. — *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **21**, 139, 458, 1923-24. — *J. Metab. Res.* **4**, 461, 467, 1923.

5. STEENBOCK. — *Science.* **60**, 224, 1924. — STEENBOCQ, BLACK et NELSOC. *J. Biol Chem.*, **61**, 405, 1924 ; **62**, 209, 1924.

6. HESS et WEINSTOCK. — *Jour. Amer. Med Ass.*, **83**, 1845, 1924. *Proc. Soc. Exp Biol. Med.*, **22**, 5, 1924. — HESS WEINSTOCK et HELMAN *Ibid.*, **22**, 76, 1924. — HESS et WEINSTOCK. *J. Biol. Chem.*, **62**, 301, 1924.

7. HESS, WEINSTOCK et HELMAN. — *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **22**, 227, 1925.

8. EVANS et BISHOP. — *Science*, **56**, 650, 1922.

9. MATTILL et CARMAN. — *J. Biol. Chem.*, **61**, 729, 1924.

10. SURE. — *Ibid.*, **62**, 371, 1924.

11. FUNK et DUBIN. — *Proc. Soc. Exp. Biol. Med.*, **19**, 15, 1921.

(1) Communication présentée à la Société de Chimie Biologique, le 19 mai 1925.

12. Lash Miller. — *Science*, **59**, 197, 1924.
13. Eddy, Kerr et Williams. — *Amer J. Chem. Soc.*, **46**, 2844, 1924.
14. Goldberger et Talrer. — *U. S. Publ. Health Rep.*, **40**, 54, 1925.
15. Freedman et Funk. — *J. Metab. Res.*, **1**, 457, 469, 1922.

VARIÉTÉS

Médecine et médecine militaire

L'oisiveté obligatoire et la rémunération dominicale.

Si nous en croyons nos yeux, nos oreilles, notre entendement le progrès s'affirme par le triomphe, par la glorification du travail musculaire d'agrément — telle la danse — et par la condamnation de tout travail tant manuel qu'intellectuel qui n'est pas le travail musculaire d agrément.

On peut prévoir, à échéance brève, que la majeure partie de l'humanité tendra au repos indéfini et que l'époque est proche où elle ne manquera pas de regimber contre les prétentions jugées tout d'abord excessives mais en vérité singulièrement modiques de Jules Guesde lequel, sans égard suffisant pour nos besoins d'oisiveté, avait la cruauté de prétendre imposer à l'homme *vingt-six minutes* de travail quotidien.

Reposons-nous mes frères. C'est Dieu lui même qui en donna l'exemple. Et de tout ce qu'il ordonna, la prescription sainte du repos a traversé sans le moindre des accrocs les espaces et les âges, les civilisations, les politiques les plus diverses.

Au repos du septième jour les prêtres ajoutèrent certains jours de sanctification et de... repos, lesquels ne sont pas nécessairement des dimanches. Il est même des jours de repos dont les lendemains sont sacrés jours de repos.

Héritiers d'humanités déjà anciennes, nous bénéficions des loisirs qui furent accordés ou que s'accordèrent nos ancêtres, Il est intéressant de constater combien docilement les temps les plus a-religieux ou les plus irréligieux avalisèrent les obligations religieuses du repos.

A ces loisirs jugés toutefois insuffisants, nous trouvâmes convenable d'en ajouter beaucoup d'autres :

Ceux des fêtes laïques, ainsi que des premier et second jours de l'an, etc.

Ceux des anniversaires patriotiques (trois fêtes nationales par an : 14 Juillet, Jeanne d'Arc, armistice).

Ceux que nous devons à l'observance devenue rituelle du repos entre deux repos c'est-à-dire des ponts, entreponts, double-ponts, etc.

Celui de la semaine anglaise qui après la matinée particulièrement laborieuse du samedi met en friche le travailleur jusqu'à l'après-midi particulièrement laborieux du lundi.

Ajoutons à cette énumération le casuel :

Permissions, congés, vacances, jours fériés en raison d'un événement national ou local, de la mort d'un homme illustre, de la venue d'un souverain étranger, etc., etc. etc.

(1) « Je pense que les vieillards présentent dans leur aspect sénile des signes qui relèvent *non pas de l'insuffisance génitale mais de l'insuffisance thyroïdienne*. Dans l'éclosion juvénile de la puberté, la part de la thyroïde est au moins aussi grande sinon davantage que celle de l'ovaire et du testicule. Dans cette crise de beauté (beauté du diable) qui suit la puberté chez les jeunes filles, l'éclat du regard et du teint, la poussée pilaire (cheveux, sourcils, etc...) la minceur du pannicule, l'activité de la circulation, l'instabilité vasomotrice, l'émotivité, l'irritabilité du caractère etc..., *sont des phénomènes thyroïdiens*.

Chez le vieillard, l'adiposité, l'empâtement de la face, les bajoues, le regard éteint et morne, la pâleur ivoirine de la face, la perte des productions pilaires, le refroidissement des membres, la perte de mémoire, la mauvaise nutrition de la peau, l'indifférence émotive, la paresse vasomotrice, sont des phénomènes purement hypothyroïdiens. »

Ajoutons encore les anniversaires, les commémorations, les inaugurations et leurs lendemains, etc.

Puis les repos résultant des grèves, les fêtes interalliées, internationales et socialistes avec leurs répercussions. Car combien de gens, le 1er mai, même non socialistes, se tuent à travailler ?

Bref notre semaine est celle des quatre jeudis, notre année celle des cent cinquante dimanches. Gloire donc au précurseur Jules Guesde dont la prophétie vétuste ne tardera d'ailleurs pas à être dépassée et honte à ces barbons impudents de ma jeunesse dont la prétentieuse ignorance osait enseigner que le travail est une condition essentielle du bonheur.

J'en veux bien croire les économistes et accepte très volontiers la donnée primordiale de l'école moderne : L'homme peut vivre sans travail, partant sans argent. Il faut vivre avec et comme son temps et puisque le temps est ainsi fait, vive le temps présent et raca pour les esprits chagrins qui vont pépiant, jacassant, coassant, ressassant que jamais l'humanité n'eut autant besoin de peiner de réparer, d'économiser.

Vive la joie ! Nous ne mangerons pas de pain le dimanche ni le lundi. Voilà qui tombe fameusement : je n'aime pas beaucoup le pain. Et même si l'on me contraint à me soumettre au jeûne hebdomadaire, intégral et civique comment n'admirer pas la prévoyance de qui me l'impose dès le moment que mon escarcelle est vidée, comment demeurer insensible à l'élégance hygiénique de mœurs qui me permettent de loger indifféremment le diable dans mon portemonnaie et dans mon estomac ?

On rencontre il est vrai des gens aux instincts critiques et pervers. De ce nombre furent des pharmaciens. Ils signalèrent que beaucoup de mauvais citoyens s'avisaient d'être malades le dimanche, prétendirent ne point cesser de préparer et de débiter des médicaments à l'usage de ces trouble-repos.

Mater ces insubordonnés était un devoir urgent. Avec une hâte fébrile, l'*Administration de la conservation, de l'élaboration et du perfectionnement des mots historiques* rassembla ses meilleurs clichés : « *Veni, vidi, vici* », « *L'Etat c'est moi* », « *Nous dansons sur un volcan* », «*Je bois personnellement à la santé du Président* », etc., etc. Finalement la direction jeta son dévolu sur un distique qui, jadis, eut son heure de célébrité :

> De par le Roy défense à Dieu
> De faire miracle en ce lieu

Elle l'adopta et en tira :

> De par le Peuple Souverain
> Défense est faite au Pharmacien
> De toucher à son arsenal
> Le sacré jour dominical.

La rime n'y est pas ou du moins n'y est pas beaucoup. Mais la raison s'y trouve pleinement.

Et c'est là le principal.

On doit être citoyen avant que d'être quoique ce soit d'autre. La conscience professionnelle doit dans tous les cas céder à la conscience civique. Le devoir est élémentaire.

Il est absurde et immoral d'user le dimanche d'appareils tirés par des machines, manœuvrées par des hommes. Quelle nécessité, dites-moi, de voyager le jour saint, strictement réservé à ce que nous appellerons, si vous le voulez bien, le *labeur national d'oisiveté*. Ce jour-là le repos doit être et doit être pour chacun.

Quiconque fait appel le dimanche au médecin, au chirurgien, au vétérinaire, au pharmacien, est presque aussi coupable que le praticien qui répond à l'appel.

« Votre malade, dites-vous, est atteint d'une pneumonie qui le met en danger de mort. J'en suis fâché pour lui, doit écrire à la famille du patient, le médecin prévenu le samedi à 13 heures. Soumis avant tout aux règles du devoir, je l'irai examiner sans manquer lundi prochain

dans l'après-midi. S'il venait à mourir auparavant, soyez assez bon, je vous en prie, pour m'en aviser afin de m'éviter un déplacement inutile. »

Et de son côté le chirurgien, prévenu par le concierge de sa clinique que des brancardiers volontaires prétendent y introduire un accidenté sur le point d'expirer, de téléphoner tout aussitôt :

« Dites à ces Messieurs que c'est un intolérable délit de brancarder le jour de Pâques, mais qu'au demeurant s'ils veulent revenir mardi j'opérerai d'extrême urgence leur blessé. »

Quant à la vache qui se mêle de crever le dimanche pour avoir avalé une pomme, le vétérinaire s'interdira de la soigner. Qu'importe la bourse des cultivateurs ?

Ces gens-là ne doivent-ils pas, comme les autres s'entraîner à vivre sans peine et sans argent ?

Regrettablement l'espèce médicale n'entend point s'adapter à la Loi du progrès par l'oisiveté. Le praticien, victime de préjugés enracinés par des habitudes séculaires, continue de donner à sa conscience professionnelle le pas sur sa conscience civique.

J'imagine qu'à des personnalités de sens affiné comme le sont les médecins, cette opposition à une évolution humaine naturelle et inéluctable n'est pas sans occasionner un tourment intolérable.

A ces atroces souffrances morales nulle consolation d'ordre moral n'est possible.

Force est donc d'envisager des adoucissements dans l'ordre matériel.

Réfléchissons et tâchons de supputer avec justesse et avec justice comment peut être taxé le travail qui, étant dominical, ne peut être effectué qu'avec douleur. Avec douleur non pas certes parce qu'il est du travail mais parce qu'étant dominical il est immoral, accompli en désobéissance de la Loi divine la plus sacrée, de la Loi humaine la plus formelle.

Si Dieu et les Gouvernements tant religieux qu'a-religieux ou anti-religieux édictaient : L'Homme travaillera trois jours et demi et se reposera trois jours et demi le calcul serait des plus faciles : la journée de travail vaudrait la journée de repos.

Mais Dieu et tous les gouvernements tant religieux qu'irreligieux ou a-religieux édictent : l'homme travaillera six jours et se reposera le septième.

Il en résulte que R, la journée de repos vaut six fois T la journée de travail d'où, sous la forme algébrique, l'équation :

$$6\,T = R$$

Si nous appelons :

t T l'heure de travail de la journée de travail ;
t R l'heure de travail de la journée de repos.

Notre équation s'impose sous la forme :

$$t\,T = \frac{t\,R}{6}$$

où :

$$t\,R = 6\,t\,T$$

Ce qui démontre, clair comme l'évidence, que le travail du dimanche doit être rémunéré *six fois plus* que le travail du jour normal.

Retenez bien ce principe, c'est le grand principe de la *rémunération minima sextuple* applicable à tous individus trop insuffisamment évolués pour qu'il soit possible de les astreindre à l'observance salutaire et libératrice, impérative et légale de l'oisiveté dominicale.

Bien entendu, il serait mesquin de tenter d'évaluer la cote des jours de repos autres que le dimanche — mesquin et difficile car devrait intervenir un *coefficient de sollennité* dont l'appréciation réserverait d'inextricables difficultés : Pour certaines gens un 14 juillet vaut mieux que cinquante-deux dimanches, mais pour certaines autres, Noël vaut cent fois des douzaines de 14 juillet. Il serait malséant d'insister...

Rallions-nous donc à la conclusion sage et modeste : le travail des dimanches, jours fériés et jours de repos général doit être rémunéré six fois plus que le travail du jour normal.

Je la dis, cette conclusion, modeste — tout au moins en ce qui concerne le médecin. Car celui-ci aurait tous les droits à une *surrémunération* non seulement parce que la durée de son labeur excède largement le maximum théorique des huit heures de travail quotidien mais encore et surtout parce qu'il ne cesse pas de pâtir d'une condition pénible à l'excès : *le manque constant de certitude de tranquillité au cours de l'heure qui vient.*

Nous touchons l'un des points les plus pénibles de la profession médicale. Jamais le médecin n'est assuré que l'instant qui approche lui apportera repos ou tranquillité, possibilité de détente, latitude de s'occuper de ses propres affaires. On le pêche pendant son dîner, au théâtre, en course, en visite, pendant son sommeil, à toute heure, n'importe où. Harassé, indisposé, un appel subit le place, grelottant de froid en des lieux dépourvus des moindres possibilités thérapeutiques, en face des cas les plus épineux, les plus complexes, les plus lourds de reponsabilité — à moins que ce ne soit en face de niaiseries qui ne méritaient pas le dérangement.

Le manque de pouvoir jamais répondre de l'heure qui vient, le risque professionnel et les responsabilités, les tristesses parfois déchirantes à la vue des souffrances, de l'angoisse, des agonies, des deuils, tristesses qui — si blasé, si entraîné que l'on soit — ne manquent pas de s'imprimer dans le subconscient de chacun de nous, toutes ces conditions qui exigent du médecin une incessante maîtrise de soi, font de son existence une lutte perpétuelle. Elles font aussi que le corps médical offre à la mortalité une part très considérable et s'offre à la morbidité bien plus que ne le croit le commun des mortels.

Ce corps indispensable, si exceptionnellement méritant, doit veiller très particulièrement à sa conservation : je veux dire à son maintien en chair et en muscle. Réfractaire aux révolutions parce que convaincu que si la nature fait beaucoup de sots, par contre elle fait rarement des sauts (*Natura non facit saltus*) il doit agir avec assez de sagesse pour dominer les bouleversements dus à l'écrasement du travail intellectuel, du travail utile et des besognes de dévouement par le travail d'oisiveté. *Primum vivere* donc faire valoir notre équation, se souvenir que la souplesse attentive est l'arme de choix pour triompher des circonstances, que l'impassible destin, impitoyable aux mal-adaptables, a réglé le sort du colossal mammouth et de l'orgueilleux ptérodactyle avec la même impassibilité qu'il est en train de règler celui d'une variété de la famille médicale inoffensive entre toutes.......

C'est la variété médico-militaire que je veux dire. J'y suis, pour des raisons sur lesquelles il est superflu d'insister, particulièrement attaché.

Les rares personnes qui se souviennent encore qu'une guerre nous ravagea de 1914 à 1919 ne sont pas sans avoir rencontré des représentants de cette variété ou entendu parler d'eux.

Elle est en voie d'extinction et je préviens le curieux qui s'acharnerait à la tâche de déocuvrir des médecins militaires qu'il ne devra ménager ni son temps ni ses peines.

Cependant un hasard favorable me valut récemment d'examiner l'un de ces malheureux.

C'était au cours d'une revue où le rassemblement de nombreuses unités groupait plusieurs milliers d'hommes. Tout à coup mon cœur cessa de battre. Sur un cheval vigoureux, bien nourri, un être préhistorique (ou si vous le préférez prébellique, les deux expressions étant synonymes) dont le képi fatigué s'ornait du bandeau de ve-

L'admission dans la « section médecine-troupes coloniales » de l'école du service de santé, en 1925. — Il est institué à titre provisoire à l'école du service de santé militaire une section « médecine-troupes coloniales », en vue de contribuer, avec l'école principale du service de santé de la marine, au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

Un concours est ouvert en 1925 pour l'admission à vingt emplois d'élèves de la « section médecine-troupes coloniales » à l'école du service de santé militaire ; la répartition des élèves à admettre aux divers degrés de scolarité P. C. M., 4 et 8 inscriptions, sera déterminée d'après la valeur relative du concours ; le nombre des admissions pourra être réduit si la moyenne des examens est jugée insuffisante.

Les candidats à la « section médecine, troupes coloniales » ne pourront être déclarés admissibles aux épreuves orales ou être admis définitivement s'ils ont obtenu un total de points inférieur à celui du dernier élève admissible ou admis dans la section de médecine de l'école du service de santé militaire.

Les épreuves et conditions du concours sont celles déterminées par la circulaire du 7 janvier 1925, relative à l'admission à l'école du service de santé militaire en 1925, publiée au *Journal officiel* du 16 janvier 1925, sous réserve des dispositions ou modifications ci-après :

1° Les candidats à la « section médecine-troupes coloniales » ne pourront pas concourir pour l'admission dans la « section de médecine de l'école du service de santé militaire » ;

Les candidats admis dans la « section médecine-troupes coloniales » ne pourront quitter cette section pour passer dans la section de médecine de l'école du service de santé ;

2° A leur arrivée à l'école ils contracteront, en même temps que l'engagement prévu par la loi sur le recrutement de l'armée, l'engagement de rester au service dans les troupes coloniales pendant six ans à compter de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales ;

3° Après l'obtention du diplôme de docteur en médecine, les élèves de la « section médecine-troupes coloniales » seront nommés médecins aides-majors de 2e classe des troupes coloniales le 31 décembre de l'année où ils auront soutenu leur thèse : ils rejoindront à cette date l'école d'application du service de santé des troupes coloniales ;

4° Formalités d'inscription. Le libellé de l'engagement prévu par le paragraphe 5 de l'article 3 de la circulaire du 7 janvier 1925 sera modifié en remplaçant « six ans de service comme officier du corps de santé militaire » par « six ans de service comme officier du corps de santé des troupes coloniales. »

Les demandes d'admission au concours des candidats à la section coloniale devront s'établir comme suit : « Je soussigné, déclare être candidat à la « section médecine-troupes coloniales » de l'école du service de santé militaire. Dans le cas où je serais nommé élève de cette section, je m'engage à servir dans le corps de santé des troupes coloniales pendant six années à dater de ma nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

« En aucune circonstance, je ne pourrai être autorisé à passer dans la section de médecine-troupes métropolitaines. »

5° Concession de bourses (pensions et trousseaux).

Des bourses et demi-bourses seront accordées dans les conditions déterminées pour les candidats à l'école du service de santé militaire.

Amphithéâtre d'anatomie (M. le prof. Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — *Avis.* Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie ophtalmologique) en dix leçons, par MM. les docteurs V. Morax, ophtalmologiste de l'hôpital Lariboisière, Magitot et Bollack, ophtalmologistes des hôpitaux, commencera, le lundi 22 juin 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations. Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (5e).

Programme du cours : 1° Opérations sur les muscles de l'œil. — 2°, 3°, 4°, 5°. — Opérations les paupières. — 6° Opérations sur les voies lacrymales. — 7° Opération sur la cornée. — 8° Opérations sur l'orbite. — 9° Opérations sur le cristallin. — 10° Opérations sur les branches nerveuses.

lours grenat. Exsangue, les traits émaciés son regard paraissait plonger dans les mystères de l'au-delà. J'éprouvais une peine affreuse à considérer que le malheureux ne tenait plus qu'avec peine à la terre et que la constance de réflexes habituels seule le maintenait en selle. Je le jugeais déjà sur la pente de l'inconscience et me demandais s'il se rendait compte de ce qui était autour de lui.

Cependant arrivé au niveau de Général, le médecin militaire (car c'en était un) se leva droit sur les étriers, tourna franchement la tête vers le chef et d'une voix si éclatante qu'elle couvrit le fracas des cuivres éjectant à plein rendement : *Ave dux*, s'écria-t-il *Ave dux, moribundus te salutat*. Puis s'étant replacé en selle, il tomba dans une impassibilité de pierre et lorsqu'il passa devant moi sur son cheval bien nourri, je discernai que la mort avait commencé de marquer d'une empreinte son visage ravagé.

Rentré chez moi, l'âme en deuil, j'eus la surprise de découvrir dans mon courrier les bonnes feuilles de l'édition prochaine du dictionnaire Larousse. Je cherchai les mots *médecin militaire* et voici ce que je lus :

Militaire (médecin). — « Médecins attachés à titre permanent à l'Armée dont ils assuraient toutes les fonctions sanitaires soit en temps de paix, soit avec le concours de tous les médecins civils mobilisés, en temps de guerre. Leur rôle consistait à soigner les malades, à relever les blessés sur la ligne de feu (*v. brancardiers*), à les mettre à l'abri (*v. poste de secours*) à les traiter (*v. ambulance*) à les évacuer sur l'intérieur (*v. hôpital et hôpital d'évacuation, trains sanitaires*, etc.), à renvoyer au combat ceux qui étaient en état d'y participer à nouveau. Ils répondaient de plus à toutes les exigences de l'Armée au point de vue de l'hygiène et de la prophylaxie et assuraient le service médico-légal (*v. simulation, invalidité, pension, commission de réforme*, etc.). Conseillers techniques du Commandement dont ils étaient à tous les échelons les collaborateurs et les agents d'exécution pour tout ce qui a trait à l'exécution des services sanitaires, aux opérations de la stratégie et de la tactique sanitaires, ils établissaient les prévisions (*v. mobilisation*) réalisaient la mise en place et en action de tous les moyens, assuraient le ravitaillement en médicaments et en matériel sanitaire, etc., etc. (*v. également Officier d'administration et Pharmacien militaire et consulter les ouvrages spéciaux*). La corporation médicale se couvrit de gloire au cours de toutes les guerres, particulièrement au cours des guerres de la République et de l'Empire et au cours de la guerre mondiale de 1914-18. Celle-ci ne put être continuée que grâce aux récupérations d'effectifs réalisées par le Corps de Santé dont l'action permit ainsi la victoire. Insuffisamment considérée et traitée, l'espèce des médecins militaires déjà sévèrement éprouvée, comme tout le Corps médical, par le feu de l'ennemi, par les gaz toxiques par les maladies et par les fatigues du service s'éteignit par consomption dans les années qui suivirent la dernière guerre. On assure toutefois que quelques individus subsisteraient et qu'il serait question de les conserver à titre de curiosité (*v. auroch*) ».

Le mot auroch m'ayant intrigué, je fis sur le point quelques recherches. Je leur dois de savoir que si les *aurochs*, espèce contemporaine de nos ancêtres gaulois avaient depuis longtemps disparu de nos plaines et de nos forêts, cependant quelques-uns subsistaient encore : des lignées de grands seigneurs ayant eu, pour la joie de nos savants, la persévérante coquetterie de ne point cesser d'en conserver des échantillons dans leurs grands domaines de l'Europe centrale.

Mais pourquoi comparer le médecin militaire à l'*auroch*? Je finis par avoir le mot de l'énigme et je crois devoir livrer ce mot à la publicité. Voici :

Un richissime philanthrope américain a offert au gouvernement français de lui acheter au poids de l'or, les survivants de sa médecine d'armée. Ceux-ci devront être livrés en bonne condition physique et morale. Transportés tout équipés en Amérique, ils se prêteront aux investigations des gens de science du Nouveau Monde. A titre de compensation ils seront nourris, pourront manger à leur faim, boire à leur soif, auront toute licence de travailler, de se reposer et de se distraire comme des hommes normaux. Ils recevront un salaire honorable et disposeront d'un logement confortable. Bref le paradis sur terre. Je ne sais si je dois ajouter que l'offre mentionne qu'ils auront licence de se reproduire et même que la reproduction, selon les modes naturels et légaux (*sic*) leur sera discrètement facilitée. Après leur mort ils seront naturalisés et placés dans les galeries du Muséum National non loin du *ptérodactyle* et du *dinothérium giganteum*.

L'offre est tentante quoique, avouons-le, dans l'état de notre budget quelques millions de francs-or soit une insignifiante quotité.

Le principal obstacle vient de l'une des clauses imposées : ces intéressants spécimens devront être livrés en bonne condition physique et morale.

Comment remettre en bonne condition physique et morale les quelques survivants de notre médecine d'armée ?

J'ai décrit leur mal, révélé l'étiologie, indiqué la thérapeutique en cinq textes que voulut bien publier le *Progrès Médical*. Comme ces textes me sont souvent demandés, je ne crois pas inutile d'en indiquer la liste :

Progrès Médical 1924 :

N° 28 du 12 juillet : *Religio vastata*.
N° 34 du 23 août : *Médecine militaire et anarchie*. (Lettre ouverte à M. Henry Simond, directeur-rédacteur en chef de l'*Echo de Paris*).
N° 36 du 6 septembre : *Médecins et techniciens dans l'armée : l'indemnité de graduation*.
N° 37 du 13 septembre : *Les honneurs*.
N° 41 du 11 octobre : *Contrats de courte durée*.

Il n'est maquignon qui ne sache que pour vendre avantageusement des purs sangs, il est indispensable de les entourer de soins afin de les mettre en forme et de leur donner bon poil.

Aux moyens thérapeutiques proposés pour rendre bon poil à nos médecins, j'ajoute l'allocation sextuple de la solde et des indemnités le dimanche et les jours fériés.

Non seulement les médecins d'armée survivant ont hérité des besognes multiples qui incombaient à leurs congénères disparus mais, comme leurs confrères civils, ils ignorent les jours de repos et souffrent comme eux du manque constant de certitude de tranquillité au cours de l'heure qui vient. Le service est de jour et de nuit ; il est incessant ; il ne connaît ni trêve dominicale ni la détente qui suit les solennités religieuses ou laïques ni même ces journées ou demi-journées dites de *quartier libre* qui ne sont pas exceptionnelles dans l'armée. Le médecin passe la visite et la contre-visite aussi bien le 1er janvier que le 25 décembre, ponctionne les pleurétiques le jour de Pâques, laparotomise le 14 juillet... Si l'on envisage qu'un jeune officier pour avoir été de service durant certains dimanches ou jours fériés se trouve dans le cas de réclamer une dizaine de fois par an l'indemnité dominicale, on ne découvre pas de dimanche, pas de jour férié, pas de jour ou demi-jour de *quartier libre* où le médecin ne soit dans l'obligation d'y avoir droit. En chiffres ronds le médecin dispose d'une centaine de jours de repos de moins que son camarade officier... et le nombre des jours de permission est égal pour l'un et pour l'autre. Ajoutez à cela un travail de nuit assez fréquent qui n'est l'objet d'aucune rémunération particulière et, bien entendu, répétons-le encore une fois, la hantise incessante, exténuante à la longue qui résulte de ce que, pour le médecin, il n'existe *jamais* la moindre certitude que l'heure qui vient, quelle qu'elle puisse être, sera,

pour lui, une heure de tranquillité, de quiétude, de détente. Civil ou militaire, le médecin ne connaît jamais le repos complet, dévolu aux autres citoyens. Son repos est toujours incomplet parcequ'il ne cesse jamais d'être menacé.

Sur quoi, ayant dit tout ce que j'avais à dire, je n'ai plus qu'à invoquer les mânes de Ponce-Pilate, l'inoublié.

Car on n'imagine vraiment pas que je vais consacrer les restes d'une ardeur qui ne fait que de commencer de s'éteindre, à la défense d'une espèce vouée à la destruction et mûre pour le Muséum.

Que chacun prenne ses responsabilités. J'ai fait ce que j'ai pu. J'entends désormais ne plus m'attarder à la Préhistoire mais demeurer l'homme du Progrès, suivre sa Loi — cette Loi que l'on me permettra, je pense, d'appeler définitivement, clairement et brièvement : *la loi du Progrès indéfini par l'extension jusqu'à l'infini de l'oisiveté et du travail musculaire d'oisiveté.*

G. Espé de Metz.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mai 1925.

Centenaire de Charcot. — 1° Allocution de M. *Barrier*, président.

2° M. *P. Marie* — Eloge de J.-M. Charcot.

3° M. *G. Marinesco*. — Impression d'un élève étranger sur la personnalité de Charcot.

4° M. *Vicco Christiansen*. — Quelques aphorismes à l'occasion du centenaire de Charcot.

5° Allocution de M. *Achard*, secrétaire général.

Séance du 2 juin 1925

Une tactique contre la rougeole fondée sur l'expérience. — M. *Armaingaud* relate une épidémie grave de diphtérie immédiatement enrayée il y a plusieurs années dans un sanatorium maritime par le sérum antidiphtérique du Dr Roux. Il en a remercié l'Institut Pasteur, mais il a voulu aujourd'hui, à l'occasion de sa présente communication sur la rougeole, faire connaître ce fait à l'Academie. Il présente des observations remarquables d'épidémie de rougeole à la suite desquelles il demande s'il n'y aurait pas lieu, quand les épidémies sont absolument et unanimement reconnues d'une bénignité exceptionnelle, au lieu d'écarter les enfants de la contagion, de les exposer au contraire systématiquement. Puisque à peu près tous les enfants sont destinés à contracter la rougeole, ne vaudrait-il pas mieux la leur faire contracter dans les cas où l'épidémie est exceptionnellement légère ? Il termine sa communication en demandant où en est la question de la vaccination de la rougeole.

Une question d'hygiène sociale. Une affection mentale fictive : la kleptomanie. — M. *A. Antheaume* a pu démontrer récemment que la kleptomanie, entité morbide admise par les médecins aliénistes et par le public non médical, n'existe pas en réalité et doit être rejetée dans le domaine de la légende.

Alors que les véritables obsessions-impulsions sont suivies, une fois satisfaites, d'un sentiment de dégoût et de remords vis-à-vis de l'acte accompli, la prétendue impulsion morbide à commettre des vols répétés, en particulier dans les grands magasins, n'amène pas, chez les personnes qui y ont été entraînées, de tels sentiments : jamais en effet il n'est question de la restitution volontaire de l'objet dérobé par les soi-disant kleptomanes, alors qu'une restitution directe ou indirecte serait pour les délinquantes un excellent moyen de dégager leur conscience.

En outre, il faut remarquer que la prétendue kleptomanie n'existe qu'en France ou plus exactement qu'à Paris.

Dès 1906, alors que la doctrine de la kleptomanie était universellement acceptée, l'auteur a eu l'occasion de démasquer des soi-disant kleptomanes, admises comme telles par divers aliénistes, et qui étaient en réalité des professionnelles du vol, spécialement outillées pour leurs larcins. Récemment son point de vue a fini par être adopté à la Société de médecine légale de France par les médecins-experts les plus qualifiés, qui ont proposé de rayer la kleptomanie du cadre nosologique des affections mentales.

La prophylaxie des vols dans les grands magasins constitue un problème d'hygiène mentale sociale qui n'est pas négligeable. L'auteur propose qu'on institue dans les grands magasins parisiens le système employé à Buenos-Ayres, où des inpecteurs exercent sur les acheteuses une surveillance ostensible : il faut des inspecteurs qui *regardent* et non pas seulement qui *voient*, il faut que les acheteuses se sentent surveillées.

Le système de l'intimidation par les châtiments corporels, pratiqué dans certains pays, ne serait pas admis en France, mais il faut que, d'une part la surveillance exercée dans les grands magasins devienne plus apparente et d'autre part que, l'excuse du trouble mental assigné n'étant plus admise judiciairement, le vol dans les grands magasins reçoive les sanctions habituelles, c'est-à-dire la condamnation en cour de justice, sans sursis ou avec sursis suivant qu'il est agi ou non de récidive.

M. *Maurice de Fleury*. — On a beaucoup abusé sans doute de la kleptomanie, mais elle existe cependant et se caractérise par l'inutilité ou l'absurdité du vol et le contraste en l'acte délictueux et l'honorabilité antérieure du sujet.

Chimiothérapie de la blennorragie. — MM. *Jausion*, *Diot* et *Vourexakis*. — De la pratique de 1417 injections intra veineuses de 5 cc. de la solution au 1/50 de chlorhydrate de diaminométhyl acridine (acriflavine, trypaflavine, gonococcine), du traitement régulier de 67 sujets pour la plupart vieux gonorrhéiques avec, pour résultats, 37 guérisons complètes, 15 améliorations très sensibles, 11 améliorations moins marquées et 4 échecs du constat de quelques inconvénients tous assez légers et des nombreux avantages thérapeutiques et prophylactiques, les auteurs concluent à la valeur de la chimiothérapie acridinique déjà fort connue à l'étranger et de la méthode intra veineuse trop peu employée,

M. *Bonain*. — Contribution à la physiologie de l'oreille moyenne. Note sur les mouvements de la membrane du tympan à l'état normal et leur relation avec les échanges des atmosphères gazeuses de l'oreille moyenne des cavités naso-pharyngées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mai 1925.

L'occlusion iléale par brides. — M. *Descomps* rapporte un travail de M. *Ginesty*. L'occlusion par coudure sur une bride iléale de Lane semble rare, mais ce n'est qu'une apparence. Il s'agit là de poussées adhésives, d'origines bien diverses. Tantôt c'est un accolement congénital en relation avec le diverticule droit du grand épiploon, tantôt une lymphangite intense, stade intermédiaire entre l'entérite et la péritonite. Il faut d'ailleurs noter la coïncidence de ces zones privilégiées d'adhérences avec la topographie des voies lymphatiques.

Cancer du col utérin au cours d'un prolapsus. — M. *Dujarrier* rapporte une observation de MM. Jean et Villechaise (de Toulon). Il s'agissait d'un cancer du col évoluant au cours d'un prolapsus total. Après confirmation histologique, un traitement radiumthérapique fut institué.

Il s'agit d'une lésion rare, mais qui fut pourtant déjà signalée, ce que confirme le rapporteur.

Infections post-abortum et post-partum. — M. *Auvray* rapporte deux cas de M. Tasso Asteriadès (de Salonique). Dans le premier cas une femme de 36 ans, après une fausse couche acci-

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910
Turin 1911

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



La boite pour une semaine environ.

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque
"SPHINX"
et la dénomination
"LACTAGOL"

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis,** *près* **Paris**

Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

VACCINS I. O. D.

Stérilisés et rendus atoxiques par l'Iode – Procédé RANQUE et SENEZ

Vaccin Anti-Staphylococcique I. O. D.
Traitement des affections dues au staphylocoque

Vaccin Pneumo-Strepto I. O. D.
Prévention et traitement des complications de la Grippe, des Fièvres éruptives, de la Pneumonie

Vaccins Anti-Typhoïdiques I. O. D.
Prévention et traitement de la F. Thyphoïde

Vaccin Anti-Streptococcique I. O. D.
Prévention de l'infection puerpérale, traitement des affections dues au streptocoque

Vaccins Polyvalents I. O. D.
Traitement des suppurations

VACCIN ANTI-MÉNINGOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-GONOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-MÉLITOCOCCIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-DYSENTÉRIQUE I. O. D.
VACCIN ANTI-CHOLÉRIQUE I. O. D.

Pour Littérature et Échantillons :
Laboratoire Médical de Biologie
16, rue Dragon
MARSEILLE
R. C. Marseille 15.598-9

DÉPOSITAIRES :
Docteur DEFFINS, 40, Fg Poissonnière, Paris
HAMELIN, Pharmacien, 31, Rue Michelet, Alger.
J CAMBE, 10, rue d'Angleterre, Tunis.
BONNET, 20, rue de la Drôme, Casablanca, Maroc.

VACCINOTHÉRAPIE ATOXIQUE CÉPÈDE

HYPERLEUCOCYTOSE ET PHAGOCYTOSE SPECIFIQUE EXALTEE R. C. Seine 47.410

MÉDICATION CAUSALE NATURELLE —:— INNOCUITÉ ABSOLUE

VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose pulmonaire à t. l. degrés, AUCUNE CONTRE-INDICATION PAS DE RÉACTION 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN S.P.E.S. CÉPÈDE	Tuberculose cutanée, ganglionnaire, intestinale, osseuse. 1 cc. sous-cutané tous les 4 jours.
VACCIN E CÉPÈDE	ENTÉROCOCCIQUE. — Anémie, chlorose d'origine entérococcique, entérite, entérococémie, rhumatisme articulaire, salpingite.
VACCIN S CÉPÈDE	STREPTOCOCCIQUE. — Rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, infections streptococciques en général.
VACCIN Sa CÉPÈDE	STAPHYLOCOCCIQUE. — Panaris, tourniole, lymphangite staphylococcique, furonculose, psoriasis, ostéo-myélite, etc.
VACCIN E.S CÉPÈDE	ENTÉRO-STREPTOCOCCIQUE polyvalent.

CUROVACCINS CÉPÈDE

VACCIN E.Sa CÉPÈDE	ENTÉRO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.Sa CÉPÈDE	STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE polyvalent.
VACCIN S.E.S. CÉPÈDE	Abcès, anthrax, fièvre puerpérale salpingites, septicémies strepto entéro-staphylococciques.
VACCIN P.E.S. CÉPÈDE	Pleurésie, pneumonie, bronchite chronique, grippe.
VACCIN S.P.E.S.Ca CÉPÈDE	Catarrhe pulmonaire aigu et chronique, angines, pharyngites, rhinites.
VACCIN Ac Sa CÉPÈDE	ANTI-ACNÉIQUE polyvalent.
VACCIN C.E.S. CÉPÈDE	COLI-ENTERO-STREPTOCOCCIQUE, entérite entérocolite, cystite, néphrites, diarrhée infantile.
VACCIN G.S.E.S. CÉPÈDE	Blennorragie et complications.

Vaccins Typhique **T**, Paratyphique **A** et **B**, Diphtérique **D.S.E.S.**, Pneumobacillaire **Pb**, et tous Auto-Vaccins atoxiques sur demande de MM. les Médecins.

La caractéristique de la MÉTHODE CÉPÈDE réside dans la suppression totale de la PHASE VACCINALE NÉGATIVE. Dans les CUROVACCINS CÉPÈDE (*désignés par les initiales des microbes servant à leur préparation*) **les toxines microbiennes sont toujours éliminées ou anéanties. L'injection SOUS-CUTANÉE n'entraîne aucune réaction, ni aucun phénomène général ou local.**

INSTITUT DE BIOLOGIE APPLIQUÉE, 30, avenue Reille, PARIS (XIVe). Tél.: Gob. 08-06.— Toutes les Pharmacies.

dentelle, présenta des accidents septiques aigus. Un curettage n'ayant amené aucun résultat appréciable, on pratiqua une hystérectomie vaginale, 36 heures après. L'utérus était volumineux, sa cavité était parfaitement vidée par le curettage, mais il y avait de petits abcès fétides interstitiels sur lesquels la curette est sans effet.

La deuxième malade, âgée de 19 ans, après un accouchement dans de mauvaises conditions d'asepsie présenta des signes d'infection notable. Un curage digital, puis un curettage n'ayant été suivis que d'amélioration très passagère, une hystérectomie vaginale fut pratiquée. Tout l'utérus friable s'en allait en morceaux.

Ostéite kystique. — M. ***Mathieu*** rapporte un cas de MM. Chrétien et Perrochaud d'ostéite kystique de la portion moyenne du tibia. Un homme de 40 ans, après une chute de petite importance présenta une fracture de jambe. La radiographie montra une clarté toute particulière du tissu osseux. Il n'y avait aucune trace ni de syphilis, ni de maladies infectieuses. Après réduction en gouttière, la guérison fut simple, sans cal hypertrophique.

Les auteurs pensent à un kyste osseux. M. Mathieu, dans leur cas, aurait fait une biopsie, car il peut s'agir d'un cas de tumeur.

Technique de la cordotomie. — M. *de* ***Martel*** décrit sa technique en insistant sur l'anesthésie locale et la position assise. Il y a une hémorragie insignifiante. L'auteur, après avoir ouvert la dure-mère, cherche à rester en deçà de l'arachnoïde ce qui traumatise moins la moelle et facilite l'exploration.

Les fausses tumeurs de la glande mammaire. — M. Anselme ***Schwartz*** a vu, chez une malade de 43 ans, une tumeur du sein gauche sans connexions avec les plans voisins, faisant corps avec la glande. Quelques mois après la tumeur avait disparu. Il s'agissait d'un lobe glandulaire engorgé. M. Schwartz connaît plusieurs cas superposables à cette observation ; cette lésion n'a guère été décrite par les classiques. Elle est caractérisée par la régularité de la tumeur; sans prolongements, par l'absence de ganglions, par la bénignité de l'évolution.

Séance du 7 mai 1925

Tuberculose sterno-claviculaire. — M. ***Mouchet*** rapporte un cas de M. Moiroud (de Marseille). Un homme de 48 ans présentait une arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire qui, malgré le traitement par ponctions et injections modificatrices, s'était fistulisée. L'extirpation chirurgicale des lésions amena la guérison.

Traitement des cavités ostéomyélitiques par les greffes ostéo-périostiques. — M. ***Mouchet*** rapporte deux observations de M. Moiroud (de Marseille. — Dans la première, une cavité de l'extrémité supérieure du tibia fut comblée par deux greffons ostéo-périostiques. Malgré une fistulette au troisième mois, la guérison a été parfaite, contrôlée radiographiquement et le malade est actuellement soldat. Le deuxième cas chez un homme de 60 ans, qui présentait un réveil tardif d'une ostéomyélite survenue à 18 ans, a été suivi de guérison simple. L'auteur et le rapporteur signalent la difficulté et l'inutilité de la fixation des greffons dans la cavité.

Indications de la splénectomie. — M. ***Lecène*** rapporte une observation de M. Lombard (Alger). Un homme de 25 ans, au cours d'hématémèses à répétition, présenta une splénomégalie intense. Sans aucun antécédent, ni de paludisme, ni de syphilis, ni de dysenterie. Avec une formule leucocytaire normale on note 3.640.000 G. R. On décide de pratiquer la splénectomie ; celle-ci fut facile et bien supportée, mais au 15e jour, après un accès fébrile, apparaît du mélæna avec coliques violentes et le malade meurt 27 jours après l'opération. La rate présentait des infarctus avec lésions de splénite et de thrombophlébite.

M. **Lecène** range cette observation dans les cas de *pyléthrombose* qu'il faut distinguer de la maladie de Banti, d'ailleurs elle-même si peu individualisée.

Ces cas de thrombose de la veine splénique avec splénomégalie secondaire entraînent un échec du traitement chirurgical soit immédiat, soit tardif, il peut y avoir reprise des hémorragies après cinq mois (Lecène), après deux ans (Mayo). Au contraire, les splénomégalies primitives sans phlébite du tronc porte sont suivies, après splénectomie, de résultats durables et satisfaisants.

Les fausses tumeurs inflammatoires de la région cæco-appendiculaire. — M. ***Sauvé*** pratique, dans les cas de tumeur cæco-appendiculaire, une exploration radiologique du côlon, après avoir repéré cette tumeur par un ruban métallique malléable. Si l'ombre cæcale est notablement séparée du repère métallique, la tumeur est extra-colique, habituellement appendiculaire. Dans 7 cas, vérifiés opératoirement, M. Sauvé a pu éliminer la tuberculose ou le cancer et faire le diagnostic d'appendicite. Dans 2 autres cas, l'opération ne fut pas pratiquée, mais sous le traitement médical la tumeur a rétrocédé et l'évolution a confirmé le diagnostic.

Il faut connaître ces appendicites à forme de tumeur, évoluant sans fièvre, chez un malade de 40 à 60 ans, et qui peuvent prêter à confusion.

SOCIETÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mai 1925.

Rupture partielle du biceps gauche et du musculo-cutané, dix ans après une rupture du biceps droit chez un sujet surentraîné par la gymnastique d'agrès. — MM. ***Thiel*** et ***Minot***. — L'accident est dû à la mauvaise qualité de la fibre musculaire acquise par une méthode d'entraînement trop systématique.

La méthode des poids légers et des cadences rapides donne une qualité de muscle différente, beaucoup moins sujette à la rupture.

Méningite tuberculeuse ayant simulé une encéphalite avec amélioration temporaire considérable par la médication salicylée intraveineuse. — MM. ***Ph. Pagniez***, ***J. Corby*** et ***A. Escalier*** rapportent l'observation d'une jeune fille de 19 ans, morte d'une méningite tuberculeuse avec lésions classiques et nombreux bacilles dans le liquide après une évolution de près de 4 mois au cours de laquelle la maladie simula de façon complète une encéphalite caractérisée par de la fièvre, des phénomènes généraux, de la somnolence au début et des troubles oculaires (paralysie du moteur oculaire externe droit et paralysie très marquée de l'accommodation). Dans la période terminale seule survinrent des phénomènes méningés caractéristiques.

Le point le plus curieux est qu'à deux reprises, la fièvre, les phénomènes généraux et les troubles oculaires subirent une amélioration considérable sous l'influence des injections intraveineuses de salicylate de soude. La température fut à deux reprises ramenée à la normale et les troubles de l'accommodation disparurent complètement ; seule, la paralysie de la VIe paire demeura totale pendant toute l'évolution.

Cette observation s'ajoute à celles qui ont déjà été publiées pour montrer les difficultés et même l'impossibilité du diagnostic dans certains cas. Le fait rapporté par les auteurs établit que même le mode de réaction au traitement ne saurait rait constituer un critère thérapeutique de réelle valeur.

M. *Guinon* insiste sur les longues rémissions dans l'évolution de la méningite tuberculeuse en dehors de toute thérapeutique.

Forme exanthématique de la peste bubonique. — MM. ***Teissier***, ***Reilhy***, ***Cambessédes*** et ***Cathala***. — Il s'agit d'un homme envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de variole à cause d'une éruption pustuleuse et papuleuse généralisée prédominant à la face. Cet homme était en outre porteur de bubons inguinaux et cervical gauche.

L'éruption différente de celle de la variole ressemblait surtout à celle des septicémies staphylococciques. L'examen du pus des pustules cutanées, la ponction des ganglions, l'hémoculture, montrèrent des amas considérables de bacilles de Yersin. L'autopsie révéla des lésions nécrotiques des différents viscères, surtout des reins où il s'agissait de lésions véritablement pustuleuses.

Il existe donc une forme exanthématique de la peste, forme d'ailleurs exceptionnelle. La sérothérapie a été impuissante, sans doute, parce que, trop tardive, alors que les lésions viscérales étaient déjà constituées.

Asthénie et syphilis. — MM. *Pr. Merklen* et *A. Devaux*, à propos de diverses observations récemment parues, rappellent qu'ils ont insisté sur l'origine syphilitique de certaines asthénies. Les antécédents personnels et héréditaires, les réactions sérologiques l'efficacité du traitement spécifique et l'inefficacité des autres thérapeutiques, permettent de dégager cette modalité d'asthénie, dont plusieurs faits sont peu à peu venus montrer le bien-fondé.

Il est bien évident que le diagnostic doit n'en être porté qu'avec discernement. De même faut-il se garder de confondre la mélancolie avec les états de dépression psychique consécutifs à l'asthénie.

Il est difficile de fixer la pathogénie de cette asthénie. Mais son origine polyglandulaire semble ressortir à la fois du rôle asthénisant bien connu de certains troubles endocriniens et de l'action non moins connue de la syphilis sur les endocrines. Elle rentre, d'autre part, dans ce que les auteurs ont nommé syphilis fonctionnelle ou méiopragique, voulant montrer par là que certains organes, sans présenter des lésions objectives, n'en sont pas moins, du fait de la syphilis, diminués dans leur rendement.

Elle prend tout naturellement place par là même à côté des anémies syphilitiques.

Un cas d'anaphylaxie à l'insuline. Essai de pathogénie des œdèmes insuliniens. — MM. *Maurice Raynaud* et *Adrien Lacroix* (d'Alger). — Au 58e jour d'une première cure insulinique apparaissent chez une patiente des accidents caractérisés d'anaphylaxie. Neuf mois plus tard ; au 7e jour de la reprise du traitement insulinien, accidents semblables aux premiers. Les résultats des recherches de laboratoire confirment la nature anaphylactique des accidents : épreuve de l'anaphylaxie passive, positive ; épreuve des précipitines, positive également.

Les auteurs frappés du pouvoir floculant de l'insuline vis-à-vis des sérums, pensent que ce corps est à même de déterminer des chocs colloïdoclasiques. A la lumière de cette conception, ils passent en revue les faits anormaux observés au cours des cures insuliniques : hydrémie sanguine, œdèmes tissulaires, baisse de la pression artérielle, modification de la coagulabilité, sanguine ; accidents convulsifs sans hypoglycémie et trouvent dans les communications des divers auteurs des arguments en faveur de l'origine colloïdoclasique de ces accidents.

Névrite du circonflexe et diabète. — MM. *Emile Sergent* et *Henri Kaufmann* relatent l'observation d'une malade, qui ne se savait pas diabétique, présentant une scapulalgie et des troubles moteurs du deltoïde. Ils mentionnent plusieurs autres observations analogues de sujets diabétiques chez qui les phénomènes sont plus accentués encore : douleurs irradiées jusqu'aux extrémités digitales, point névralgique axillaire, troubles de la sensibilité dans la zone cutanée innervée par le nerf circonflexe, atrophie plus ou moins marquée du deltoïde avec réaction de dégénérescence. Ces auteurs attirent particulièrement l'attention sur le fait que l'un d'eux a constaté assez souvent la névrite du circonflexe chez des malades qui ignoraient leur diabète. Il leur a paru intéressant de signaler ces observations qui tendent à établir la valeur séméiologique de la névrite du circonflexe dans le dépistage du diabète.

Grand abcès du poumon à streptocoque. Guérison spontanée. — MM. *A. Lemierre*, *M. Léon Kindberger* et *Ed. Bernard* rapportent l'histoire d'une femme qui fut prise brusquement de fièvre et d'un point de côté gauche. Cinq jours plus tard survint une vomique fractionnée. L'examen bactériologique des crachats donna un streptocoque à l'état de pureté ; le même microbe fut trouvé à l'état de pureté : le même microbe fut trouvé à deux reprises dans le liquide séro-fibrineux d'une pleurésie développée au voisinage du foyer pulmonaire. La constatation à l'auscultation des signes cavitaires et l'image radioscopique ont permis de conclure à l'existence d'un grand abcès du poumon.

La guérison de cet abcès est survenue spontanément au bout de trois mois. Cette assez longue évolution a été marquée par cinq rechutes de courte durée, séparées par des intervalles de grande amélioration.

Les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel de leur observation. Les abcès du poumon à streptocoque surviennent toujours au cours des septico-pyohémies streptococciques graves et sont toujours suivis de mort. C'est sans doute parce que la période de bactériémie streptococcique (dont le point de départ est resté inconnu) a été très transitoire et parce que l'infection s'est d'emblée localisée au poumon que la guérison a pu se produire. Le fait que cette guérison ait pu être obtenue en dehors de toute intervention directe, pneumothorax ou pneumotomie, n'est pas moins digne d'être signalé.

Guérison d'une perforation broncho-pleurale large dans un pneumothorax artificiel par thoracoplastie combinée avec l'oléothorax. — M. *Burnand* (de Leysin).

Pneumothorax et maternité. — M. *A. Pellé* (de Rennes) rapporte quatre observations de femmes traitées par le pneumothorax chez lesquelles est survenue une grossesse. Dans un cas seulement il y a eu fausse couche au bout de cinq mois, dans les trois autres, la grossesse a évolué normalement pour aboutir à un accouchement normal avec un enfant sain et bien constitué. Dans aucun cas il n'y a eu d'aggravation de la tuberculose pulmonaire. Le pneumothorax restaurerait donc l'aptitude à la maternité et c'est là un nouvel aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax sur lequel Rist et Hirschberg ont récemment insisté.

Un cas tunisien de kala-azar chez l'adulte. — MM. *E. Burnet* et *F. Masselot* rapportent le deuxième cas de kala-azar d'adulte observé en Tunisie, où, sur 68 cas diagnostiqués par l'Institut Pasteur, de 1904 à 1925, aucun ne concernait un sujet âgé de plus de 9 ans.

Il s'agit d'une femme de 38 ans qui a succombé à une maladie intercurrente avant qu'on ait pu commencer le traitement spécifique.

Paralysie diphtérique avec réactions méningées.— MM. *L. Babonneix* et *L. Pollet* rapportent l'observation d'un sujet qui, à la suite d'une angine blanche d'apparence bénigne, fut pris d'une paralysie du voile, suivie de troubles visuels, suivis eux-mêmes de phénomènes indiquant l'existence d'une paralysie généralisée, d'ailleurs discrète.

A la ponction lombaire, pratiquée plus de deux mois après le début des accidents, on trouve une assez forte lymphocytose 40 lymphocytes par cmc) et une hyperalbuminose non moins nette (0.58), de type inflammatoire, comme le montra le rapport $\frac{\text{fibromogène}}{\text{Albumines totales}}$ Ce cas montre à nouveau que, dans la paralysie diphtérique, la réaction méningée n'est pas toujours dissociée, et qu'elle peut être totale,

Un cas de septicémie à entérocoque. — M. *Brelet*. — Le diagnostic fut fait par l'hémoculture ; la fièvre présenta, au début de la maladie, le type intermittent, ce qui a déjà été signalé dans l'entérococcie.

Leucémie lymphoïde chronique à type splénique pur. — MM. *Ch. Morel*, *Jean Tapie* et *L. Bounhoure* (de Toulouse) rapportent un nouveau cas de leucémie lymphatique chronique à type splénique. Au point de vue clinique, le malade, âgé de 71 ans, se présentait comme un grand anémique avec énorme splénomégalie, sans la moindre hypertrophie ganglionnaire. L'examen hématologique montrait une augmentation considérable du nombre des globules blancs : la plupart de ces éléments avaient les caractères cytologiques du « moyen mononucléaire ». Après avoir été remarquablement amélioré par la radiothérapie, le malade a brusquement succombé. L'autopsie a permis de constater, en même temps que les lésions habituelles des lymphomatoses leucémiques, l'existence de récentes lésions hémorragiques, de la rate.

Les auteurs envisagent les hypothèses par lesquelles on a

voulu expliquer la pathogénie de cette curieuse variété de leucémie. Ils insistent d'autre part sur la gravité des processus hémorragiques qui viennent assez souvent précipiter l'évolution des leucémies. Ils discutent enfin le rôle de la radiothérapie dans le déterminisme de ces accidents.

Léon GIROUY.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du mardi 12 mai 1925

Vœu relatif à la préparation des extraits opothérapiques. — En présence des applications toujours plus nombreuses de l'opothérapie, soucieuse de l'innocuité et de l'efficacité des produits utilisés, renseignée sur les difficultés de la récolte des organes, et la courte durée de leur conservation,

La Société de Pathologie comparée émet le vœu ;

1° Qu'un contrôle rigoureux veille à l'origine anatomique, à la propreté méticuleuse de la récolte, au transport, à la conservation, à la manipulation et au traitement des organes destinés à la préparation des produits opothérapiques.

2° Qu'une règlementation, analogue à celle qui existe pour les sérums et les vaccins, soit édictée pour les produits opothérapiques.

A propos de l'athérôme chez le cheval. — M. *Prévost* rappelle que le Prof. Ball, de Lyon, a montré que l'athérome du cheval est celui qui rappelle le mieux celui de l'homme, qu'il existe chez cet animal un athérome spontané et la coexistence de l'athérome avec la thrombose de l'aorte postérieure qui représente chez cet animal, comme chez l'homme, une complication de l'artérite chronique athéromateuse.

M. Prévost a recueilli une observation qui confirme l'opinion du Prof. Ball.

Hémorrhagie intra-péricardique. Rupture d'un anévrysme des artères coronaires. — M. *Prévost* relate une observation, avec autopsie complète, recueillie sur un cheval dont la maladie de cœur a évolué silencieusement et semble avoir eu pour cause essentielle le surmenage et les privations alimentaires de toutes sortes imposées par la guerre.

Comparaison de la résistance dans les états pathologiques entre les races anglo-saxonnes et les races latines. — M. *Gérin-Lajoie*. — Une expérience de 25 ans aux Etats-Unis, appuyée sur les statistiques des divers pays, montre que certaines classes de maladies, scarlatine, pneumonie, grippe, anémie pernicieuse, cancer, sont plus fréquentes et plus graves dans les pays anglo-saxons, peuples qui sont surtout des mangeurs de viande, alors que les peuples latins sont plutôt des mangeurs de légumes et de pain.

Les viandes augmentent la toxicité intestinale et celle-ci retentit sur tout l'organisme et surtout sur le foie. Cette toxicité diminue les moyens normaux de défense de l'organisme et favorise le développement des associations microbiennes, dont la gravité est plus grande chez les anglo-saxons que chez les latins.

Quelques considérations étiologiques sur les anémies humaines, par M. *Prosper-Emile Weill.* — Du magistral exposé de la question des anémies ressort :

a) Que les anémies humaines, légères ou graves, sont déterminées soit par des infections, soit par des intoxications, soit par des hémorrhagies.

b) Que la différence symptomatique des anémies et de leur évolution (anémies légères ou graves) tient, soit à l'intensité d'action de la cause hémolysante lésant le sang ou les organes hématopoiétiques, soit au terrain organique normal ou atteint de débilité congénitale hématique.

Chez les animaux, moins sujets à des intoxications que l'homme, les anémies relèvent vraisemblablement d'infections. Il importe de fixer leur étiologie d'autant qu'on voit par le cas de Peters, que certaines de ces anémies peuvent exister dans l'espèce humaine et que nous ignorons à peu près tout encore de ce coin de nosographie.

L'étude des affections du sang offre un terrain où la collaboration des médecins et des vétérinaires pourrait se montrer particulièrement efficace.

Ch. GROLLET

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mai 1925.

Ostéosynthèse. — M. *Dagron* s'appuie sur l'observation de trois blessés qu'il soigne en ce moment pour être de l'avis de M. Dupuy de Frenelle qui conseille de pratiquer délibérément l'ostéosynthèse dans les fractures des deux os de l'avant-bras, et il recommande de mobiliser au plutôt et avec soin les articulations en cas d'ostéosynthèse nécessairement indiquée dans certaines fractures juxta-articulaires.

Etiologie de l'écartement anormal des oreilles. — M. *Houlié* a présenté les observations de 16 sujets à oreilles écartées. Tous avaient un Bordet-Wassermann (antigène Desmoulière) positif à des degré divers, tous présentaient une pression anormale, avec une denture anormale.

La syphilis d'un ou des géniteurs a été retrouvée 4 fois, la suspicion existait dans 7 cas. Le traitement antisyphilitique a amélioré tous ces malades ; la syphilis héréditaire paraît certaine chez eux. Rapprochant ces faits de faits analogues présentés il y a 2 ans, M. Houlié incrimine l'hérédité tréponémique dans la genèse de cette malformation.

A propos des résultats discordant de la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. *Galliot, Aureille et Gerbay*, par une observation sérologique typique, montrent que les sérums dits « paradoxaux » c'est-à-dire qui donnent des réactions différentes à quelques jours d'intervalle, ne sont que des sérums possédant soit un pouvoir hémolytique anti-mouton naturel variable, et qu'il faut doser chaque fois, soit un pouvoir anticomplémentaire plus ou moins marqué dont il faut tenir compte. Ils concluent qu'en pratique, pour éviter toute cause d'erreur, il faudrait par principe considérer tout sérum comme difficile à examiner, et devant être l'objet d'une étude approfondie. Malheureusement, il est impossible dans les laboratoires hospitaliers de consacrer à chaque sérum tout le temps qui serait nécessaire en raison du nombre chaque jour, plus considérable d'examens à effectuer.

A propos de la méthode de Botelho (séro-diagnostic du cancer). — M. *Léopold Lévi* attire l'attention sur la réaction de Botelho. Ce sérum ramené à un taux rétractométrique de 80 pour 1000 d'albumine traité en présence d'acide azotique faible par une solution iodo-iodurée fournit un *précipité stable*, lors du cancer du sujet. Les résultats positifs de ce séro-diagnostic ont fourni un pourcentage de 80 % environ par l'intervention chirurgicale. Dans le cancer expérimental du lapin, le Botelho a été positif dans tous les cas.

Jeûne thérapeutique et vaccins dans la furonculose. — M. *Marcel Natier*, après 2 cures de jeûne, 7 jours chacune, à 1 mois d'intervalle, a enrayé et guéri définitivement, en 6 semaines, une furonculose rebelle, sans cesse aggravée, depuis 4 ans. Jusque-là, résultats thérapeutiques éphémères (préparations d'étain vaccinations : « vaccin de Delbet », stock-vaccin de Pasteur « auto-vaccin »). Echecs infaillibles, chez un sujet de 26 ans, auto-intoxiqué à fond, réduit au désespoir avec idées de suicide. Jamais, en effet, aucun souci de tarir par amendement convenable et nécessaire du terrain, la source permanente d'infection.

Préparations de sérovaccins avec le sérum du malade. — MM. *Deseaux et Binetti.* — Pour accroître la spécificité des vaccins, les auteurs cultivent le microbe pathogène soit sur le sang total du malade, soit sur le sérum décanté, solidifié par le chauffage, soit enfin sur un mélange en proportion convenable de gélose avec du sang ou du sérum du malade. Les résultats obtenus sont, surtout pour le gonocoque et le streptocoque, supérieurs à ceux que donnent les autovaccins habituels. Les auteurs étudient actuellement comme milieux de culture les autolysats des divers organes.

A. LAVENANT.

ANALYSES

Considérations sur la pathogénie de la crise d'asthme et son traitement par la belladone totale. (NIGOUL-FOUSSAL. *Gazette des hôpitaux*, 30 avril 1925.)

L'auteur insiste sur la fréquence de la tuberculose et d'une lésion tuberculeuse méconnue, parce que silencieuse, à l'origine de la crise d'asthme.

La *crise d'asthme étant fonction d'hypervagotonie*, son traitement consiste dans l'utilisation d'une thérapeutique inhibitrice de l'irritabilité du pneumogastrique. Avec Lian, Joannin et les anciens auteurs, comme Germain Sée et Trousseau, le Dr Nigoul-Foussal préconise l'emploi de la belladone : « La belladone est à l'asthme ce que la digitale est à l'asystolie ». Mais il ne peut être question, ici, des préparations galéniques si variables en principes actifs et si inconstantes dans leurs effets cliniques. Il s'agit de la belladone totale ou bellafoline qui représente, à l'état pur, solubles et rigoureusement dosés, tous les alcaloïdes, principes actifs de l'atropa belladona.

Parmi eux, ce qui domine, c'est comme dans la plante elle-même, l'hyoscyamine lévogyre et non pas l'atropine ; et il est démontré que la belladone totale employée à la même dose que l'atropine possède une activité clinique deux fois plus forte.

L'auteur a pu arrêter promptement la crise d'asthme chez un grand nombre de malades par cette thérapeutique, et, il insiste sur la nécessité d'une posologie précise « c'est, dit-il, une question de dose, et il faut attaquer le syndrome hypervagotonique par une posologie adéquate à l'intensité du spasme».

Il faut, dans la crise d'asthme, utiliser la voie sous-cutanée ou intra-musculaire et injecter une ampoule en moyenne d'un 1/2 milligramme, Löffler a injecté deux ampoules de bellafoline (au total un milligramme).

Pour éviter le retour des crises, il faut faire prendre au malade à 7 heures du soir, et au coucher, XV à XX gouttes de belladone totale, et cela, pendant une huitaine de jours, quitte à revenir à cette dose, en dehors des crises, pendant 10 à 12 jours, par mois.

On soumettra, bien entendu, les malades au traitement causal (désensibilisation quand l'anaphylaxie est en jeu, cautérisation de la muqueuse nasale, traitement de la tuberculose, etc.).

Le Mont-Dore est, en outre, à conseiller dans la plupart des cas.

Contribution à l'étude d'une eau minérale radio-active. La Source des Romains de Sail-les-Bains. (Étude physique, bactériologique et expérimentale), par le Dr R. BOLZINGER. In-8° 80 p. Imp. Bosc, Lyon, 1925.

L'étude de la radioactivité des sources de la station hydrominérale de Sail-les-Bains permet de les classer en deux grands groupes :

a) Le groupe Du Hamel (source Du Hamel, d'Urfé et Maxime);
b) Le groupe des Romains (source des Romains, Bellety et Persigny).

Ces deux grands groupes, de composition chimique et de caractères physiques semblables, diffèrent essentiellement l'un de l'autre par le taux de leur radio-activité au griffon.

L'eau de la Source des Romains est caractérisée :

a) Au point de vue chimique ; par sa faible minéralisation : 0 gr. 38 de résidu fixe par litre (bicarbonates mixtes, silicates) ;

b) Au point de vue physique : par des constantes voisines de l'eau pure (point cryoscopique, résistivité électrique, tension superficielle, indice de réfraction, densité, Ph), par une radioactivité de 67,09 millimicrocuries par litre d'eau au griffon ;

c) Au point de vue bactériologique, par son extrême pureté. Nous n'avons pu constater aucune action bactéricide.

Les gaz de la Source des Romains sont :

a) Des gaz spontanés, formés dans leur presque totalité, d'azote, de gaz rares (ensemble 97,94 %), et d'émanation du radium possédant au griffon une radioactivité de 214,1 millimicrocuries par litre.

b) Des gaz dissous dans l'eau, renfermant en plus des gaz rares et de l'azote (48 %), une proportion importante de CO_2 (40,5 %) et d'O (11,43 %).

L'injection prolongée de cette eau radioactive nous a montré chez le cobaye principalement :

a) Une action sur le sang, consistant en :

Une augmentation du nombre des globules rouges ; une augmentation transitoire du nombre des globules blancs, suivie de leucopénie légère ; une mononucléose à prédominance lymphocytaire. La coagulation paraît, dans l'ensemble, retardée, et la résistance globulaire n'est pas altérée.

b) Une action sur le rein : diminution passagère de la diurèse, dans les premiers jours du traitement, suivie d'une augmentation importante qui persiste jusqu'à la fin.

c) Une action sur l'état général : augmentation constante du poids.

d) L'impression d'une plaque photographique a pu être obtenue avec des cobayes traités à de fortes doses d'eau des Romains.

e) L'examen histologique des organes de nos cobayes traités nous a montré principalement des lésions congestives légères.

f) Nos expériences sur l'action antianaphylactique de l'eau des Romains ne nous ont donné que des résultats inconstants en faveur d'une action désanaphylactisante.

L'observation clinique traditionnelle a établi que la source Du Hamel est indiquée dans les affections telles que les dermatoses et l'arthritisme sous ses nombreuses formes. Ses effets trouvent leur meilleure explication dans l'intervention de la radioactivité. La haute teneur en émanation du radium de la source des Romains, source non encore étudiée au point de vue thérapeutique, permet de prévoir pour elle des effets identiques, mais considérablement renforcés et susceptibles d'être étendus à d'autres états morbides.

BIBLIOGRAPHIE

Anthologies Illustrées des Provinces Françaises. La Bretagne, par Anatole Le Braz, 1 volume 147 gravures et une carte. Broché 15 francs. H. Laurens, éditeur, 6 rue de Tournon, Paris, VI[e].

Dans la collection des « Anthologies Illustrées des Provinces Françaises » publiée par la Librairie H. Laurens, paraît la *Bretagne* par Anatole Le Braz. Nul n'était plus qualifié que le grand écrivain de la Bretagne pour parler de cette province si pittoresque et si attachante, aimée et visitée de tous. Anatole Le Braz donne dans cet ouvrage le meilleur de son savoir et de son cœur.

En des pages émouvantes l'auteur étudie le paysage breton, l'originalité bretonne, la variété bretonne, l'histoire, les arts et les lettres. Toute la Bretagne revit avec sa mer, sa lande, sa langue, son costume, ses monuments et tout ce qui fait son charme.

L'étude est suivie d'une anthologie où nous retrouvons les plus belles pages écrites sur la Bretagne depuis Madame de Sévgné, Chateaubriand, Hugo, Lamennais, Michelet, Flaubert, Brizeux, jusqu'à Renan, Taine, Anatole France, Pierre Loti, Geffroy et bien d'autres.

Ce volume est fait pour plaire à tous ceux qui s'intéressent aux beautés de notre sol national. L'ouvrage est digne des autres volumes qui ont déjà paru dans les « Anthologies Illustrées des Provinces Françaises », *La Normandie*, *La Touraine Le Dauphiné*, *La Bourgogne*, *La Franche-Comté*, *Le Bourbonnais et le Berry*, *L'Auvergne*.

Chantilly. Les Peintures, par Gustave Macon, 1 vol. 28 ill. de la Collection « Memoranda » Prix : 3 fr. H. Laurens, éditeur, 6, Rue de Tournon, Paris.

Ce nouveau volume, d'une collection classique, comporte l'histoire du musée, la liste des peintures qui y sont conservées et 28 excellentes reproductions des plus célèbres d'entre elles.

L'Enchantement breton, par André CHEVRILLON. 1 vol. Prix : 7 fr. 50 Plon-Nourrit, 8, rue Garancière, Paris.

C'est plutôt un proche passé qu'un présent que M. Chevrillon fixe dans ces pages, un enchantement moribond, une physionomie en train de changer, une âme et des lignes qui demain ne seront plus les mêmes.

En artiste, en philosophe, en littérateur M. Chevrillon a interrogé l'antique terre Kymrique, et comme il l'interrogea en l'aimant, il nous donne des réponses vivantes, profondes, complètes.

A Travers le Quartier Latin, par Octave CHARPENTIER. Plus de 200 dessins à la plume de SACHA FINKELSTEIN et Paul BAUDIER, 1 vol. in-8° sur alfa. : 15 fr. Plicque, édit. 7, rue Honoré-Chevalier, Paris.

La masse documentaire de « *A Travers le Quartier Latin* » n'a pu permettre à l'auteur de s'amuser à ces flâneries poétiques et fantaisistes, dont le style à la fois aimable et piquant nous séduisit maintes fois dans « *A Travers Montmartre* » C'est que, tenant à ramasser dans un volume de même importance que le précédent, l'essentiel du « *Quartier Latin* », il a dû procéder à des éliminations, à des tassements indispensables : sans hésiter, il a eu le rare mérite de sacrifier la littérature à la réalité, aimant mieux être moins brillant et plus vrai. Et l'étudiant qui vécut au Quartier et l'aima, ne pourra trouver meilleur livre. album plus artistement évocateur.

Les remarquables croquis de Finkelstein et de Paul Baudier, font de cet ouvrage un riche musée documentaire.

Octave Charpentier nous donne donc ce qui manquait sur le Quartier Latin : un livre honnête et complet, tableau à la fois puissant et détaillé ; un livre qui rappellera à tous ceux qui bâtirent leur vie sur l'étude, le vieux faubourg de la gaîté, l'enclos grave et pittoresque de la Cité du savoir. Par lui, ils revivront leur jeunesse, proche ou lointaine et se recueilleront avec joie dans le souvenir.

Histoires Marseillaises, par Edouard RAMOND, 1 vol. Prix : 7 fr. 50 Editions de France, Paris.

Sous ce titre, vient de paraître aux *Editions de France*, sous une couverture des plus amusantes, le plus divertissant des recueils de galéjades. M. Ramond a eu une excellente idée en réunissant ces centaines d'*Histoires Marseillaises* qui sentent le cabanon et toutes les épices dont son atmosphère est habituellement saturée. Ce n'est pas un livre pour jeunes filles, non, quoique, aujourd'hui... Mais c'est un aimable compagnon de voyage, ou de promenade, ou de repos *at home*. Certainement aucun de ceux qui se le procureront ne sera d'un autre avis.

La Revue Hebdomadaire publie dans son numéro du 6 Juin 1925 : **Au Maroc : Notes de Voyage**, par Emile HENRIOT. — **L'offensive D'Abd El Krim**, par Wladimir d'ORMESSON. — **Un homme d'amour ou la vie de Franz Liszt.** — **II. La Jeunesse**, par GUY DE POURTALÈS. — **L'homme fragile**, par Georges ANDRÉ-CUEL. — Abonnement : France ; un an, 60 fr. ; 6 mois, 34 fr. ; Etranger; un an, 75 fr. ; 6 mois, 40 fr. Le numéro : 2 fr. (Plon, 8 rue Garancière — Paris.

La Revue de l'Art — Sommaire du n° de mai 1925 :

I. Histoire générale de l'art : A propos de l'exposition du paysage français : les sources des « Bergers d'Arcadie » par H. Lemonnier. — L'Ancien art roumain (I), par H. Focillon. — Le nouveau musée Carnavalet, par P. Dorbec. — L'exposition des Arts décoratifs (I), La Section française, quelques aspects, par Y. Rambosson.

II. *Chroniques* : Art ancien : un tableau inconnu de Vermeer : « La jeune femme au chapeau rouge », par P. Lavallée. — Art contemporain. Le XXXVIe salon des Indépendants. Les livres : nouvelle anatomie artistique du corps humain. — L'architecture italienne au XVe siècle.

III. *Bulletin*. Notre tribune : L'Inauguration de l'exposition des Arts décoratifs. — Actualité : Préludes à l'exposition du paysage français. — Echos et nouvelles. Informations. Les Expositions. Les ventes. La vie artistique à l'étranger. Les Livres. Les grandes ventes prochaines : Lehman, Becq de Fouquière, Duc de Grammont, Durighiello.

Gravures hors-texte : L'Exposition des Arts décoratifs : La cour des métiers. Le théâtre.

100 illustrations dans le texte.

Le n° 12 fr. 50. Ab. un an : 100 fr., étranger 150 fr. La Revue de l'Art, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

Le Mont Cervin, par Guido Rey. Traduit de l'italien par Madame L. Espinasse-Mongenet. Grande édition illustrée. Un volume in-4° écu de XVI-266 pages orné de 48 planches hors texte en héliogravure et de nombreux dessins à la plume dans le texte de Ed. Bubino, avec fausse couverture en sept couleurs reproduisant un tableau d'Albert Gos, sur le Cervin. — Prix : 85 francs.

Tirage de luxe. — Le même ouvrage sur Arches pur fil, numéroté de 1 à 100, avec la double suite des planches hors texte tirée en bistre. — Prix : 150 francs ; franco 152. (Librairie Dardel, Chambéry).

Alors que les éditions de grand format du chef-d'œuvre de Guido Rey avaient paru dès longtemps en italien, en anglais et en allemand, le public français attendait encore ce qui lui était dû : un bel ouvrage composé soigneusement avec toutes les ressources offertes par la technique moderne des arts graphiques.

L'illustration photographique de cette belle édition a été particulièrement bien étudiée et choisie parmi plusieurs centaines de documents. On y trouvera parfois de l'inédit, tel ce portrait de Whymper à 25 ans (année de la conquête du Cervin). qui ne fut jamais reproduit dans aucun ouvrage français. Cette illustration jalonne la grande traversée du Cervin, de Valtournanche à Zermatt, avec des incursions historiques sur les différentes arêtes de la célèbre montagne.

Ce monument typographique vient à son heure : on célébrera en 1925 le soixantième anniversaire de la première conquête du Cervin (le 50e n'avait pu être célébré en 1915) et sa publication ne peut manquer d'intéresser et de réjouir tous les nombreux « amis du Cervin ».

Hystérie, par le docteur Jean Vinchon, 1 vol. de la collection « La culture moderne ». Prix : 2 fr. (Stock, édit.)

Cette étude est, en quelque sorte, l'historique de l'hystérie. Il faut remonter au XVIe siècle pour trouver une première tentative d'explication de cette mystérieuse névrose et aussi un essai de traitement... par les parfums... Au XVIIe siècle, les vapeurs sont extrêmement à la mode... Et le Docteur Vinchon nous conte la savoureuse histoire de Mme de Cligny, que soigna le célèbre docteur Romime (régime des bains et eau de poulet). Et puis nous arrivons au mysticisme teinté d'érotisme avec les étranges « sujets » du cloître Saint-Médard.

Enfin, le docteur Vinchon analyse les œuvres des Charcot, Janet, Freud, Babinski et souligne le point capital des recherches de ces savants, qu'il renoue en s'appuyant sur l'observation psychologique et la psychanalyse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

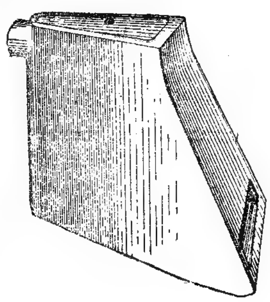
VIENNENT DE PARAITRE :

Les fractures des mâchoires en pratique, par le Dr Duchange, in-8., 540 p., 288 fig. et schémas : 45 fr. (Maloine).

Puberté et maturité sexuelle, par Ed. Retterer, in-8. 212 p., 25 fig. : 10 fr. (Doin).

L'Angine de poitrine, par Sir James Mackenzie, trad. de l'anglais. in-8. 67 fig. dans le texte. 25 fr. (Alcan).

Les curiosités de la Médecine. Curiosités et anomalies du corps humain, par le Dr Cabanès. in-16, 330 p. : 10 fr. (Le François).





FONDÉ EN 1873. — N° 25. Le Numéro : 50 Centimes 20 JUIN 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies.......... 30 fr
Belgique et Italie........... 40 fr
Union postale............... 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Consultation écrite.

Séance du 4 juin : MM. Mouquin 19,09, Moreau 20, Léon Kindberg 19.

Séance du 6 juin. — MM. Carrié 19,27, Chevalley 19, Hutinel 20, Levesque 19, Nicaud 19,

Séance du 7 juin . — MM. Alajouanine 19,27, Pruvost 20, Hagueneau 19,09, Gutmann 19,36, Jacquet 19,36.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Epreuve écrite. *Séance du 4 juin.* — Question donnée : *Zonule de Zinn et accommodation.* — MM. Hartmann 28, Cousin 26, Montbrun 30, Lagrange 29.

Epreuve clinique. — *Séance du 5 juin.* — MM. Lagrange 17, Cousin 17.

Séance du 8 juin. — MM. Hartmann 20, Montbrun 20.

Concours de chirurgien des hôpitaux. — Epreuve écrite. — *Séance du 9 juin.* — Questions données : *Anatomie descriptive du canal déférent. Fractures récentes de l'extrémité inférieure de l'humérus.*

Questions restées dans l'urne : *Artère mésentérique supérieure et diagnostic et traitement des invaginations intestinales.*

Veine jugulaire interne et kystes et pseudo-kystes du pancréas.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses. — 8 *juin.* — M. Katzitch. La dilatation des joues dans l'industrie et dans l'art. — M. Vidal (F.). Etude de l'infarctus du myocarde. — M. Grellety-Bosviel. La circulation veineuse périphérique.

9 *juin.* — M. Dermegditchian. Etude de la linite gastro-intestinale. — M. Boccard (H.). La forme asphyxiante de la carcinose du poumon. — M. Niel. Etude clinique et thérapeutique des rhumatismes chroniques. — M. Jarrige-Lemas. L'épilepsie de Kojeonikow.

11 *juin.* — M. Pinard (G.). Rhumatisme vertébral. — M. Debray. Etude de l'histologie pathologique du rachitisme. — M. Giberton. Etude chimique et biologique de quelques sucres.

M. Tétau (P.). Etude clinique des tumeurs mixtes du rein chez l'enfant. — M. Subileau. Etude des paralysies oculaires d'origine orbitaire.

(Thèses vétérinaires). — M. Franc. Maréchalerie (fers, etc.). — M. Milcamps. Observations sur la maladie des chiens.

Faculté de Lyon. — Le doyen de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon est autorisé, à accepter, aux clauses et conditions énoncées dans les testaments susvisés, en date des 13 février 1922 et 29 février 1924, les legs faits à ladite faculté par M. Jean-Alexandre-Eugène Lacassagne, en son vivant professeur honoraire à ladite faculté, officier de la Légion d'honneur, de la pleine propriété :

1° De la somme qui, à l'époque de son décès, sera nécessaire pour porter à 450 fr. par an le revenu annuel affecté au musée de l'histoire de la médecine et de la pharmacie ;

2° D'une somme de 3.000 fr., plus la somme nécessaire pour constituer un revenu de 350 fr. par an à affecter conformément aux conditions énoncées dans les testaments précités.

Les titres de rente, montant des deux legs, seront immatriculés au nom de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, avec mention, sur l'inscription, de la destination des arrérages.

Ecole d'Amiens. — Un concours s'ouvrira, le 16 décembre 1925, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Agrégation. — La date d'ouverture de la session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie, est fixée au 3 décembre 1925.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur académie.

Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture de la session.

Ecole de Dijon. — Par décret du 10 juin 1925, le directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon est autorisé à renoncer, au nom de cet établissement, au legs fait par M. Léon-Louis Aubin.

Commission du Codex. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts en date du 13 juin 1925, M. Garnal, pharmacien à Cahors, est nommé membre de la commission du Codex.

Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation de médecine (Session de janvier 1925). — 3e *division. Section unique. Médecine.* — Académie de Paris : Alajouanine, 36 ; Blum, 34 ; Bordet, 32 ; Cathala, 31 ; Deschamps, 33 ; Hagueneau, 34 ; Hutinel, 34 ; Jacquelin, 36 .

Académie d'Aix : Berthier, 32 ; Giraud, 34 ; Piéri, 30 ; Fuccarelli, 32.

Académie de Bordeaux : Aubertin, 30 .

Académie de Lille : Auguste, 33 .

Académie de Lyon : Barbier, 32 ; Bernheim, 37 ; Bertoye, 32 ; Bocca, 30 ; Colrat, 31 ; Dechaume, 32 ; Gaté, 32 ; Langeron, 33 ; Martin, 32 ; Morenas, 30.

Académie de Montpellier : Boulet, 30 ; Siméon, 32 ; Puech, 30.

Académie de Nancy : Abel, 36.

Académie de Strasbourg : Wolf, 31.

Démonstrations pratiques des techniques récentes de séméiologie et de thérapeutique gastro-entérologiques. — Le Dr René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera, du 3 au 8 août, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement :

Le lundi 3 août : *La gastrotonométrie clinique* (nouvelle méthode d'exploration de l'estomac, basée sur l'étude de sa musculature). Instrumentation. Technique. Applications thérapeutiques : insufflations gazeuses d'O et de CO^2, massage pneumatique de l'estomac dans les atonies et dans le spasme.

Le mardi 4 août : *L'analyse fractionnée du chimisme gastrique*, à l'aide de la sonde d'Einhorn. Applications pratiques pour l'étude de l'évolution digestive et l'action des médicaments dans les diverses dyspepsies.

Le mercredi 5 août : *Le tubage duodénal* dans ses indications diagnostiques des affections duodénales, biliaires et pancréatiques. Ses applications thérapeutiques : l'*alimentation duodénale* dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux ; le *drainage non chirurgical* des voies biliaires dans le traitement des ictères et des cholécystites.

Le jeudi 6 août : Exposé résumé des *méthodes de coprologie* dans leurs applications à la clinique des maladies des voies digestives (examen macro et microscopique des fèces, présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes.)

Syndrome coprologique des colites. Le *traitement des colites chroniques* par le lavage de l'intestin de haut en bas à l'aide du tube intestinal introduit par la bouche : présentation de films.

Le vendredi 7 août : Continuation de l'exposé des méthodes de *coprologie clinique* (examen chimique des fèces). Réaction. Hémorragie gies occultes. Chimisme des graisses fécales). Les *pansements lavements* dans le traitement des rectosigmoïdites sous le contrôle de la rectoscopie.

Le samedi 8 août : Continuation de l'exposé des méthodes de *coprologie clinique* (examen bactériologique et parasitologique des fèces. L'émétine, les arsenicaux, le bismuth, le thymol, la thérébenthine, le chloroforme, dans le traitement des *infestations parasitaires* de l'intestin.

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire près de la surveillante de la salle Aran, hôpital Saint-Antoine ou par lettre chez le Dr René GAULTIER, 40, rue de la Bienfaisance. Paris, 8e.

Hôpital St-Antoine. (Service du Dr Félix Ramond). — *Huit jours de gastrologie pratique à l'usage des médecins praticiens.* — Du 22 au 30 juin, le Dr Félix RAMOND, avec la collaboration des Drs Ch. Jacquelin, Ravina, Darquier, Coeman, Hirchberg, Zizine et Borcesco, fera, dans son service, une série de conférences cliniques accompagnées de travaux pratiques, sur les maladies de l'estomac et du duodénum tous les matins, à 10 heures, et les après midi, à 15 heures.

Conférences critiques : 22 juin. L'examen clinique, chimique et radiologique. — 23 juin. Grands symptômes et grands syndromes gastriques. Les spasmes et les atonies dissociées, leur rôle dans les dyspepsies, leur traitement. — 24 juin. L'aérophagie. Rôle de l'aérocolie dans les syndromes sous-diaphragmatiques gauches. Les aérocolies dissociées. La ptose. La dislocation pylorique. — 25 juin. Les gastrites aiguës et chroniques. Les ulcères de l'estomac et leur traitement médical pratique. Les indications et les méthodes du traitement chirurgical. — 26 juin. L'ulcère du duodénum. Les duodénites et périduodénites. L'exploration duodénale. — 27 juin. Cancer de l'estomac. Ulcéro-cancer. Linite plastique. La syphilis de l'estomac. Les autres tumeurs de l'estomac. Les traitements chirurgicaux. La radiothérapie. — 28 juin. Les dilatations gastriques générales et segmentaires, aiguës et chroniques. Sténoses du pylore. Biloculation gastrique. — 29 juin. Dyspepsies secondaires. Importance du rôle des cholécystites. Dyspepsies nerveuses, réflexes. — 30 juin. Principes généraux de diététique. Méthodes de traitements physiques. Les médicaments de l'estomac.

Travaux pratiques. 22 juin. Examen pratique de dyspeptiques. Le tubage gastrique. Etude du suc gastrique par la méthode de Topfer-Linossier et par la recherche du pH. — 23 juin. Etude chimique du suc gastrique par la recherche du pouvoir peptique et de la concentration. Examens coprologiques utiles au diagnostic des gastropathies. Séance de radioscopie. — 24 juin. Séance de radioscopie. — 25 juin. Tubage duodénal. Examen clinique de dyspeptiques. — 26 juin. Examen clinique, chimique, cytologique, bactériologique du suc duodénal. Epreuve de Meltzer-Lyon. Sa valeur. Radiologie duodénale. — 27 juin. Séance de radioscopie gastrique et duodénale. — 28 juin. Examen macroscopique et microscopique des diverses pièces anatomiques. Projections colorées. Séances de radioscopie. — 29 juin. Gastroscopie. Séance de radioscopie. — 30 juin. Lavage gastrique. Gastrotonométrie. Massage gastrique. L'établissement d'une ordonnance pour dyspeptique.

Les conférences sont gratuites. Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, acquitter un droit de 150 francs en s'inscrivant auprès du Dr Ch. Jacquelin, salle Lorain, Hôpital Saint-Antoine.

Un certificat d'assistance au cours sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande. (*Voir la suite page 956*).

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. le Professeur NOBÉCOURT

De la lithiase vésicale chez les enfants [1]

La *lithiase urinaire* est assez fréquente chez les enfants. Sur 100 lithiasiques, on en compte, suivant les pays 20, 30, 50, 75 âgés de moins de 15 ans.

Assez souvent, il s'agit de *calculs vésicaux*, de *lithiase vésicale*. La fréquence de ces calculs varie suivant les pays et les régions d'un même pays.

La lithiase vésicale est fréquente en Angleterre, en Hollande, en Hongrie, où elle a été étudiée par de Bokay, en Russie : en 1894, Rauchfuss la rencontrait assez souvent à Moscou.

Elle est fréquente en Perse, aux Indes, où Bainbridge, en 1876, l'observait souvent à Bombay, et dans certaines villes de Chine.

Elle est assez commune en Egypte et en Tunisie, comme l'ont fait remarquer, en 1922, MM. Rigalski et Jaubert.

Elle est commune dans l'Amérique du Nord, assez commune au Brésil, surtout dans les États du nord, ainsi que l'ont signalé Rezende Puech et Souza, en 1918 ; à Sao-Paolo, Malaquias Gonzalves et Arnobio Marquès à Pernambuco, divers auteurs, à Bahia et à Para.

Par contre, dans le reste de l'Amérique du Sud, elle paraît plus rare. Le professeur Morquio m'a dit qu'il l'observait rarement à Montevideo.

En France, la lithiase vésicale est une affection rare chez l'enfant. En 1897, M. Mayet en relève une vingtaine de cas en près de trente ans à la clinique de Necker. Broca, dans sa *Chirurgie infantile*, en 1914, dit n'en avoir vu qu'une dizaine de cas « en 20 ans de chirurgie infantile, dans des services fort actifs ».

Ici même, depuis 1920, nous avons eu l'occasion d'en observer deux faits, l'un l'année dernière, et l'autre tout récemment, le petit garçon que vous avez pu voir à la salle Bouchut.

***

Voici les observations de ces enfants :

Le premier est né à terme, le 12 décembre 1921, de parents bien portants ; il a deux frère et sœur également bien portants. Il a été élevé au sein jusqu'à 9 mois, puis au biberon ; il a souffert de troubles digestifs. Il a eu une pneumonie à 2 ans.

L'affection urinaire est devenue apparente en mai 1924, à l'âge de 2 ans et 5 mois. L'enfant éprouve à ce moment des troubles de la miction et des crises douloureuses de plus en plus fréquentes. Au bout de deux mois il est amené à la consultation de M. Chevassu, qui nous l'envoie, le 28 juillet 1924.

Ce garçon, âgé de deux ans et sept mois, a de la fièvre et des signes de congestion pulmonaire aiguë qui, disparaissent rapidement. Il est peu petit, maigre, présente des déformations rachitiques. La cutiréaction à la tuberculine, le Bordet-Wassermann (H^8), le Hecht sont négatifs. L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal. Je note un phimosis assez serré, mais il n'y a aucune douleur à l'exploration des reins et de la vessie.

Les urines sont claires, ne contiennent pas d'albumine, mais renferment de nombreux cristaux d'urate de soude, de rares cellules épithéliales et leucocytes.

Le lendemain, 29 juillet, la température est de 37°6. Le matin, l'enfant a une miction normale.

A 10 heures débute une crise à laquelle nous assistons et que M. Pichon, mon chef de clinique, peut suivre pendant toute sa durée. Brusquement l'enfant se met à pousser des cris et à pleurer ; il croise ses jambes en ciseaux, se tord dans son lit, saisit à pleines mains ses organes génitaux qu'il tiraille, comprime son bas-ventre. Quelques gouttes d'urine suintent au méat.

A 10 h. 30 et à 10 h. 50, émission de quelques gouttes d'urine et défécation. Les cris continuent.

Vers 11 heures, les cris diminuent et à 11 h. 10 ils cessent. L'enfant reste tranquille et abattu.

A midi, les cris, les pleurs, l'agitation reprennent. Enfin, à midi et un quart, l'enfant a une miction assez abondante et une selle. La crise est terminée.

Dans l'après-midi, survient une nouvelle crise, moins forte et plus courte, d'une demi-heure.

Le 30 juillet, les urines sont toujours limpides, mais laissent un dépôt abondant dans lequel on trouve de nombreux globules de pus, des cellules épithéliales et des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien.

Une radiographie montre un gros calcul ovoïde occupant le centre de la vessie.

Le 4 août, l'enfant est envoyé à la clinique des voies urinaires. On pratique une taille sus-pubienne et on retire un gros calcul d'apparence phosphatique. La vessie est saine.

Malheureusement les jours suivants débute un phlegmon péri-vésical. Malgré l'intervention, l'enfant meurt rapidement.

Le deuxième malade est un petit Polonais. Né à terme, le 2 juin 1919, de parents bien portants, il a un frère et une sœur probablement tuberculeux.

Cet enfant a été allaité par sa mère jusqu'à 4 ans ; il a reçu des bouillies à partir d'un an et des aliments divers à partir de 3 ans. Il n'a jamais eu de troubles digestifs. Sa seule maladie est, à un an, une rougeole, qui évolue normalement.

C'est en novembre 1923, à l'âge de 4 ans et demi, que sont apparus les premiers symptômes vésicaux.

Un jour, brusquement, l'enfant est pris de douleurs violentes dans le bas-ventre avec envie d'uriner. Il émet des urines rouges, couleur de sang. Pendant la miction la douleur s'exagère ; celle-ci terminée, le soulagement est brusque.

Puis, rien de particulier ne survient pendant de longs mois, jusqu'en janvier 1925. A ce moment, à l'âge de 5 ans et sept mois, les mêmes phénomènes se reproduisent : miction douloureuse et hématurie. Depuis cette époque, il persiste de la pollakiurie et de la polyurie diurnes et nocturnes, des douleurs spontanées et pendant la miction, dans le bas-ventre. Les urines deviennent troubles et laissent un dépôt important. C'est pour ces troubles que l'enfant vient consulter dans le service du professeur Legueu, qui nous l'envoie.

Il entre dans le service le 20 avril dernier. Il est âgé de 5 ans et 10 mois. Son état général est assez bon. Il est bien développé et ne présente que quelques stigmates de rachitisme. Le Bordet-Wassermann, le Hecht, la cutiréaction à la tuberculine sont négatifs. On ne trouve

(1) Leçon du 16 mai 1925, recueillie par le Dr LAPORTE.

rien de particulier à l'examen des viscères et du système nerveux. L'abdomen est souple. Le rein n'est pas palpable ni douloureux. La palpation de la vessie est indolente. Peut-être sur le trajet de l'uretère gauche, au niveau où il franchit le détroit supérieur du bassin, provoque-t-on une légère sensibilité.

Les urines sont très troubles, contiennent du pus, de l'albumine (0 gr. 40 centigr. par litre), quelques cristaux d'urate de soude ; il n'y a pas de sang.

La radiographie de la vessie montre un gros calcul ovalaire, opaque, à bords réguliers.

L'enfant reste treize jours dans le service. Ses urines sont toujours purulentes.

Le 4 mai, il part pour l'hôpital Necker, et, le 13, le professeur Legueu pratique la taille sus-pubienne. Il retire un calcul, qui a la dimension d'une noisette, est ovoïde, un peu aplati. A la section on voit un noyau jaunâtre d'oxalate ou d'urate de chaux et des couches concentriques de phosphate. C'est donc un calcul composé.

Actuellement, les suites opératoires sont normales et nous pouvons espérer sa guérison.

***

La LITHIASE VÉSICALE est beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles. Sur 100 calculs vésicaux, on en trouve 96 ou 97 chez les garçons, 3 ou 4 chez les filles.

Cette prédominance s'explique par l'anatomie de l'urèthre. Chez les garçons, il est long et a un faible calibre ; par suite, le calcul s'échappe difficilement de la vessie. Chez les filles il est beaucoup plus court et très extensible, ce qui permet aux calculs même volumineux d'en sortir.

En outre, De Bokay a constaté, en pratiquant le sondage chez les garçons ayant des calculs de la vessie, assez souvent une « profondeur inaccoutumée du fond de la vessie et ceci dans des cas où le calcul est encore petit, où par conséquent la formation du diverticule n'a pu être favorisée ni par les dimensions ni par le poids du calcul. » Une telle disposition facilite le séjour du calcul. Chez les filles, au contraire, de tels diverticules sont rares parce que le fond de la vessie repose directement sur l'utérus résistant.

On constate assez souvent du phimosis. Certains auteurs lui attribuent un rôle dans la production du calcul vésical. Cette opinion est très discutable.

Les *premières manifestations* de la lithiase vésicale se produisent à un âge variable. Elle peuvent survenir chez de tous petits enfants, pendant la première et la deuxième année ; on les a observées à l'âge de deux mois. Dans la règle, elles se montrent surtout de 2 à 7 ans, moins souvent à partir de 8 ans.

D'ailleurs, le calcul reste longtemps *occulte*. D'Arbois de Jubainville dans sa thèse de 1898, consacrée à l'*étude des symptômes et du diagnostic des calculs vésicaux chez l'enfant*, écrit : « L'affection est déjà ancienne lorsque le diagnostic s'en impose. En effet, la plupart des jeunes calculeux opérés à l'âge de 14 ou 15 ans, quelquefois 19 ou 20 ans, possèdent dans leur histoire pathologique des signes non douteux de l'existence d'un calcul datant de 10 ou 15 ans. »

Il y a donc une PÉRIODE OCCULTE OU INSIDIEUSE qui ne se traduit par aucun symptôme ou seulement par des symptômes peu caractéristiques. Ce sont de la pollakiurie diurne et nocturne, la persistance ou la réapparition de l'énurésie nocturne, des épreintes douloureuses dans le bas-ventre, une sensation de chatouillement au niveau du gland, qui peut entraîner des habitudes d'onanisme, l'interruption brusque et passagère du jet de l'urine. C'est quelquefois une hématurie.

Ces symptômes ou bien sont reconstitués par l'interrogatoire ou bien font conduire l'enfant au médecin.

Plus habituellement il lui est amené parce que depuis un certain temps il a des mictions fréquentes et douloureuses.

Il ne faut pas s'attendre à retrouver chez les enfants les SYMPTÔMES habituels chez l'adulte.

Ceux-ci sont rares chez l'enfant et, quand ils existent, ils révêtent des caractères particuliers.

On peut reconnaître des *symptômes fonctionnels* ou *subjectifs* et des *signes physiques*.

Les SYMPTOMES FONCTIONNELS OU SUBJECTIFS sont des troubles des mictions, qui peuvent être fréquentes, involontaires, douloureuses, interrompues. Ce sont encore des symptômes qui se produisent en dehors des mictions et l'hématurie.

La *fréquence des mictions*, la *pollakiurie*, est assez difficile à juger chez les petits enfants qui, à l'état de santé, urinent souvent, car leur vessie est petite. Ce n'est en effet, que peu à peu, sous l'influence de l'éducation, que l'enfant apprend à retenir ses urines. Même chez de grands enfants, la pollakiurie se rencontre assez souvent quand la vessie est irritable, chez des nerveux, ou quand le sphincter est peu résistant.

En cas de lithiase, la pollakiurie persiste au-delà de l'âge habituel ou reparaît chez un enfant déjà grand.

Chez l'adulte, la lithiase vésicale cause de la pollakiurie ; celle-ci est diurne, elle survient à l'occasion des mouvements, de la marche, d'une course, d'une promenade en voiture, etc. Chez l'enfant, au contraire, cette pollakiurie est non seulement diurne, mais encore nocturne.

Les raisons de cette différence sont bien connues, Guyon a montré que la pollakiurie diurne est due à ce que le calcul, sous l'influence des facteurs que je viens d'énumérer, quitte le bas-fond de la vessie, où il séjourne à l'état de repos, pour se placer sur le col et provoquer le réflexe mictionnel. Chez l'enfant il n'y a pas de bas-fond, sauf dans des cas assez rares ; aussi le calcul est constamment en rapport avec le col vésical, même dans le décubitus dorsal ; aussi, pendant la nuit sous l'influence du moindre mouvement, il se mobilise et excite la muqueuse du col.

Cette même pathogénie explique l'*énurésie*, la *miction involontaire* qui est un symptôme fréquent : c'est une *fausse incontinence*.

Chez le petit enfant, l'énurésie est physiologique ; elle est diurne et nocturne. Mais, peu à peu, sous l'influence de l'éducation, l'enfant apprend à retenir ses urines ; les mictions involontaires disparaissent vers deux ans, environ, tantôt plus tôt, tantôt plus tard.

Quand l'enfant a un calcul vésical, l'énurésie nocturne peut persister jusqu'à 5, 6, 7 ou 8 ans. Puis elle disparaît, mais cependant elle peut persister. M. Mayet rapporte l'histoire d'un garçon opéré à 17 ans, qui, depuis sa naissance, avait toujours uriné au lit. D'autre part, des 10 à 15 ans, qui depuis longtemps n'avaient plus d'énurésie nocturne,

peuvent se remettre à uriner au lit sous l'influence de l lithiase vésicale.

L'énurésie calculeuse est surtout nocturne ; quelquefois elle est diurne : les enfants sont pris d'un besoin impérieux et urinent dans leur pantalon.

A côté de cette fausse incontinence, on peut voir de l'*incontinence vraie* : alors l'urine coule goutte à goutte, sans effort mictionnel, d'une façon continue ou discontinue.

Ce phénomène est dû a l'intervention d'un facteur mécanique, qui est l'engagement du calcul dans le col vésical. L'incontinence est rare à tout âge. « Elle nous a semblé, écrit M. d'Arbois de Jubainville plus fréquente chez l'enfant ».

La *douleur pendant la miction* semble plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Dans bien des cas, elle constitue le symptôme le plus apparent, celui qui fait consulter le médecin. Elle ne se retrouve pas à toutes les mictions ; souvent elle ne survient que de loin en loin.

Chez le petit enfant, cette douleur se traduit par des cris, des pleurs, des accès de rage inexpliqués.

Ces symptômes peuvent se produire dans les mictions nocturnes, l'enfant se réveille en poussant des cris, que rien ne calme, et la cause de ces réveils reste généralement méconnue.

Si on assiste à la crise, elle est vraiment caractéristique, témoin la scène à laquelle nous avons assisté chez notre premier malade.

L'enfant, tout d'un coup, crie, pleure ; il paraît en proie à des douleurs très vives ; il se tortille dans son lit, croise ses jambes, tiraille ses organes génitaux, appuie sur son bas-ventre ; puis quelques gouttes d'urines suintent au niveau de son méat et souvent il émet une selle. La crise dure une ou deux heures, avec des rémissions et des reprises, jusqu'à ce que finalement la douleur cesse et la miction s'achève.

Quand il s'agit d'enfants plus grands qui peuvent analyser leurs sensations, on obtient quelques renseignements intéressants. La douleur débute avec la miction et persiste jusqu'à la fin. Le malade accuse des irradiations douloureuses le long de la verge, jusqu'à l'extrémité du gland, quelquefois au périnée. Les irradiations sont moins variées que chez les adultes, qui les éprouvent dans les lombes, les cuisses, les genoux, les talons même. Chez l'adulte enfin, la douleur ne se produit guère que dans la miction debout ; elle est généralement progressive et a son maximum vers la fin.

Ce que j'ai dit sur le siège et la mobilisation des calculs explique suffisamment ces différences.

Un autre symptôme qu'il faut bien connaître, c'est *l'interruption du jet de l'urine*. Guyon a noté qu'elle est plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte, parce que, chez le premier, le calcul occupe la région du col.

Brusquement le jet d'urine s'arrête, avec ou sans douleurs ; il reprend au bout de quelques instants, soit spontanément soit à la suite de certaines manœuvres.

M. Mayet cite le cas d'un garçon opéré à 17 ans ; il sentait le calcul s'engager dans l'urètre, et, pour pouvoir continuer d'uriner, il le refoulait en appuyant sur son périnée.

Bokay écrit : « Quelquefois si l'enfant prend une autre attitude, s'il se courbe, par exemple, ou s'il tape des pieds, la miction un moment interrompue reparaît, mais l'urine sort en jet brisé. »

Cette interruption brusque et passagère du jet de l'urine peut être le symptômes unique d'une lithiase vésicale.

Le docteur Monsseaux, de Vittel, m'a communiqué l'observation suivante, qui est inédite. Un garçon de 12 ans accompagne ses parents à Vittel. Les parents consultent M. Monsseaux sur l'opportunité de faire suivre une cure à leur fils, parce que, deux ou trois ans avant, celui-ci « a souffert des reins » pendant un ou deux jours.

L'enfant est bien portant ; il ne présente aucun symptôme. Les urines sont claires, mais dans le culot de centifugation on trouve d'assez nombreux leucocytes et une ou deux hématies. Il y a donc une irritation vésicale. M. Monsseaux interroge l'enfant ; il apprend que, de temps en temps, son jet d'urine s'arrête brusquement, puis repart après quelques secondes.

Ce seul symptôme fait porter le diagnostic du calcul vésical. Quelque temps après, une dilatation de l'urèthre permet l'évacuation d'un petit calcul.

Etudions maintenant les symptômes qui se rencontrent *en dehors des mictions.*

Chez l'adulte, la *douleur* se manifeste volontiers à l'occasion de la marche, d'une promenade en voiture ou à cheval, etc ; il éprouve souvent de la *pesanteur au niveau du périnée*, des *irradiations douloureuses au méat.*

Chez l'enfant, ces symptômes sont assez rares. Par contre, on peut mettre au premier rang la *sensation de prurit* au niveau du méat et du gland ; pour la calmer, l'enfant tiraille sans cesse son prépuce. Il en résulte un allongement du prépuce, que certains auteurs considèrent comme assez caractéristique, et des pratiques d'onanisme.

De temps en temps, l'enfant peut éprouver des *épreintes douloureuses* dans le bas ventre, quant il court ou joue ; il s'arrête et il pâlit. Ce symptôme ne dure que quelques secondes.

De Saint-Germain a signalé la *douleur pendant la défécation*. Elle se produit parce que la cloison recto-vésicale est mince et que le calcul repose directement sur le rectum.

Chez un garçon de 5 ans, qui présentait ce symptôme M. Mayet a constaté un gros calcul déprimant le rectum.

L'hématurie est un symptôme très important chez l'adulte. Elle survient dans la marche, la course, en voiture, à cheval ; elle disparait par le repos du lit en dix ou douze heures. Par sa répétition, elle peut entraîner une véritable anémie.

C'est au contraire un symptôme de second plan chez l'enfant. Guyon insistait sur sa rareté ! Elle n'est cependant pas exceptionnelle, puisque M. Mayet la trouve dans 4 cas sur 14, et M. D'Arbois de Jubainville 9 fois sur 30. Elle existe donc dans 28 à 30 % des cas.

Mais sa fréquence diffère suivant les périodes de l'enfance. Elle se rencontre quelquefois dans la moyenne enfance ; M. Mayet l'a observée chez un enfant de 4 ans ; nous la retrouvons chez notre second malade, âgé de 4 ans et demi. Mais c'est surtout chez les grands enfants qu'elle se produit. Sur 9 cas cités par M. D'Arbois de Jubainville, 3 fois les enfants avaient moins de 14 ans, et 5 fois ils avaient dépassé cet âge.

L'hématurie est rare chez les petits enfants, parce que, chez eux la vacularisation de la vessie est peu développée, elle devient plus fréquente à partir de la puberté, car en même temps que les organes génitaux grossissent, la circulation devient beaucoup plus active dans le petit bassin, les plexus péri-vésicaux et péri-prostatiques s'accroissent.

L'hématurie, chez l'enfant, ne se répète guère ; elle se produit une ou deux fois au plus. Elle reste peu abondante. Elle peut précéder de plusieurs années les autres symptômes. De même que chez l'adulte, elle est généra-

lement causée par des mouvements un peu brusques, un saut, une course, etc.

Les symptômes fonctionnels ou subjetifs attirent l'attention sur la présence d'un calcul dans la vessie d'un enfant. Mais on ne peut affirmer son existence que par la constatation des SIGNES PHYSIQUES..

Le *toucher rectal* combiné avec la *palpation abdominale* donne peu de renseignements chez l'adulte.

Chez l'enfant, cette exploration est très utile. La face postérieure de la vessie est en rapport intime avec le rectum. On perçoit presque à coup sûr la présence d'un corps dur, circonscrit, mobile par la recherche du ballotement, suivant la technique décrite par Guyon ; on place une main sur la région sus-pubienne en même temps qu'un doigt dans le rectum ; on refoule le calcul de l'une à l'autre.

La *radiographie* des calculs vésicaux chez l'enfant a été pratiquée une des premières fois en 1898 par Brun, chirurgien de cet hôpital, chez un enfant de 5 ans.

A l'heure actuelle, la radiographie facilite singulièrement le diagnostic des calculs vésicaux.

On peut être amené encore à pratiquer *l'exploration intra-vésicale*. Elle demande une instrumentation adaptée à l'âge des malades. Elle est délicate et est du ressort du spécialiste. Je n'en parle donc pas.

Il convient enfin de pratiquer toujours *l'examen des urines*. On y trouve souvent des traces d'albumine, des leucocytes, des cellules épithéliales, des cristaux d'oxalate ou d'urate de chaux et quelquefois une ou deux hématies.

La lithiase vésicale présente donc une première phase *occulte, insidieuse*, qui peut être très longue, puis une phase pendant laquelle des symptômes plus caractéristiques se montrent. Pendant cette période la lithiase est *aseptique*. A un moment donné *la lithiase s'infecte*, et une cystite s'installe.

La CYSTITE CALCULEUSE est très fréquente chez l'enfant à une période avancée des calculs vésicaux. M. Mayet la trouve 19 fois sur 21 cas. M. D'Arbois de Jubanville écrit : « Presque tous les petits malades atteints de calculs vésicaux datant de quatre ou cinq ans se présentent avec de la cystite ». Une distinction d'ailleurs s'impose : le plus souvent il s'agit de cystite secondaire au calcul ; dans d'autres cas, les plus rares, la cystite est antérieure au calcul, la lithiase est consécutive à l'infection de la vessie.

Je ne discuterai pas les voies par lesquelles l'infection se réalise. Il y a des infections par voie sanguine et par voie lymphatique. Chez l'enfant, l'infection par voie uréthrale semble la plus fréquente. Il ne faut pas accuser les sondages, car elle se produit en général chez des enfants qui n'ont été l'objet d'aucune manœuvre. La cause est la balanite qui est la conséquence de la longueur du prépuce, sous lequel stagnent quelques gouttes d'urine.

La cystite se révèle par les symptômes habituels : la fréquence très grande des mictions, les douleurs pendant les mictions et persistant dans leur intervalle, la pyurie. La fièvre n'est pas constante, mais l'état général est mauvaie et, si l'enfant n'est pas soigné, il peut se cachectiser.

Parfois l'infection remonte jusqu'au rein. La lithiase urinaire n'est pourtant pas la cause la plus habituelle des *pyélo-néphrites* de l'enfant.

La MIGRATION DU CALCUL PAR L'URÈTHRE n'est pas exceptionnelle ; mais il convient d'envisager séparément les garçons et les filles.

Chez les garçons, un petit calcul peut être évacué. Mais généralement le passage est difficile et le calcul s'arrête dans l'urèthre. De Bokay a réuni 104 cas de *calcul uréthral*. Dans 16 cas sur 100, il y avait 2 ou 3 calculs arrêtés.

Le calcul uréthral, malgré les efforts que fait l'enfant pour uriner, se traduit assez souvent par la suppression des mictions ; l'urine s'écoule goutte à goutte ou en jet brisé. Si le calcul est petit, lisse, de forme allongée, il peut être expulsé ; sinon, il reste définitivement enclavé dans l'urètre et des accidents plus ou moins graves se produisent.

Somme toute, chez les garçons, la guérison par expulsion spontanée du calcul est rare. Voici une observation où elle paraît probable.

Un garçon de 8 ans et demi m'est amené le 16 octobre 1924. A l'âge de 2 ans, il a eu des crises douloureuses dans la verge avec impossibilité d'uriner pendant une demi-journée ou une journée. En six mois, il a eu quatre crises semblables. Puis ces crises sont devenues de plus en plus courtes et légères. En juillet dernier, il a eu de nouveau une forte crise et depuis quelques petites crises. Les urines sont claires, mais contiennent des leucocytes, des cristaux d'urates assez nombreux et des traces d'albumine. Mon examen est négatif.

Je pense à la lithiase vésicale et je conseille un traitement diurétique.

On me ramène l'enfant le 21 janvier 1925. Il n'a plus eu de douleur ; la radiographie des reins, de l'uretère, de la vessie n'a décelé aucun calcul.

Il est vraisemblable que ce garçon a eu de la lithiase vésicale, que le ou les calculs ont été évacués spontanément au moment des crises douloureuses.

Chez les garçons le rejet spontané du calcul est rare. *Chez les filles*, au contraire, on peut dire qu'il est la règle, même si le calcul est volumineux. De Bokay cite le cas d'une fille de 6 ans qui expulsa un calcul rugueux, gros comme une noix. Le professeur Enrique Suñer, en 1919, dans un mémoire consacré à l'étude des syndromes anormaux de la lithiase vésicale chez les enfants, cite une fille de 8 ans qui expulsa un gros calcul long de 5 cm., large d'un cm.. et demi. Il recommande de se méfier des expulsions méconnues et de toujours pratiquer un examen avant l'intervention, quand celle-ci est décidée; l'observation suivante en est la preuve. Il constate chez une fille de 12 ans un calcul vésical ; quatre jours après il pratique la taille hypogastrique : la vessie ne contient pas de calcul ; le calcul avait été expulsé sans que personne s'en fût douté.

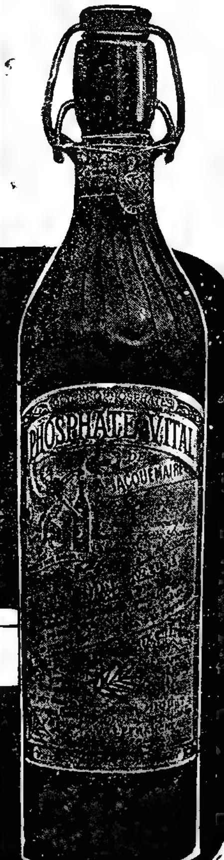
Le DIAGNOSTIC de la lithiase vésicale pose des problèmes différents suivant les périodes.

Le diagnostic est difficile pendant la *phase occulte* ou *insidieuse*. Il faut y penser quand l'enfant présente certains symptômes.

La *pollakiurie* est un symptôme banal.

L'*énurésie* qu'on rencontre le plus souvent, est l'*énurésie essentielle* dont il n'est pas toujours facile d'élucider la pathogénie. Quand elle n'est pas exclusivement nocturne, quand elle est nocturne et diurne, quand elle persiste au-delà de l'âge habituel, surtout quand elle réapparaît à un âge, plus ou moins avancé, pensez à la possibilité d'une lithiase vésicale.

Les *douleurs spontanées*, qui surprennent l'enfant dans ses jeux, sont le plus habituellement attribuées à une


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

appendicite ; il ne faut pas oublier qu'elles peuvent être causées par un calcul vésical.

L'*hématurie* isolée, surtout si elle est indolore, peut être l'indice d'une tuberculose rénale.

L'*onanisme* est fréquent ; il doit faire penser à la lithiase vésicale. La *conformation du pénis* doit, pour certains auteurs retenir l'attention. De Bokay écrit : « A la suite de l'habitude que l'enfant a prise de se tirer la verge, le pénis s'allonge et s'épaissit, le gland complètement ou en partie découvert est rouge et tuméfié, le prépuce distendu et épaissi.,. Ces modifications du pénis sont tellement caractéristiques qu'on peut diagnostiquer presqu'avec certitude l'existence d'un calcul vésical ».

Bashinski, dans les *Arch. of pediatrics* de 1918, rapporte l'observation suivante. Un garçon de 7 ans est pris de grandes deuleurs autour de l'ombilic et de diarrhée ; quatre mois après, l'état général est mauvais, la diarrhée persiste, les mictions sont fréquentes et douloureuses, les urines contiennent parfois du sang. L'enfant paraît souffrir du périnée. Le pénis est très œdématié. Il y a dans l'urèthre du pus qui ne contient pas de gonocoques.

La radiographie de la vessie décèle un calcul, au centre duquel se trouve une épingle.

A la période des grands symptômes, les mictions fréquentes et douloureuses sans cystite sont assez caractéristiques.

Quand il y a de la cystite, il faut passer en revue les différentes causes de cette affection.

Sauf chez les nourrissons, la cystite calculeuse est la plus fréquente, surtout chez les garçons et de 2 à 8 ans ; le professeur Suñer la trouve 30 fois sur 33 cas.

Le diagnostic est surtout à faire avec la *cystite tuberculeuse*. Dans cette dernière, les douleurs sont plus vives et plus précoces ; elles existent pendant les mictions et dans leur intervalle ; les hématuries sont plus fréquentes et plus persistantes. D'autre part l'inflammation de la vessie est généralement secondaire à une tuberculose rénale.

Il faut enfin penser à la possibilité d'une *lithiase secondaire à une cystite*, éventualité rare.

Dans tous les cas, les *signes physiques* permettent seuls de porter avec certitude le diagnostic de calcul vésical.

Dans l'enquête étiologique il faut rechercher si, au cours des années précédentes, l'enfant n'a pas eu quelques symptômes de colique néphrétique. On la retrouve rarement chez les enfants atteints de lithiase vésicale. M. d'Arbois de Jubainville écrit qu'elle n'a jamais été signalée chez les enfants âgés de moins de 12 ans.

De l'absence de coliques néphrétiques, il ne faudrait pas conclure que les calculs se sont formés dans la vessie ; les calculs se forment en effet le plus souvent, non pas dans la vessie, mais dans le rein. L'étude des calculs vésicaux le prouve ; cette étude a été faite en détail par divers auteurs et, notamment en 1919 par le professeur Arquellade, d'après 94 échantillons de la collection de l'Hôpital de l'Enfant Jésus, de Madrid.

Le volume des calculs est variable, depuis celui d'un haricot jusqu'à celui d'un œuf de poule. Leur poids varie de 0 gr. 50 à 45 grammes.

On trouve, suivant la classification de Fourcroy et Vauquelin, des *calculs simples* et des *calculs composés*.

Les calculs simples sont uriques ou oxaliques.

D'après de Bokay, sur 12 calculs on trouve 7 calculs uriques et 1 oxalique. Pour Broca, au contraire, les calculs oxaliques seraient les plus fréquents.

Les calculs phosphatiques, ceux formés de carbonate de chaux, de cystine, de xanthine, sont rares.

Les calculs composés sont assez fréquents. Ils sont formés d'un noyau d'acide urique, d'urates ou d'oxalates, autour desquels se sont déposés des phosphates quand il se produit de la cystite.

En général, il n'y a qu'un seul calcul ; rarement, dans 6 p. 100 des cas, d'après de Bokay, on en trouve 2, 3 ou 4. Halley, en 1870, en a trouvé 10 chez un garçon de 8 ans.

C'est donc, le plus habituellement, au niveau du rein que se forment les calculs. Le calcul rénal est éliminé par l'uretère ; il reste dans la vessie, et là il grossit par addition de couches successives. La lithiase vésicale reconnaît pour causes celles de la lithiase rénale.

Dans certains cas le calcul se forme dans la vessie, quand il existe une cystite ; il s'agit alors de calculs phosphatiques ou ammoniaco-magnésiens, Quelquefois c'est un corps étranger, une épingle, par exemple, qui forme le noyau du calcul.

Le TRAITEMENT MÉDICAL ne peut pas faire dissoudre un calcul vésical. Tout au plus peut-on empêcher son accroissement par l'emploi des eaux bicarbonatées et lithinées, par des cures diurétiques à Contrexéville, Vittel, Martigny, par l'usage des sels de lithine ou de la pipérazine. En cas d'infection vésicale on prescrit, la formine en évitant les doses trop fortes qui sont irritantes.

Quand le calcul atteint un certain volume, le TRAITEMENT CHIRURGICAL s'impose. Ou bien on extrait le calcul par les voies naturelles, opération qui se pratique surtout chez les filles et est beaucoup plus délicate chez les garçons. Ou bien, surtout chez les garçons, on pratique la taille sus-pubienne.

Bien que l'intervention, grâce aux progrès de la technique, n'expose pas aux mêmes dangers qu'autrefois, elle n'est pas toujours anodine. Son pronostic diffère suivant que la lithiase est ou non infectée. Si vous avez l'occasion de soigner un enfant atteint de lithiase vésicale, n'attendez pas que la cystite soit survenue pour la conseiller.

***

Les deux malades, dont je viens de rapporter les observations, sont, vous le voyez, deux exemples typiques de lithiase vésicale dans l'enfance.

Ce sont des garçons. Les premiers symptômes se sont manifestés chez l'un à 2 ans et demi, chez l'autre à 4 ans et demi. Ils ont été conduits au médecin pour des mictions fréquentes et douloureuses. Le second avait eu des hématuries et avait déjà de la cystite quand il est entré à la clinique. Le diagnostic a été confirmé par la radiographie.

La taille sus-pubienne a été pratiquée chez le premier à 2 ans et 7 mois, deux mois après les premiers symptômes, chez le second, à 5 ans et 10 mois, soit dix-sept mois après les premières manifestations, Le premier est mort d'infection périvésicale : le second vient d'être opéré ; il est en bonne voie de guérison.

CHRONIQUE

M. Variot vient de condenser dans un livre (1) plein d'intérêt, une partie des observatiors cliniques et anthropométriques qu'il a recueillies au cours de sa carrière laborieuse. Les recherches sur la croissance du nourrisson ont été son travail de prédilection et nul de ceux qui se consacrent à l'hygiène et à la médecine des enfants n'aura le droit d'ignorer les conclusions de cet éminent puériculteur.

La *première partie* de son ouvrage est consacrée à la croissance normale. Elle est étayée par une grande quantité de documents numériques. M. Variot passe eu revue d'abord la croissance du fœtus et du nouveau-né, puis le mécanisme par lequel l'ossification épiphysaire réalise la croissance staturale. Il rappelle à ce propos et met en valeur les données de sa thèse d'agrégation, aujourd'hui classique.

Il signale ensuite l'influence qu'exerce la dentition sur la croissance de la taille et il établit la grande, très grande fréquence des paliers que des poussées dentaires déterminent dans les graphiques de croissance. On sait qu'après une phase de réaction contre les excès des théories qui ramenaient à ces poussées presque toute la pathologie infantile, la plupartdes pédiatres contemporains les retiennent pour expliquer certains troubles qu'on observe chez un grand nombre d'enfants.

M. Variot expose ensuite le développement du crâne et du cerveau, lequel ne se fait pas suivant les mêmes lois que le développement du corps humain, mais se poursuit avec une individualité assez accentuée. Il entre ensuite dans de longs et précieux détails sur l'accroissement des membres, sur le contrôle de la toise et de la balance et sur la signification qu'il faut reconnaître aux dissociations de la croissance pondérale et de la croissance staturale. On sait l'importance de ses recherches sur ce sujet et l'influence qu'elles ont eue sur la puériculture et sur l'hygiène sociale de l'enfant. Dans son livre, il précise sa doctrine sur ces points et démontre l'insuffisance de la balance.

La plupart des pages que j'ai résumées jusqu'ici ont été écrites en se fondant sur des recherches personnelles. Ce caractère d'œuvre très personnelle en fait la valeur et l'attrait, mais il est aussi la cause d'une lacune importante et qu'il me faut en toute honnêteté signaler. C'est à savoir de passer sous silence d'importants travaux dus à d'autres auteurs. Dans un livre consacré à la croissance, M. Variot aurait dû faire une place aux travaux français et étrangers sur les lois bio-énergétiques qui règlent cette croissance et, en particulier, il eût été intéressant de chercher à accorder ses chiffres avec les graphiques de Braïlsford Robertson ou d indiquer en quoi ses chiffres corrigent ceux de l'éminent physiologiste australien.

Remarquez bien que ce reproche est très général et qu'on peut aussi bien reprocher aux pédiatres et aux biologistes étrangers de méconnaître M. Variot et l'école pédiatrique parisienne.

M. Variot étudie ensuite les enfants qui poussent trop vite et s'étend de façon fort suggestive sur l'obésité et la polysarcie du jeune âge.

La *deuxième partie* du livre comprend l'étude des croissances anormales : débilité congénitale, atrophie infantile d'origine gastro-intestinale, hypotrophie simple et tuberculeuse, atrophie symptomatique d'une tare congénitale ou d'une atteinte des glandes endocrines, achondroplasie.

(1) *La croissance chez le nourrisson.* Accroissement pondéral et statural, par le Dr C. Variot, médecin honoraire de l'hospice des Enfants-Assistés, ancien directeur de l'Institut de Puériculture. 1 vol. in-16 de 352 pages avec 35 figures (G. Doin, éditeur, Paris) : 16 francs.

Le dernier chapitre contient une critique générale de la doctrine de la suralimentation qui a eu trop souvent comme conséquence la sous-alimentation et l'hypotrophie.

On connaît les « croisades » parfois véhémentes que M. Variot a menées de longue date contre la sous-alimentation et en particulier contre les rations insuffisantes que certains accoucheurs recommandaient pour les nourrissons. A dire le vrai, lorsqu'on se rapporte aux ouvrages *imprimés* des accoucheurs à qui M. Variot s'est attaqué, on y trouve des chiffres de ration bien peu différents de ceux auxquels arrive M. Variot lui-même. Il n'en est pas moins vrai que dans leur enseignement *oral*, transperçait parfois l'idée que ces chiffres étaient des maxima et qu'au moindre trouble digestif, il fallait opposer la diète. Ces tendances des « patrons » se sont précisées dans l'esprit des disciples et on a fait ainsi durement jeûner certains nourrissons, Plus particulièrement ces consignes de restriction alimentaire sont devenues la doctrine de *certaines* sage-femmes, auxquelles dans un petit nombre de maternités parisiennes les chefs de service abandonnaient toute la responsabilité de la puériculture. Mais sans doute, ces errements ne seront bientôt plus qu'une page oubliée dans l'histoire de la médecine : M. Variot n'en a pas moins fait œuvre utile en les combattant depuis plus de trente ans, et il fait aujourd'hui œuvre utile *en le redisant une fois de plus*.

En somme, au point de vue pratique de la clinique pédiatrique comme au point de vue scientifique de la biologie humaine, il convient de conseiller la lecture du beau livre de M. Variot.

***

L'obésité est une affection dont l'étude ne peut manquer d'intéresser tout le corps médical, sans distinction de spécialités et tous nous pouvons faire notre profit des très nombreuses observations cliniques que M Francis Heckel a eu l'occasion de faire et dont il a groupé la substantifique moelle dans une communication à la *Société de Pathologie comparée* (1).

Quiconque a beaucoup vu, quiconque a réalisé beaucoup de cures heureuses mérite que nous nous arrêtions devant son œuvre et que nous glanions à la moisson de son expérience, même si les théories par lesquelles il enchaîne les faits ne nous paraissent pas toujours inattaquables.

C'est à tort que la plupart des médecins conseillent l'exercice à tout obèse qui veut guérir. Pour M. Francis Heckel, cette pratique est contre-indiquée parce que les obèses ont des troubles rénaux (diminution d'élimination des chlorures; retards de l'élimination de l'eau, oligurie orthostatique), des troubles du foie, des troubles de la circulation (insuffisance du cœur droit), et, comme conséquence, de la dyspnée toxique. D'autre part, ils sont littéralement écrasés par leur excès de poids, comme le serait un homme qui voudrait prendre de l'exercice en se chargeant d'un poids considérable. Ainsi surmenés, ils fabriquent un excès de déchets qui fatiguent d'autant leur rein et leur foie ; en même temps, l'oligurie orthostatique augmente, il se produit une rétention de substances excrémentitielles et d'eau dans les tissus : ces malades soumis à un régime d'amaigrissement ne perdent que peu de poids s'ils font de l'exercice, alors qu'ils en perdent s'ils sont mis au repos allongé au lit, avec un régime alimentaire de restriction.

L'exercice a cependant son utilité, mais seulement plus tard, lorsque, par le régime approprié, on a assuré l'élimination de l'œdème marqué qui existe chez tout obèse. Lorsqu'on a obtenu cette première perte de poids,

(1) *Bulletin de la Société de Pathologie comparée*, séance du 10 mars 1925. C. R in *Revue de Pathol. comp.*, 1925, p. 407.

Cours d'orthopédie de M. Calot à Berck-Plage (Institut Calot, le lundi 3 août 1925). — Avec exercices pratiques individuels. — En une semaine de 9 heures à 19 heures, enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. — Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au Dr Fouchet, clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut-Calot, Berck-Plage (P.-de-C.).

Résumé du programme : 1° Technique des appareils et moulages et des ponctions et injections ;

2° Tuberculoses des os, articulations, ganglions (abcès froids, adénites, épididymites, péritonite tuberculeuse, spina ventosa, tumeurs blanches, coxalgies, mal de Pott) ;

3° Déviations congénitales et acquises : luxation congénitale, pied bot, paralysie infantile, pied plat, scoliose, torticolis, difformités rachitiques, coxa-vara, etc ;

4° Maladies non tuberculeuses des os, articulations et ganglions ;

5° Fractures (du col de fémur, de cuisse, etc.) ;.

6° Les dernières acquisitions en orthopédie :

a) Le traitement moderne de la scoliose ;

b) Diagnostic et traitement des autres maladies non tuberculeuses de la colonne vetrébrale ;

c) Nouveau traitement de la luxation congénitale. Comment éviter les récidives et comment les guérir ;

d) Rénovation et simplification de la pathologie de la hanche, à tous les âges. Rôle capital, ignoré jusqu'ici, des subluxations congénitales.

Sont des subluxations congénitales méconnues :

1) Près de moitié des cas actuellement étiquetés *coxalgies* ;

2) Les hanches étiquetées arthrites sèches déformantes, rhumatisme localisé, Morbus coxæ senilis (et la signature radiographique de la subluxation existante, c'est le « cotyle à double fond de Calot ») ;

3) Tous les cas de la prétendue maladie nouvelle inventée par Leg, baptisée ostéochondrite et coxa plana ; la preuve faite que tous les cas qui en ont été publiés sont en réalité des subluxations congénitales qu'on avait méconnues.

Clinique médicale des enfants (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres). — Cours de clinique et de médecine des enfants sous la direction de M. le Professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé.

Cours de vacances. Juillet-août 1925. — Vendredi 24 juillet, 10 h. 30, Lereboullet : L'angine diphtérique et son traitement ; 16 h., Babonneix : Les réactions méningées chez l'enfant. — Samedi 25 juillet, 10 h. 30, Nadal : Diagnostic et traitement des pleurésies ; 16 h., Babonneix : Poliomyélite aiguë. — Lundi 27 juillet, 10 h. 30, Lereboullet : Les laryngites aiguës et le croup ; 16 h., Nadal : Pneumonie lobaire. — Mardi 28 juillet, 10 h. 30, Lereboullet : Le foie chez l'enfant ; 16 h., Babonneix : Les encéphalopathies chroniques chez l'enfant. — Mercredi 29 juillet, 10 h. 30, Lereboullet : La tuberculose du médiastin ; 16 h., Janet : Les néphrites de l'enfance ; — Jeudi 30 juillet, 10 h. 30, Duhem : Radiographie du poumon et du médiastin ; 16 h., Lereboullet : Syndromes endocriniens. — Vendredi 31 juillet, 10 h. 30, Duhem : Radiographie du cœur. ; 16 h., Duhem : Physiothérapie en médecine infantile. — Samedi 1er août, 10 h. 30, Tixier : La méningite tuberculeuse ; 16 h., Stévenin : Coqueluche et ses complications. — Lundi 3 août, 10 h. 30, Tixier : L'hérédo-syphilis et son traitement ; 16 h., Stévenin : Hypertrophie du tissu lymphoïde et insuffisance nasale. — Mardi 4 août, 10 h. 30, Tixier : Le rachitisme et son traitement ; 16 h., Milhit : Diagnostic et traitement des typhoïdes et paratyphoïdes. — Mercredi 5 août, 10 h. 30, Tixier : Les anémies. L'hémophilie ; 16 h., Stévenin : Diagnostic et traitement des stomatites. — Jeudi 6 août, 10 h. 30, Paraf : Péritonites tuberculeuses ; 16 h., Milhit : Diagnostic et traitement de l'appendicite et de la péritonite aiguë. — Vendredi 7 août, 10 h. 30, Paraf : Méningite cérébrospinale ; 16 h., Milhit : Dyspepsies gastro-intestinales et syndromes coliques. — Samedi 8 août, 10 h. 30, Paraf : Tuberculoses aiguës ; 16 h., Mathieu : Encéphalite aiguë épidémique. — Lundi 10 août, 10 h. 30, Pichon : Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques ; 16 h., Janet : Diabète infantile. — Mardi 11 août, 10 h. 30, Janet : Les chorées ; 16 h., Mathieu : L'épilepsie et ses nouvelles médications. — Mercredi 12 août, 10 h. 30, Pichon : La scarlatine et ses formes malignes ; 16 h., Janet : Prophylaxie et traitement des fièvres éruptives. — Jeudi 13 août, 10 h. 30, Bidot : Coprologie clinique ; 16 h., Mathieu : Dilatation des bronches. — Vendredi 14 août, 10 h. 30, Pichon : Les complications de la rougeole.

Le droit est de 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 3, jeudi et samedi de 12 h. à 15 h.

Un certificat sera délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au Secrétariat de la Faculté.

Enseignement clinique tous les matins à 9 h. 1/4 par le professeur Nobécourt.

lorsqu'il s'est produit une crise urinaire, lorsque la tension est redevenue normale, il vient un moment où l'on n'obtient plus la continuation de l'amaigrissement : alors il devient possible d'utiliser l'exercice.

Mais, note M. Francis HECKEL, l'exercice lent et modéré est engraissant. La faible usure qu'il détermine est comblée, et au-delà, par l'accroissement du mouvement nutritif.

Au contraire, à grande vitesse et à haute intensité, les muscles consomment plus qu'ils ne peuvent récupérer. La désassimilation alors l'emporte sur l'assimilation. Un patient qui fait deux heures de bicyclette à 25 à l'heure en se couvrant de vêtements très chauds, perd deux kilogrammes de poids, dont la majeure part est due à la sortie d'eau par la sueur et par l'haleine ; le lendemain, l'eau est récupérée, sauf trois à quatre cents grammes de poids qui représentent le matériel graisseux réellement usé.

On mettra donc le patient au régime restreint et on lui prescrira le repos au lit. Après la phase d'amaigrissement, on accroîtra la ration jusqu'au moment où la graphique du poids tendra à s'élever. On fixera ainsi la ration d'entretien du sujet. On évitera d'introduire dans cette ration le pain.

M. Francis HECKEL fait remarquer que cet aliment n'est pas seulement engraissant par lui-même, mais aussi parce qu'il fait manger une grande quantité d'aliments riches, et qu'il incite à boire. Quand on supprime, au début de la cure d'obésité, l'usage du pain, on obtient un amaigrissement qui ne correspond pas seulement à la disparition de sa valeur calorique, mais qui la dépasse sensiblement ; car beaucoup d'aliments en France ne se consomment qu'associés au pain, et ce sont parmi les plus riches et les plus lipogènes : beurre, graisse, foie gras, rillettes, fromages, chocolat, sauces, confiture, crème naturelle, soupe, etc.

L'obèse, en voie d'amaigrissement, étant mis à ce régime, on prescrira alors, mais alors seulement les exercices.

Ceux-ci peuvent être employés sous la forme sportive, plus agréable, ou sous la forme myothérapique, qui est à la portée de tout le monde. Quelle que soit la forme adoptée, le principe directeur reste le même : « Les exercices intenses, rapides, et suffisamment prolongés, déterminant une abondante sudation, sont les seuls qui puissent faire infailliblement maigrir, mais à la condition qu'ils soient associés à un régime moyen, avec une ration alimentaire d'équilibre. »

La bicyclette sera menée à l'allure de 18 à 25 km. (1) : le tennis se jouera à un rythme accéléré, etc. De même les exercices de chambre seront pratiqués sur un rythme rapide et pendant un temps prolongé jusqu'à 30 minutes. On facilitera la sudation par l'emploi de maillot de laine. On fait précéder et suivre la séance d'un bain chaud.

Il va de soi qu'il faut, en tout ceci, atteindre la fatigue et éviter le surmenage. « Les quatre signes cardinaux de la fatigue excessive sont : l'asthénie, l'anorexie, l'insomnie, et la vaso-constriction des capillaires, appréciable par la pâleur des téguments. Les signes psychiques sont : l'irritabilité, la fatigue cérébrale, l'amnésie, la tristesse ».

Enfin l'auteur termine ce chapitre en insistant sur l'action nulle ou opposée de la marche dans les cures d'amaigrissement : la marche n'a d'effet désassimilateur qu'à l'allure de 6 ou 7 kilomètres et encore cet effet est-il peu marqué. Au-dessous de cette allure, la marche favorise plutôt l'engraissement (2).

Le massage, de même, contrairement à l'opinion courante, favoriserait l'engraissement.

Critique de la gymnastique électrique passive (méthode de BERGONIÉ), M. Francis HECKEL étudie un à un les divers modes par lesquels la méthode de BERGONIÉ pourrait déterminer l'amaigrissement et conclut que son action est nulle.

Emploi de la thyroïdine. Plus M. Francis HECKEL a employé la thyroïdine et plus il est devenu favorable à son emploi (1).

1° *Action physiologique de la thyroïdine*, A. *La* ***sensibilité à*** *la thyroïdine* varie suivant les sujets, mais les hyperthyroïdiens sont rares parmi les obèses : donc, peu à craindre.

Beaucoup d'entre eux sont des hypothyroïdiens, soit qu'ils l'aient été avant de devenir obèses, soit qu'une insuffisance thyroïdienne secondaire se soit greffée sur une obésité qui, primitivement, n'était pas causée par un trouble endocrinien.

La suralimentation, en effet, altère tous les appareils glandulaires, et la thyroïde aussi bien que le testicule ou l'ovaire. Les symptômes de l'hypothyroïdie par suralimentation sont plus précoces que ceux de l'hypoorchidie, en particulier la frilosité (2).

Par ailleurs, plus encore qu'à l'état du corps thyroïde, la sensibilité à la thyroïdine est liée à l'état des fonctions du sympathique et du vague, et, en particulier, elle est très grande chez les sympathicotoniques.

B. *Signes déterminés par le traitement thyroïdien*, lorsque celui-ci est pratiqué à la dose utile de quinze à vingt centigrammes (3) :

a) Rien pendant 2 ou 3 jours :

b) Du 4ᵉ au 6ᵉ jour, euphorie, énergie, sensation de force accrue, vivacité de l'esprit, accélération du pouls, légère hypertension, chaleur périphérique.

c) Vers le 7ᵉ jour, ces phénomènes disparaissent et font place à la fatigue, au lumbago, à la céphalée, à l'irritabilité du caractère, à la tachycardie ; en même temps, apparaissent l'amaigrissement et la diurèse.

Cette action ne se produit que si on obtient un effet diurétique marqué, et le patient est soumis à un régime, déterminant déjà par lui-même une baisse de poids.

Alors, celle-ci est accélérée dans la proportion d'un tiers à peu près.

Sous l'influence du traitement, le métabolisme basal augmente. Cet accroissement « devient perceptible dès qu'apparaît la moindre excitation circulatoire. Il passe par son maximum vers le huitième et le neuvième jour, il décroît en même temps si l'accélération circulatoire. En général, huit à dix jours après la dernière prise de thyroïdine le métabolisme est sensiblement revenu à la normale ».

C. *Innocuité de la thyroïdine*. Je cite M. Francis HECKEL : Lorsqu'on emploie la thyroïdine dans le traitement de l'obésité de la façon que je viens de résumer, on n'observe jamais d'accidents, mais parfois des incidents (4) ; palpitations et vertiges, qui n'ont d'autre gravité que celle que les patients ou les médecins leur attribuent, suivant la crainte plus ou moins accentuée qu'ils en ont. Du reste, je n'ai jamais vu d'accidents imputables à la thyroïdine, bien que les doses que je recommande, passent déjà pour être élevées. » M. Francis HECKEL insiste longuement sur ce point.

Il pense que certains accidents décrits sont le fait d'une suggestion due à la réputation de nocivité du médicament.

(1) Un peu plus loin, dans son article auquel je renvoie les lecteurs, M. Francis HECKEL insiste sur le bien qu'il pense de la bicyclette et en particulier sur le rôle qu'elle peut avoir comme gymnastique cardiaque et respiratoire.

(2) Même remarque à propos du golf. La marche en montagne, au contraire, est un véritable sport qui peut faire maigrir.

(1) En entendant le plaidoyer de M. Francis HECKEL, j'ai eu l'explication d'un certain nombre des insuccès que j'ai eus dans ma pratique, déjà importante, de ce médicament appliqué aux cas gynécologiques et obstétricaux.

(2) Pour exemple, M. Francis HECKEL cite une de ses clientes qui, au cours des récidives qui suivent chacune de ses cures d'amaigrissement, constate qu'à 75 kilos, elle devient frileuse. Il suffit de lui faire perdre 4 ou 5 kilos pour voir disparaître ce symptôme.

(3) A doses plus petites, la thyroïdine agit plutôt comme un stimulant de la nutrition.

(4) « Certaines réactions, telles que les crises de tachycardie et les palpitations, s'atténuent et disparaissent si on utilise en même temps l'action de l'hypophyse, de la belladone et du bromure. L'association de l'hydrothérapie froide en été, avec la médication thyroïdienne, fait généralement cesser les bouffées de chaleur accompagnées de palpitations, qu'elle produit chez certaines femmes nerveuses. »

D. Thérapeutique auto-thyroïdienne par le massage thyroïdien. L'auteur recommande le massage de la région thyroïdienne pour produire une autoopothérapie : « Pour pratiquer le massage thyroïdien, il faut d'abord mettre en état de relâchement la région thyroïdienne antérieure, en relevant par un oreiller la tête du patient allongé. Le pincement bi latéral de la glande contre la trachée-artère est le procédé le plus efficace dans ce mode de massage. Il faut y ajouter également quelques mouvements de gymnastique active dont les principaux sont produits par la flexion du menton vers le sternum, produite par la contraction des muscles sterno-mastoïdiens principalement, et accessoirement de tous les muscles sterno et cléido-thyroïdiens, qui brident la glande thyroïde comme une sangle. Cette gymnastique doit être faite la tête pendante sur le bord du lit, de façon à obtenir un plus grand arc, de l'extension à la flexion ; des mouvements de torsion latérale de la tête sont également utiles. »

E. Greffe thyroïdienne du singe à l'homme dans l'obésité. Chez les sujets âgés et obèses à qui M. Francis HECKEL a fait greffer des fragments thyroïdiens en même temps que des fragments testiculaires, l'amaigrissement a été beaucoup plus plus rapide qu'en cas de greffe testiculaire simple.

Les résultats des greffes thyroïdiennes sont très supérieurs à ceux de l'opothérapie. En particulier, il n'y a jamais d'incidents. L'opothérapie est brutale, parce que les prises d'extrait sont massives et fatalement peu fréquentes.

Henri VIGNES.

ACTUALITÉS

La VIe réunion neurologique internationale annuelle

Par H. CODET.

En raison du centenaire de Charcot et du 25e anniversaire de sa fondation, la Société de Neurologie a donné à cette réunion un éclat tout particulier.

Le premier thème d'étude était représenté par la maladie qui porte le nom du maître de la Salpêtrière, la sclérose latérale amyotrophique.

Pour celle-ci, affection relativement rare, qui intéresse surtout le neurologiste, il y a tout intérêt à se reporter directement au très intéressant rapport clinique de M. le professeur Vincenzo Neri et à l'étude anatomo-pathologique si remarquable et si personnelle qu'en ont faite MM. Ivan Bertrand et L. Van Bogaert.

Syndrome, au contraire, des plus fréquents, observé par chacun, *la migraine* a fait l'objet des rapports de V. Christiansen (de Copenhague) au point de vue clinique, et de Pasteur Vallery-Radot, quant à sa pathogénie. Diverses notions sont à retenir de ces exposés hautement intéressants et des communications qui les ont suivis. Fréquemment méconnue à cause de son polymorphisme, cette affection garde ordinairement un aspect caractéristique pour chaque malade. Confondue avec diverses céphalées, elle a pour caractère essentiel de survenir de façon paroxystique, laissant, dans l'intervalle, la santé en parfaite intégrité. Elle est souvent héréditaire, plus fréquente chez la femme, et débute dans l'enfance ou l'adolescence ; les étapes de la puberté et de l'involution ont ordinairement une influence, suspensive pour celle-ci, variable de sens pour celle-là. Les états infectieux, les traumatismes craniens paraissent bien jouer un rôle de provocation ou d'aggravation, ces derniers déterminant plutôt des formes graves, associées à des accidents convulsifs.

La crise elle-même est déterminée par des causes que la plupart des malades apprennent bien à connaître, de même qu'ils savent discerner les prodromes de l'accès. Celui-ci, dans ses formes nettes, migraine simple ou migraine ophtalmique, n'a pas besoin d'être rappelé. Un fait intéressant est que, selon le moment où on l'observe, on constate de la rougeur unilatérale ou diffuse de la face, au début ou à la fin de l'accès, tandis que la période d'état est caractérisée par la pâleur du visage. Cette évolution, rappelée par Bouché (de Bruxelles) a une grande importance pour l'étude du mécanisme de la migraine. Elle explique de plus que l'on ait pu décrire des migraines rouges et des migraines blanches.

Il est encore utile de bien connaître les formes atypiques, sans céphalée par exemple, ou bien celles qui s'accompagnent de vertiges. Anglade a insisté sur les rapports de ces dernières avec les lésions d'otosclérose. Il faut encore songer aux migraines accompagnées, où l'on observe, associées aux signes ordinaires, des paresthésies brachio céphaliques à déplacement lent, avec des accès passagers d'aphasie. Quant aux migraines ophtalmoplégiques, laissant entre les crises des parésies de la musculature externe de l'œil, elles paraissent surtout symptomatiques de lésions cérébro-méningées.

Le diagnostic, en général facile, après examen méthodique, d'après le caractère des paroxysmes doit, surtout éliminer les crises d'épilepsie sensitive et les céphalées plus ou moins intermittentes, sans signe organique (des types dits : anémique, neurasthénique, rhumatismal). Il faut également songer aux vices de réfraction optique, aux sinusites frontales et ethmoïdales.

Le mécanisme de production de la migraine fait l'objet de nombreuses recherches récentes, et Pasteur Vallery-Radot a brillamment exposé l'état actuel de la question. La notion dominante réside en ce que la migraine est un état de crise, pour lequel on ne peut discerner aucune lésion et qui paraît commandé par une perturbation neuro-végétative. On constate régulièrement des phénomènes d'ordre vaso-moteur durant l'accès : pâleur de la face, refroidissement local, dureté de l'artère temporale. Ces faits de vaso-constriction, associés ordinairement à la mydriase, correspondent à ce que l'on observe par excitation du sympathique cervical. De même, comme l'ont montré Sicard, H. Claude, H. Meige, il est légitime d'expliquer les symptômes de la migraine simple par un angiospasme dans le territoire vasculaire du trijumeau ophtalmique et dure-mérien ; le spasme, dans la migraine ophtalmique, s'étendant à la région cortico-calcarine et, dans la migraine accompagnée, à la zone rolandique. La sensation perçue est, du reste, très nettement distinguée par les malades des diverses céphalées où l'on observe de la vaso-dilatation, de la congestion céphalique.

Mais la cause même de cette crise sympathicotonique est variable et l'on peut lui découvrir plusieurs origines. Il existe des migraines d'origine anaphylactique, ainsi que le démontrent les faits cliniques et expérimentaux, où l'on retrouve, associées, des manifestations de choc hémoclasique. Des succès, dus à la désensibilisation par la peptone, en sont encore une preuve. Certains cas, d'origine endocrinienne, sont bien connus ; ceci n'est pas surprenant si l'on songe aux connexions intimes existant entre les glandes endocrines et le sympathique, connexions sur lesquelles H. Claude a insisté. Les migraines liées à des troubles ovariens ou au rythme cataménial ne sont pas rares ; il y a des cas où elles semblent bien en rapport avec une insuffisance thyroïdienne, comme dans les faits exposés par Mussio-Fournier, Léopold-Lévy ; il pourrait aussi exister des migraines d'origine hypophysaire.

Dans certains cas, au point de vue clinique, l'accès migraineux est sous la dépendance de l'alimentation ; ici l'on peut souvent retrouver une insuffisance protéopexique du foie, qui explique le rôle de l'ingestion d'une albumine hétérogène. D'autres mécanismes peuvent jouer pour déclencher le paroxysme sympathicotonique. On peut invoquer une action réflexe, surtout par lésion intestinale. Les variations brusques de température sem-

blent agir en provoquant un véritable choc hémoclasique. Enfin les émotions vives sont souvent capables de produire les accès migraineux, et ceci se conçoit grâce à l'importante action vaso motrice qu'elles exercent.

Il est possible de démontrer l'excitabilité du sympathique au cours de la migraine et, d'autre part, le résultat des thérapeutiques fondées sur cette notion en offre souvent une confirmation satisfaisante.

En tous cas, si la vaso-constriction due à une excitation sympathique paroxystique paraît bien la condition immédiate de l'accès migraineux, les causes génératrices n'en sont pas univoques. A. Souques, D. Santenoise et J. de Massary proposent l'interprétation suivante : chez des sujets présentant une sensibilité cellulaire locale, une poussée de vagotonie, qu'ils ont rencontrée ordinairement avant la crise, représente un état de sensibilisation. Sur cette hyperexcitabilité vagale, provoquée par de multiples causes auto ou hétéro-toxiques, un agent déchaînant toxique ou choquant détermine le paroxysme sous la forme de migraine.

L'étude chimique des humeurs a déjà fourni des renseignements intéressants en montrant la fréquence de l'oxalémie (Loeper), et Schroeder (de Copenhague) a constaté des troubles dans le métabolisme de l'ammoniaque. Weissmann-Netter et Me Weissmann ont observé une élévation de l'alcalose sanguine avant la crise. Toutes ces recherches permettent d'espérer une explication plausible de l'immunité relative dont jouit le migraineux pendant quelque temps après son accès.

Les rapports entre migraine et épilepsie, autrefois envisagés comme notoires, défendus par L. Cornil, semblent problématiques à Pasteur Vallery-Radot qui conclut, sur ce point : « Il n'y a entre la migraine et l'épilepsie qu'une analogie à établir et il n'est pas possible d'expliquer un des deux syndromes par l'autre. »

Quant au traitement, chaque malade sait, par expérience, en appliquer diverses prescriptions effectives dans son cas particulier. Si le régime lacto-végétarien donne, en général, de bons résultatsts, mais passagers, on observe souvent les heureux effets empiriques de diététiques vraiment paradoxales. Une vie calme et bien réglée paraît une condition généralement importante. Comme médicaments, le bromure à doses alternativement croissantes et décroissantes, longuement prolongées, réussit souvent. De même que dans l'épilepsie, mais moins constamment, le gardénal se montre fréquemment efficace. L'opothérapie thyroïdienne a donné quelques succès (Léopold Lévi). D'autre part, le traitement anti-choc, la peptone, en particulier, a dans beaucoup de cas, une action manifeste et parfois curatrice.

Au moment même des prodromes, ou pendant l'accès, tous les analgésiques ont été préconisés, mais non sans quelques inconvénients et avec beaucoup d'insuccès. Les inhalations de nitrite d'amyle, la compression carotidienne, donnent une sédation quelquefois complète, le plus souvent très passagère, mais, chez divers malades, assez durable : de même les injections d'adrénaline ou d'alcool au voisinage de la temporale (Sicard et Haguenau.)

Enfin, il est souvent indiqué de pratiquer un traitement d'ordre général, reconstituant, arsenical par exemple. Mais, à l'ordinaire, c'est la collaboration du malade avec le médecin qui permet, dans chaque cas particulier, au prix de certains tâtonnements, de découvrir l'ensemble de prescriptions hygiéniques, diététiques et médicamenteuses qui convient le mieux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 juin.

M. *J.-L. Faure* lit une notice nécrologique sur M. Schwartz.

M. *Nobécourt* lit des notices nécrologiques sur MM. Pawinski et Oliveira

De l'action du propidon sur les organes hématopoïétiques. — M. *Pierre Delbet* et *Dan Berceano* exposent d'abord que les premiers effets si rapides de son vaccin ne sont pas dus à des phénomènes de choc. Le choc protéinique est caractérisé par l'abaissement de la pression sanguine, par la diminution de la coagulabilité du sang, par une leucopénie primitive.

Après les injections de propidon, la pression sanguine ne s'abaisse pas ; la coagulabilité augmente au lieu de diminuer ; la leucopénie est non primitive mais secondaire, et elle repose surtout sur les mononucléaires.

Il est donc inexact d'assimiler la vaccinothérapie par le propidon à une protéinothérapie.

Les auteurs ont surtout étudié les modifications de l'hématopoïèse engendrées par le propidon.

Dans le sang se produit d'abord une phase d'érythrocytose (augmentation de 500.000 à 1.000.000). Survient ensuite une phase d'érythropénie ; puis se succèdent diverses oscillations et finalement le nombre des globules rouges reste augmenté (de 500.000 à 800.000 au bout de trente jours.)

Quand on fait des injections successives, les mêmes phénomènes se reproduisent avec des oscillations généralement moindres. Le résultat est toujours un gain.

Les phases de leucocytose et de leucopénie se succèdent avec une grande rapidité. En cinq minutes se produit une brusque leucocytose, puis le nombre des leucocytes diminue et c'est pendant cette diminution que surviennent l'élévation thermique et les premiers effets thérapeutiques. Les phases de leucocytose et de leucopénie se succèdent ensuite.

D'après les recherches des auteurs, les modifications du nombre des leucocytes sont réelles. Il y a augmentation et diminution alternatives et non rétention dans les capillaires viscéraux.

L'augmentation est due à une surproduction par les organes hématopoïétiques, la limitation est due à la lyse des éléments granuleux qui versent dans le sang leurs granulations. C'est une véritable sécrétion holocrine endocrinienne, peut-être la plus importante des sécrétions leucocytaires.

La libération dans le sang des sécrétions leucocytaires, quand elles sont très abondantes, produit et l'élévation thermique (leur lyse thermogène) et les premiers effets thérapeutiques sans doute par une action antitoxique.

Pour se rendre compte de l'importance de la sécrétion holocrine endocrinienne, les formules leucocytaires sont insuffisantes, il faut compter le nombre de chaque variété de leucocytes par millimètre cube de sang. En étudiant ainsi des cobayes vaccinés, les auteurs ont pu constater que des centaines et même des milliers d'éosinophiles disparaissent parfois en deux heures de chaque millimètre cube de sang.

Les leucocytes granuleux sont des éléments mûrs. Après qu'ils sont arrivés dans le sang ils n'ont plus qu'une vie courte. Ce n'est pas leur nombre à un moment donné qu'il importe de connaître, mais la relation entre la production et la consommation, c'est-à-dire le débit.

L'étude des organes hématopoïétiques chez les animaux vaccinés montre la surproduction. L'hématopoïèse reparaît dans les organes où elle avait disparu depuis l'enfance ; elle est excitée dans ceux où elle persistait.

Dans la moelle des os, dans la rate, dans les ganglions, on peut suivre la production surabondante, la maturation accélérée des éléments de la série rouge et de la série blanche. Pour cette dernière, l'augmentation des éléments granuleux, surtout des éosinophiles et des mastocytes, est particulièrement saisissante.

Outre ces éléments normaux, les auteurs ont vu apparaître des éléments anormaux. Dans les ganglions, ce sont des cellules gigantesques, parfois binucléées, à la fois phagocytantes et sécrétantes que les auteurs considèrent comme des cellules du système réticulo-endothélial mobilisées.

Dans la rate, ce sont des monocytes contenant une grosse boule de sécrétion, que les auteurs rapprochent du corps de Kurloff. Ils donnent à ces cellules le nom de diacrisocytes et pensent qu'elles ont une fonction antitoxique.

Tous ces éléments des séries blanche et rouge passent dans le sang par ondes, par vagues qui correspondent à leur phase de maturation. Les granulocytes versent leurs sécrétions dans le plasma où elles sont utilisées.

Les organes hématopoiétiques se vident en remplissant le sang. Pendant que le sang passe par leucolyse de la leucocytose à la leucopénie, les organes hématopoiétiques se rechargent et le rythme recommence.

C'est en somme sur les organes hématopoiétiques que le propidon agit.

Augmentation du nombre des globules rouges, augmentation des éléments granuleux, les plus actifs de la série blanche. Tels sont les principaux facteurs de l'accroissement de résistance produite par le propidon.

Leurs expériences ayant surtout porté sur des animaux sains, les auteurs n'envisagent pas la vaccinothérapie proprement dite. Ils concluent que les injections préventives de propidon sont actuellement le meilleur moyen de préparer un sujet è une opération.

La cure héliomarine du rachitisme.. — M. *Jaubert* (d'Hyères) présente un travail portant sur 210 cas de rachitisme traités par la cure hélio-marine. L'étude de cette statistique permet de conclure à l'excellence des résultats obtenus.

Toutefois, les résultats seraient encore meilleurs si l'hospitalisation des rachitiques au bord de la mer pouvait s'étendre à un plus grand nombre d'enfants et surtout si elle était plus précoce et pouvait se faire dès l'âge de 12 à 14 mois.

Le Congrès de Thalassothérapie de Boulogne avait émis un vœu dans ce sens il y à 30 ans, vœu qui vient d'être repris par le Congrès d'Arcachon. Pour aider à sa réalisation, il y aurait intérêt à ce que l'Académie lui apporte l'appui de sa haute autorité scientifique.

La leucopyrétothérapie dans la paralysie générale. — *M. A. Marie* présente à l'Académie les graphiques et observations de 235 cas de P. G.

Ces malades ont été traités par la méthode leucopyrétique avec son collaborateur le Dr Kohen.

Les auteurs ont obtenu 33 % de rémissions.

Plus de 100 malades ont subi l'inoculation malarique, 30 la récurrente, les autres la tuberculine, les nucléinates ou lactoprotéides.

Ces derniers produits, moins sûrs que les fièvres expérimentales, peuvent du moins aider à réveiller les accès fébriles trop tôt éteints.

La température même modérée, jointe à l'hyperlymphocytose, permet mieux d'atteindre le spirochète par les médications spécifiques complémentaires.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 juin 1925

Volvulus de l'intestin grêle. — *M. Grégoire* rapporte deux observations, l'une de *M. Bonnecase* (de Sens) relative à un malade atteint de douleur abdominale très vive avec arrêt des matières et des gaz, sans fièvre. L'intervention montre une *ascite sanglante* caractéristique et une anse tordue, en volvulus, sur une bride très serrée. La section de la bride permet la detorsion et est suivie de guérison. La deuxième se rapporte à un Sénégalais opéré par *M. Oudart* (de la marine) au cours d'une crise abdominale aiguë, faisant penser à une appendicite évoluant sans fièvre. A l'intervention on trouve une *ascite hémorrhagique* et un volvulus de la terminaison de l'iléon sur 30 centimètres ; à la base de l'anse une bride fibreuse s'étend du grêle à la pointe de l'appendice. Section de la bride, détorsion Guérison.

Il faut donc noter ces volvulus secondaires à la fixation d'une anse grêle par des adhérences pathologiques (appendicite ou autre cause). Sur ce point fixe l'anse peut se tordre sous l'influence des mouvements péristaltiques exagérés et la distension de l'anse peut avoir son importance dans le volvulus.

Luxation de l'épaule avec fracture du col huméral et lésions du paquet vasculo-nerveux axillaire. — *M. Rouvillois* rapporte une observation de *M. Vanlade* (armée). Quatre mois après un accident d'automobile, le blessé présentait une luxation de l'épaule avec fracture double du col chirurgical et du col anatomique s'accompagnant de douleurs, de paralysie, de troubles trophiques et de disparition du pouls, faisant penser à une double lésion de l'artère et du plexus brachial. La réaction de dégénérescence était totale pour le radial, incomplète pour le médian et le cubital.

Par voie transpectorale, M. Vanlade dissèque le paquet vasculo-nerveux, allongé et étiré sur un bloc fibreux qui est réséqué, ainsi qu'un fragment osseux ; la tête humérale ne comprimait pas le paquet et fut laissée. Deux mois après les résultats fonctionnels étaient excellents.

Les voies d'accès du médiastin antérieur. — *M. Grégoire* pense qu'il peut être intéressant d'aborder le médiastin sans ouvrir la cavité pleurale, crainte non du pneumothorax mais de l'infection. Celle-ci est en effet favorisée du fait qu'il s'agit souvent de kystes dermoïdes suppurés. La voie médiane permet de décoller la plèvre. Elle a été étudiée par A Grégoire sur le cadavre et réalisée dans un cas de tumeur du médiastin. Il s'agissait d'un homme de 55 ans présentant des poussées congestives avec cyanose du visage, des lèvres, turgescence des jugulaires, gonflement du cou et déviation du larynx ainsi que de la trachée à droite. La radiographie montre une tumeur de la taille d'une orange repoussant la trachée. Il s'agissait non d'un sarcome comme on l'avait d'abord pensé, mais d'un goitre aberrant siégeant entre la crosse de l'aorte et le tronc veineux innominé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 Juin 1925

Le rôle du terrain dans l'infection diphtérique et l'immunité antidiphtérique. De la réactivité naturelle. — Ch. *Zœller* montre l'importance de la notion de terrain dans l'immunisation antidiphtérique. Si dans une collectivité les divers sujets se vaccinent, inégalement, cela tient tout d'abord à ce que certains d'entre eux sont prévenus par un contact microbien antérieur (allergie). Mais sujets neufs eux-mêmes ont une *réactivité naturelle* différente. Les uns ont une réactivité naturelle faible (hyper-réceptifs) ; les autres une réactivité naturelle intense. Si la réactivité naturelle était le facteur exclusif de l'immunité la rection de Schick n'aurait plus qu'une valeur insignifiante comme test de l'immunité.

Mais dans le groupe le plus nombreux des sujets à réactivité moyenne les facteurs accessoires de l'immunité reprennent toute leur valeur.

L'étude du rôle du terrain dans la diphtérie comporte la recherche de sujets à diphtérie récidivante, l'étude des familles à diphtérie, celles des sujets hyper-réceptifs rebelles à la vaccination.

Essai d'immunisation des collectivités avec l'anatoxine diphtériques. — *MM. Louis Martin, G. Loiseau et A. Laffaille* — 1.297 sujets ont été vaccinés. M. Martin et Loiseau rappellent que pour obtenir une bonne immunisation, il faut espacer les injections, 15 jours sont nécessaires entre deux injections, les résultats sont meilleurs avec trois semaines d'intervalle.

Les enfants supportent bien la vaccination, ce sont eux surtout qu'il faut vacciner : Chez eux, il est inutile de pratiquer la réaction de Schick, puisque trois injections immunisent presque sûrement tous les vaccinés.

Chez l'adulte, qui réagit plus vivement, il est préférable de rechercher les immuns et les sensibles et de réserver la vaccination aux sels sensibles. René GIROUX.

ANALYSES

Une médication étiologique active de la constipation par acholie ou constipation habituelle. (Dr E. L. GALAND. *Le Concours Médical*, 30 novembre 1924)

L'école moderne a montré que, le plus souvent, la constipation est due à une insuffisance biliaire facile à reconnaître à la décoloration des feces. Souvent, l'entérite chronique elle-même n'a pas d'autre origine. Il s'agit d'un dysfonctionnement cellulaire, d'un trouble de la fonction biligénique. Le Dr E. L. GALAND admet cette origine et cherche dans l'opothérapie biliaire le moyen de la modifier. Après Vialard et Larcher, cet auteur fait appel à l'association des acides biliaires purs et de l'héxaméthylène-tétramine qu'il considère comme l'agent actif tout à la fois de l'opothérapie et de la désinfection biliaires.

Il cite de nombreuses observations personnelles de constipation chronique habituelle très améliorées par cette méthode et donne à ses recherches les conclusions suivantes :

« Lorsque la constipation s'accompagne d'un état plus ou moins accusé d'acholie, notre traitement amène d'excellents résultats dans plus des deux tiers des cas. Les selles reprennent une consistance normale, se colorent et se régularisent. Ce résultat se maintient longtemps et la constipation ne reparaît pas.

« Chez les malades qui, après la régularisation des selles, veulent suivre cette méthode thérapeutique, pendant environ 15 jours par mois, la fonction intestinale reste normale et les symptômes d'entérite s'éloignent progressivement.

« Lorsque nous n'obtenons que des résultats passagers ou insuffisants, nous pensons qu'il s'agit d'une entérite étiologiquement mal définie, qu'il s'y mêle d'autres éléments provocateurs ou que la cellule hépatique lésée réagit mal à la médication.

« En un mot, nous estimons que le traitement de la constipation n'est pas dans les laxatifs ou dans les seuls cholagogues, mais qu'il se trouve représenté par la stimulation régulière du fonctionnement hépato-biliaire. Il faut ramener le cours naturel de la bile dans l'intestin et pour cela agir, tout à la fois, par l'opothérapie et la désinfection. Nous sommes ainsi de l'avis de Vialard lorsqu'il écrivait « l'Association des acides biliaires purs et de l'hexaméthylène-tétramine désignée sous le nom de Félamine agit d'une façon rapide, sûre, durable et n'occasionne aucun spasme intestinal douloureux. »

Nous ajouterons seulement ces quelques lignes : ce médicament représente le traitement physiologique actif de la constipation, quand on l'emploie aux doses voulues et pendant le temps nécessaire à une opothérapie hépato biliaire efficace.

Notes sur l'injection endo-veineuse de somnifène en pratique psychiatrique, (E. LEVET, *Annales Médico-Psychologiques*. Paris, 1924, novembre.)

Dans l'asile d'aliénés dont il est le médecin en chef, M. LEVET utilise depuis déjà longtemps le somnifène, non seulement par voie buccale mais encore par voie intra-musculaire, et par voie endo-veineuse. Cette dernière utilisation a été signalée également par M. LAIGNEL-LAVASTINE, et M. le Dr Gilbert ROBIN (Société de Psychiatrie, Paris, 20 novembre 1924). M. CROUZON (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 12-19 décembre 1924) et M. ANGLADE (Soc. de Méd. de Bordeaux, séance du 28 novembre 1924).

M. LEVET, après avoir fait d'abord des injections de scopomorphine préalables, n'utilise plus actuellement que le somnifène pur, sans toutefois dépasser la dose de 4 à 6 cc. Pour lui, une seule ampoule de 2 cc. suffit à produire la sédation nécessaire pour conduire et maintenir au bain de thérapeutique les malades indociles, pour assurer le repos et la tranquillité dans une salle troublée par l'agitation des malades.

D'autre part, il fait remarquer combien dans les services d'aliénés la ponction lombaire est parfois mouvementée par l'état d'excitation des malades : ils fuient devant l'aiguille se raidis-

sent en opposition, contracturés parfois autant que des cérébro-spinaux, et rendent impossible la tâche de l'infirmier qui s'efforce en vain de rapprocher tête et genoux et d'obtenir le « gros dos ». Comme on le sait, la méthode de l'anesthésie progressive des plans par la novocaïne si utile chez les sujets pusillanimes, ne sert à rien ici, sinon à prolonger la manœuvre opératoire au bénéfice des réactions négativiques du sujet. En plus des aiguilles faussées, tordues, ces ponctions, faites dans de mauvaises conditions, ne fournissent souvent qu'un liquide mélangé de sang et inutilisable pour le laboratoire. L'injection endo-veineuse préalable de somnifène a toujours permis à M. LEVET des ponctions lombaires faciles et simples, si bien qu'il la considère désormais comme un temps préliminaire de la ponction lombaire chez les agités.

De même, il a utilisé le somnifène pour toutes les petites interventions chirurgicales auxquelles sont obligés la plupart des médecins d'asiles de province, et bien plus, il considère que le triomphe de cette narcose, c'est son emploi dans certains cas difficiles d'alimentation par la sonde œsophagienne, car avec une endoveineuse préalable de somnifène, nul besoin de camisole, aucune lutte, la sonde œsophagienne est introduite tout simplement et proprement : peut-être seulement, par crainte des fausses routes sous narcose, serait-il prudent de n'utiliser en ce cas que de grosses sondes.

En résumé, il semble bien que le somnifène, en dehors des services très importants qu'il peut rendre comme sédatif et hypnotique lorsqu'il est administré par voie buccale, est appelé à être utilisé de plus en plus dans tous les services de psychiatrie, soit dans les transports d'aliénés, soit chez les grands agités de toute nature, soit dans la vie journalière des asiles, comme le fait remarquer si excellement M. LEVET, et dans ce cas il vaut mieux employer la voie endo-veineuse, soit que l'on préfère la technique de M. FREDET, à l'exemple de M. CROUZON, soit qu'on supprime la scopo-morphine, comme le fait M. LEVET.

BIBLIOGRAPHIE

La médecine du temps présent, par le Dr Henri BOUQUET. Un volume in-16, broché : 8 francs. Librairie Hachette.

Le grand public et les médecins trouveront ici l'ensemble des notions médicales nouvelles.

Leur auteur les a groupées sous quatre rubriques : les maladies dont on parle ; les nouvelles méthodes de diagnostic ; les nouvelles thérapeutiques ; quelques questions d'hygiène.

Les maladies dont on parle... Il est indispensable, en effet, que le public sache ce qu'elles sont, possède sur elles des notions vraies, précises, exactes, et qui le prémunissent aussi bien contre un pessimisme exagéré que contre une confiance excessive.

Les nouvelles méthodes de diagnostic... Il est bon et même nécessaire que le malade sache et comprenne pourquoi celui à qui il a confié la charge de sa santé lui propose certaines analyses, certaines épreuves, certains examens qui peuvent, au premier abord, lui apparaître superflus ou inutiles. Ignorant, il aura une tendance naturelle à ne pas s'y soumettre : instruit, il deviendra pour le médecin un collaborateur et un aide, au grand bénéfice de sa propre santé.

Les nouvelles thérapeutiques... Là encore, en acceptant facilement, puisqu'il aura compris leur genèse et leur valeur, ces nouvelles thérapeutiques, le malade se fera l'auxiliaire précieux du médecin. A plus forte raison se gardera-t-il, vis-à-vis de l'ordonnance, de ces licences imprudentes qui vicient totalement les résultats, induisent en erreur celui qui a établi la prescription et finissent toujours par être payées douloureusement par le malade.

Quelques questions d'hygiène... Pour se préserver des maladies évitables, le médecin n'intervient plus, sinon comme conseiller. En cette matière, il importe, en effet, que le public soit son propre défenseur. C'est lui qui, bien souvent, doit prendre spontanément ses mesures de protection. Encore faut-il qu'il soit instruit de ce qu'il peut et doit faire et des raisons pour lesquelles tels avis lui sont donnés.

Cette rapide analyse suffit amplement à montrer à tous la richesse de ce précieux volume où un médecin érudit, qui est aussi l'un de nos plus réputés écrivains scientifiques, a condensé en des pages lumineuses les leçons d'une expériences très avertie.

L'angine de poitrine, par Sir James MACKENZIE. Traduit de l'anglais par le Dr E. GUILLEAUME (de Spa), 1 volume gr. in-8° avec 67 figures dans le texte, 25 francs. (Librairie Félix Alcan.)

Comme les autres ouvrages de J. Mackenzie, la présente monographie est un travail purement clinique. Elle est le résultat de l'observation de toute une longue existence et faite par un homme qui doit être considéré égal à Sydenham, on peut le comparer aux plus grands des médecins Français, tels que Jaccoud, Trousseau et Potain. Il en a la clarté et l'envergure.

C'est le mystère qui enveloppe encore la pathogénie de l'angine de poitrine qui rend cette affection si effrayante aux yeux de certains médecins. C'est ce mystère qui les intimide lorsqu'il est question de pronostic et de traitement.

J. Mackenzie envisage ce problème d'une façon si simple, avec tant de sens commun que, lorsqu'on a bien saisi sa pensée, on s'avance dans ces domaines avec plus de sureté et de sang-froid.

L'ouvrage est suivi d'un grand nombre d'observations qui viennent à l'appui des opinions de l'auteur et qui permettent de contrôler la solidité de leur fondement.

Larousse mensuel illustré. N° de juin. La seule revue véritablement encyclopédique embrassant toutes les manifestations de la vie contemporaine. Le n° contenant 29 articles sur la littérature, les arts, les sciences, la politique, l'histoire, la géographie, l'économie politique, l'industrie, etc., 3 fr. Abonnement d'un an : France : 32 fr. Etranger : 38 fr. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris.

Collection « Les Beaux Livres ». Magnifiques ouvrages in-4 (16 × 21) imprimés en deux teintes sur papier mat de luxe et illustrés chacun de 175 à 200 héliogravures. Couverture en couleurs, reproduisant sur papier mat à grains une aquarelle de maître.

Vient de paraître : Paul Guiton : **Au cœur de la Savoie**, Chambéry, Aix et les Bauges. — La Maurienne. — La Tarentaise. — Annecy et son lac.s — Les Bornes et le Faucigny. — Le Chablais et le Léman. — Le Sports d'hiver en Savoie. 180 héliogravures, couverture en couleurs de Burger.

Pour paraître en juin : **La route des Alpes**, par Henri Ferrand. — **La Belgique**. Tome I, par C. Holland et Jean de Metz. Prix de souscription de ces volumes brochés : 14 fr. Prix à la parution : 16 fr. Reliure, dos basane tigrée, tête dorée, en sus : 16 fr. Editions J. Rey, 23, Grande-Rue, Grenoble.

L'ART DE RECONNAITRE LES STYLES. **Les meubles rustiques et régionaux de la France**, par Emile Bayard. 1 vol. 348 p., in-16 colombier, illustré de 230 gr. broché : 20 fr. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris,

Extrait de la table des matières : La nature et l'expression d'art régional et rural, — Généralités sur le meuble et l'ustensile régionaux et ruraux. — Sur la fragilité d'une « géographie » du meuble au temps de la Renaissance. — Le meuble rustique breton. — Le meuble rustique en Flandre. — Le meuble rustique en Normandie. — Les meubles rustiques en Alsace, en Lorraine et dans les Vosges. — Les meubles rustiques en Champagne et dans le Berry. — Le meuble rustique en Vendée. — Le meuble rustique en Touraine et en Picardie. — Les meubles rustiques en Auvergne et en Limousin. — Les meubles rustiques en Gascogne et au Pays Basque. — Les meubles rustique en Provence et en Bourgogne. — Lesmeubles rustiques en Saintonge et en Savoie. — Les meubles rustiques lyonnais, bressans, nivernais, périgourdins, franc-comtois, dauphinois.

Port-Royal et le jansénisme. Exposition à la Bibliothèque Sainte-Geneviève du 16 mai au 16 juin 1925. 1 vol. in-16, 96 p. décorées de bois de Paul Baudier et 8 pl. hors-texte : 7 fr. 50. Editions Morancé, 30 et 32, rue de Fleurus, Paris.

Cette exposition réunit une documentation exceptionnelle sur Port-Royal et le Jansénisme. Outre les gravures classiques qui ont popularisé les sites célèbres, on y trouve la magnifique série d'œuvres d'art de l'ancienne collection Augustin Gazier, récemment acquise par les musées nationaux. Le catalogue édité à cette occasion reproduit quelques-unes des pièces les plus remarquables, et comporte des notions érudites et un historique très précis.

Revues des cours et conférences. Paraît le 1er et 15 de chaque mois. Le n° 3 fr. Abonnement : 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, Rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 mai 1925 : F. Strowski : La philosophie de l'homme dans la littérature française (VII). — P. Lejay : Plaute (XVI). — L. Febvre : La première Renaissance française (II). — F. Baldensperger : Alfred de Vigny et les littérature étrangères (VI) — Th. Grabowski : Introduction à l'histoire de la littérature polonaise (III). — P. Cloché : L'Italie (VI). — G. Ascoli : Voltaire (XII).

Daubenton et l'exploitation de la nature, par M. Louis Roule. Vol. in-8o de 246 pages, E. Flammarion, édit., Paris.)

Ce livre est la seconde monographie de l' « *Histoire de la nature vivante, d'après l'œuvre des grands naturalistes français* » que M. Roule vient de terminer. Cette étude, destinée à montrer le rôle considérable de la pensée française dans l'essor des siences biologiques, vient après la publication de l'œuvre de Buffon et précède celles qui paraîtront successivement sur Cuvier, Lamarck-Bernardin de Saint-Pierre et Lacépède.

Bien que Daubenton ait été surtout un remarquable naturaliste et qu'il n'ait pratiqué la médecine que durant quelques mois de sa longue carrière, il doit nous intéresser tout particulièrement comme membre de la Société de médecine d'avant la Révolution et comme maître de son neveu par alliance, le célèbre anatomiste Vicq d'Azyr.

Daubenton a joui en son temps d'une renommée éclatante et justifiée. Collaborateur de Buffon, il a préparé à lui seul et rédigé toute la partie anatomique de la célèbre « *Histoire naturelle* ». Plus tard il s'est occupé de l'élevage du bétail, en a établi les méthodes et a acquis une place de premier plan parmi ceux qui ont fait de la zootechnie moderne. Comme professeur au Muséum d'histoire naturelle, il s'est montré vulgarisateur émérite, animateur de vocations et a laissé une grande réputation. C'est à lui que l'on doit les premières collections du Muséum destinées à l'instruction du grand public et l'établissement des règles suivies dans le monde entier pour l'organisation des grands musées d'histoire naturelle.

Daubenton a inlassablement consacré sa longue vie à la recherche scientifique, à la vulgarisation des résultats acquis dans l'exploitation rationnelle de la nature vivante afin d'en utiliser les produits à l'amélioration de l'hygiène publique et à l'amélioration du sort misérable du peuple d'avant la Révolution. Ce fut une grande et noble figure qui méritait d'être sortie d'un demi-oubli. C'est ce qu'en savant psychologue M. Roule a su excellemment faire. En prenant Daubenton comme type, il a montré, dans un livre très agréable à lire, les pensées et les aspirations des savants et des intellectuels de la période prérévolutionnaire jusqu'au Consulat et aussi parfois celles des naturalistes modernes.

Victor Hugo, par Madame Mary Duclaux. 1 vol. de la Collection « Nobles vies. Grandes œuvres ». Cartonné : 6 fr. Librairie Plon-Nourrit, 8, rue Garancière, Paris.

Mettre à la portée de tous ce qui, dans une vie ou dans une œuvre, rayonne, crée un idéal, suscite les énergies, révèle les apostolats. Voilà l'idée génératrice de cette collection.

L'Europe galante, par Paul Morand. Un volume in-16 double-couronne, Prix : 7.50. (Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.)

Voici le premier livre d'une série dont l'ensemble formera une sorte d'ethnographie grotesque, d'atlas rose et noir, des années 1925 et suivantes. Ne faut-il pas aussi une « chronique » à ce XXe siècle si proche du XVIe siècle par sa brutalité, sa préciosité et ses grandes découvertes ?

On ne trouvera, en cette *suite*, rien d'autre que les plus vieilles folies, vêtues de neuf. La farce et le goût du subtil, ces nouveaux mariés, cohabitent en bonne intelligence.

Et la morale ? Son éloge, bien souvent, s'y cache, entre les lignes.

Livres d'occasion. Catalogue régulier, envoyé sur demande adressée à la Librairie Bouscaren, 7, Impasse de la Martinique, Le Havre.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Traité d'endocrinologie. La thyroïde, par M. Lucien J. Parisot et G. Richard, in-8o, 626 p., 93 fig. : 70 fr. (Doin).

La Mélancolie. Clinique et thérapeutique, par R. Benon, in-16, 145 p. : 10 fr. (Doin).

Etudes de psychologie sexuelle. V. Le symbolisme érotique. Le mécanisme de la détumescence, par Havelock Ellis, édit. française, traduite par A. Van Gueup, in-8o : 15 fr. (Mercure de France).

Œuvres Complètes de Michel de Montaigne. Notes et éclaircissements du Dr Armaingaud. Tome III, in-12 : 25 fr. (Conard).

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 26 Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 27 JUIN 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de médecins des hôpitaux.*

Consultation écrite, séance du 10 juin : MM. Boulin 19, 27. Ravina 19, de Gennes, 19, 81, Jacob, 19, 81 et Bith 19.

Candidats admissibles à la seconde épreuve. — MM. Pruvost, Hutinel et Moreau, 20, Jacob et de Gennes, 19,81, Jacquet et Gutmann, 19,36, Carrié, Alajouanine et Boulin 19,27, Haguenau et Mouquin 19,09, Bith, Nicaud et Léon Kindberg 19.

Epreuve clinique : séance du 16 juin. — MM. Hutinel, Moreau et Pruvost 20. Les autres candidats se sont retirés.

A la suite de ce concours sont nommés médecins des hôpitaux : MM. Pruvost, Hutinel et Moreau.

Concours d'ophtalmologiste des Hôpitaux. — *Epreuve opératoire : séance du 10 juin.* Question posée : Enucléation du globe oculaire. MM. Lagrange 18, Hartmann 17, Montbrun 19.

Consultation écrite : séance du 11 juin : MM. Montbrun, Hartmann et Lagrange 29.

A la suite de ce concours, M. Monbrun est nommé ophtalmologiste des hôpitaux.

Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *1re épreuve écrite.* Question donnée : Articulation sacro-iliaque (anatomie et physiologie) : MM. Portes 28, Lantuéjoul 20, Powilewicz 15.

2e épreuve écrite : Inversion utérine purpérale aiguë : MM. Lantuéjoul 20, Powilewiez 21, Portes 22.

Epreuve clinique : séance du 9 juin : MM. Portes 25, Lantuéjoul, 25, Powilewiez 19.

Classement des candidats : MM. Portes, 75 p., Lantuéjoul 65 et Powilewicz 55.

Sont déclarés admissibles : MM. Portes et Lantuéjoul.

Epreuve opératoire : séance du 15 juin : Ligature de l'artère carotide primitive externe au-dessus du muscle omo-hyoïdien. Désarticulation du coude (méthode elliptique) : MM. Vaudescal 13, Couinaud 17, Lantuéjoul 15, Portes 18.

Concours pour un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Le traitement fixe de début est de 8000 fr. et peut atteindre 11,000 par avancements successifs de 1.000 fr. Au bout de deux ans de service, les médecins adjoints peuvent prétendre à un emploi de directeur, dans la limite des places disponibles et après inscription sur la liste d'aptitude. En outre du traitement, ils bénéficient gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage, et ont la faculté d'utiliser, à titre onéreux, le ravitaillement de l'établissement. Ils ne peuvent faire de la clientèle que dans les conditions prévues aux articles 23 et 28 du décret du 10 août 1920.

Les candidats devront être Français, âgés de moins de trente-cinq ans, produire un extrait de leur acte de naissance, un extrait de leur casier judiciaire, un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat, et toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les candidatures, accompagnées des pièces et renseignements ci-dessus énoncés, seront adressées au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès), où elles seront reçues jusqu'au 2 juillet 1925.

Clinique maritime du Coq-sur-Mer. — *Cours de vacances.* — Du 17 au 22 août prochain, le docteur Delchef donnera à la Clinique Maritime du Coq-sur-Mer, un cours de vacances avec la collaboration des docteurs Wettendorff de Middelkerke et Ledent, de Liège. Le cours sera illustré de démonstrations pratiques (appareillages et opérations).

Le droit d'inscription est fixé à cent francs.

Les médecins désireux de suivre le cours sont priés de bien vouloir envoyer leur adhésion au docteur Delchef, 38 rue Stévin, à Bruxelles, avant le 1er août.

Programme du cours. — 1. Généralités sur la chirurgie de l'appareil moteur ; 2. Généralités sur les tuberculoses chirurgicales ; 3. Diagnostic et traitement de la coxalgie ; 4. Diagnostic et traitement des arthrites non tuberculeuses de la hanche ; 5. Diagnostic et traitement du mal de Pott ; 6. Diagnostic et traitement de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou ; 7. Diagnostic et traitement des autres localisations articulaires de la tuberculose ; 8. Les abcès froids et les adénites tuberculeuses ; 9. Tuberculose chirurgicale et travail ; 10. Interprétation de radiographies d'ostéo-arthrites tuberculeuses ; 11. La thalassothérapie, l'héliothérapie et la photothérapie des ostéo-arthrites tuberculeuses (Dr Wettendorff) ; 12. La gymnastique orthopédique (Dr Ledent).

Société de médecine de Paris. — *Prix à décerner en 1925.* — En décembre 1925, dans sa dernière séance, la Société de Médecine de Paris décernera le Prix Duparque (1.200 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant : *Les diverticules du duodénum.* (Etude anatomo-clinique et thérapeutique).

Les mémoires *inédits* et *anonymes* porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur ; ils devront être déposés avant le 15 *octobre* 1925, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, Dr P. Blondin, 3, rue Cernuschi (XVIIe).

Seuls les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

Bureau municipal d'hygiène de Bayonne. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Bayonne (Basses-Pyrénées).

Le traitement alloué est fixé à 6.100 fr. par an,

Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1925, entre les Internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'Elève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'Administration centrale (Bureau du Service de Santé) avant le 21 novembre 1925, au plus tard.

MM. les Internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le Concours des Prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le Prix Civiale.

Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'administration générale de l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le

meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé, chaque année, à la fin du concours.

Exceptionnellement en 1925, il sera décerné deux prix aux candidats internes deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1925 le Concours sera ouvert le jeudi 3 décembre 1925.

Les Elèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale (Service de santé), tous les jours les dimanches et fêtes exceptés, de quatorze heures à dix-sept heures, du 5 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du Concours devra être déposé avant le jeudi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

XVIIIe Congrès français de médecine (Nancy, 16-19 juillet 1925). — Président : Dr Simon, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Nancy ; Vice-présidents : Dr Haushalter. Dr Giry ; Secrétaire général : Dr G. Étienne ; Secrétaire général adjoint : Dr Cornil ; Trésorier : Dr Winstel, 5, Place St-Jean. (C. Ch. post. Nancy 115-81).

Programme général du congrès. — Jeudi 16 juillet : 9 heures, séance d'ouverture du Congrès (Salle Victor Poiret) près de la gare) ; 10 h. 1/2. Visite des hôpitaux (des autos-cars seront à la disposition des congressistes) ; 14 heures. Grand amphithéâtre de l'Institut Anatomique, rue Lionnois. Les angines de poitrine, rapporteurs : MM. Gallavardin, de Lyon, Richon, de Nancy. Discussion et communications ; 17 heures. Réception à l'Hôtel de Ville (Place Stanislas) ; 18 heures. Visite de Nancy-Thermal.

Vendredi 17 juillet : 9 heures. Grand Amphithéâtre de l'Institut Anatomique, rue Lionnois. De l'acidose, rapporteurs : MM. Labbé et Nepveux, de Paris, Petren, de Lund, Suède, Dautrebande, de la Fondation Reine-Elisabeth, à Bruxelles : discussion et communications ; 2 heures. Suite de la discussion des rapports sur l'Angine de poitrine et sur l'Acidose et communications diverses ; 17 heures. Excursions en groupes : Sanatorium de Lay-Saint-Christophe, Préventorium de Flavigny, Mines de sel de Varangéville, Grand-Couronné. Messieurs les Congressistes sont priés de s'inscrire dès que possible pour l'une ou l'autre de ces excursions pour permette d'organiser les moyens de transport. Prix variable suivant la distance, 7 à 12 francs par place ; 20 h. 45. Représentation de gala au Grand Théâtre (Place Stanislas).

Samedi 18 juillet : 9 heures. Grand Amphitéâtre de l'Institut Anatomique : Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires, rapporteurs : MM. Bezançon et I. de Jong de Paris, J. Parisot et Caussade de Nancy. Discussions des rapports, 14 heures. Communications diverses (Amphithéâtre de l'Institut Anatomique) ; Communications de Dermatologie et Syphiligraphe (Hôpital Fournier) ; communications relatives à la Tuberculose (Hôpital Villemin) ; 18 heures. Assemblée générale de l'association des médecins de langue française ; 19 h. 1/2. Banquet des Congressistes au restaurant Walter (place Stanislas).

Dimanche 19 juillet : Excursions finales. 1° Lunéville (château et bosquets), Badonviller, La Chapelotte (champ de bataille), Vexaincourt, Le Donon. Retour par Saint-Quirin, Cirey, Blâmont. Prix approximatif : 60 francs. — 2° L'Administration des Eaux de Contrexéville invite les Congressistes. Le retour se ferait par Vittel Courses). Prix approximatif : 50 francs. MM. les Congressistes sont instamment priés de faire connaître d'urgence celle des deux excursions qui a leurs préférences, en raison de la nécessité d'organiser les moyens de transport.

L'excursion choisie sera celle désignée par la majorité des suffrages.

Nécrologie. — Dr Marc Leconte. — Dr Thomas Ernest.

TRAVAUX ORIGINAUX

De la valeur réelle du ganglion de Troisier

Par

G. FAROY et Robert WORMS,

Médecin des hôpitaux de Paris — Interne des hôpitaux de Paris

En 1886, Troisier faisait à la Société médicale des hôpitaux une communication sur l'existence possible de ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. Cette adénopathie, considérée classiquement avec Chomel et Béhier comme un signe — et signe précieux — de cancer intra-thoracique, avait cependant été observée déjà par différents auteurs (Virchow, Henoch, Leube, Oppolzer, Friedreich) au cours de cancers du foie ou de cancers de l'estomac. Troisier, qui en fournissait trois observations, dont une avec vérification anatomique, attirait de nouveau l'attention sur cette propagation possible d'un cancer gastrique et insistait d'emblée sur la signification diagnostique qu'elle était susceptible de prendre dans des cas de cancer latent. Bientôt il apportait une observation, due à Raymond, de ganglion sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer du col de l'utérus. Une série de faits était peu à peu publiée, qui démontrait que l'altération secondaire des ganglions cervicaux pouvait se voir dans la plupart des cancers de l'abdomen.

Le *ganglion de Troisier* n'allait pas tarder à devenir classique.

Quels en sont donc les caractères ? Par quelle voie s'effectue la propagation cancéreuse ? Quelle valeur séméiologique convient-il d'attribuer actuellement à ce signe ? C'est ce dernier point surtout que nous nous efforcerons de préciser.

***

Les *caractères cliniques*, Troisier les a décrits à plusieurs reprises. Un frait frappant, que Virchow avait déjà signalé, est la fréquence de la *localisation à gauche* : sur 27 cas de Troisier, 19 concernent une adénopathie de ce côté, contre 4 adénopathies droites et 4 bilatérales.

Dans le triangle sus-claviculaire, où ils siègent, on met en évidence un ou plusieurs ganglions immédiatement au-dessus du tiers moyen de la clavicule, souvent aussi entre les deux chefs du sterno-mastoïdien et sur le bord antérieur du trapèze ; les ganglions jugulaires peuvent se prendre à leur tour. Le plus souvent, on observe une tumeur principale répondant au creux sus-claviculaire proprement dit. Parfois l'adénopathie cervicale coexiste avec une localisation axillaire ou inguinale.

Au début de leur apparition, les ganglions ne sont appréciables que par la palpation ; mais bientôt ils font une saillie plus ou moins apparente qui déforme la région. Quelquefois ils acquièrent un certain volume en fort peu de temps, puis restent stationnaires ; le plus souvent, demeurant isolés ou se soudant par groupe de deux ou trois, ils s'accroissent peu à peu, pour avoir, au moment de la mort, la grosseur d'une noix ou d'un œuf.

Un ganglion atteint est bosselé à sa surface, très dur, d'une consistance presque pierreuse, mobile sur les parties profondes et n'adhérant pas à la peau, qui n'offre à son niveau aucune altération, somme toute sans périadénite. Quelques ganglions, plus profonds, peuvent paraître moins mobiles, étant bridés par les plans aponévrotiques.

Dureté, irrégularité, absence de réaction locale, tels sont les caractères physiques de l'adénopathie décrite par Troisier. Il faut un examen systématique du creux sus-claviculaire gauche pour la déceler, car tout symptôme fonctionnel manque dans la règle ; il est exceptionnel qu'un ganglion détermine des phénomènes de compression, et l'*indolence* complète est habituelle, le ganglion n'étant le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée.

***

Si, anatomiquement, cette adénopathie à distance atteint un groupe ganglionnaire déterminé (groupe inféro-interne des ganglions sus-claviculaires, 3 à 5 ganglions placés dans l'angle de la jugulaire interne et de la sous-clavière) et presque toujours du côté gauche, comment expliquer cette localisation précise ?

Trois voies peuvent être invoquées. Dans quelques cas, la propagation se fait de *ganglion à ganglion* jusqu'au groupe en question ; plusieurs autopsies ont ainsi montré à Troisier des lésions cancéreuses des relais médiastinaux. Ailleurs, les ganglions intrathoraciques sont indemnes, mais le canal thoracique a subi la dégénérescence cancéreuse ; la lésion s'est poursuivie *par continuité* ; il faut mentionner du reste qu'un cancer du canal thoracique peut exister sans envahissement des ganglions sus-claviculaires.

De pathogénie plus délicate sont les cas où l'autopsie soigneusement faite n'a permis de découvrir aucune trace d'atteinte intermédiaire. Il faut alors incriminer le mécanisme de l'*embolie à distance*.

Mais se fait-elle par la voie du canal thoracique ? Les ganglions sus-claviculaires gauches sont unis en effet à la crosse de celui-ci par de très courts efférents ; et Troisier a longuement soutenu qu'à la faveur de la circulation ralentie au niveau de l'anse terminale, les cellules cancéreuses, douées d'ailleurs de mouvements propres (Waldeyer), pouvaient remonter le cours de la lymphe le long de ces efférents, et franchir les valvules.

Depuis, les recherches de Kutner ont montré que la chaîne lymphatique mammaire interne, qui reçoit de nombreux afférents d'origine abdominale, envoie souvent (et cette disposition se rencontre de façon beaucoup plus fréquente à gauche qu'à droite), un ou plusieurs efférents directement dans le groupe inféro-interne des ganglions sus-claviculaires. Le transport de l'embolie cancéreuse par ce réseau permet de comprendre, plus simplement que par l'hypothèse de Troisier, l'atteinte desdits ganglions.

***

Le signe de Troisier ainsi décrit et interprété, il reste à en discuter la valeur.

Sa *réalité est indéniable*. Sans rapporter toutes les observations consignées dans les mémoires de Troisier et les diverses thèses consacrées au sujet, rappelons que les 37 cas rassemblés par Rousseau (Th. Paris 1895) se répartissent ainsi : 17 cancers de l'estomac, 2 de l'intestin, 1 du pancréas, 2 du foie, 2 du rein, 2 des capsules surrénales, 6 de l'utérus, 2 de l'ovaire, 3 du testicule. Les vérifications histologiques ne manquent pas, dues à Troisier, Jaccoud, Lancereaux, Netter, Cornil, etc.

Si des observations plus récentes font défaut, c'est que les auteurs jugent inutile toute publication sur un signe définitivement adopté par la séméiologie classique, ce-

pendant on continue à toujours le rechercher et à le trouver parfois.

Nous ne l'avons nous-mêmes que rarement rencontré depuis plusieurs années ; nous en avons observé un cas récemment chez un homme âgé, présentant une grosse masse pylorique et un autre chez une femme, avec carcinome généralisés (peau, péritoine, plèvre) d'origine gastrique ; mais l'examen microscopique des ganglions n'a pu être pratiqué.

Les quatre observations inédites suivantes, qui nous ont été obligeamment communiquées par M. Loeper, sont plus intéressantes, en raison des vérifications anatomo-histologiques.

Obs. I. — Un homme de 47 ans entre à Lariboisière (service Launois (1910), pour des troubles gastriques à forme dyspeptique, sans caractères précis ni horaire déterminé, datant de deux mois ; pas de vomissements.

On constate l'existence de deux ganglions sus-claviculaires durs, isolés, dont l'un est extirpé et examiné ; il est envahi par un épithélioma cylindrique à cellules hautes, localisé à la périphérie des ganglions, en banderolles et en îlots ; quelques traînées cellulaires dans les sinus centraux (reproduit dans le *Précis d'anatomie-pathologique*, d'Achard et Loeper).

Obs. II. — Un homme de 50 ans entre à Tenon (service Loeper, 1919), pour un néoplasme nettement perceptible de la face antérieure de l'estomac et du pylore ; pas de stase marquée.

On trouve de gros ganglions, en deux masses soudées, dans le creux sus-claviculaire, un peu cachés par la clavicule.

Une biopsie ganglionnaire montre un cancer du type cylindrique, constitué de cellules également hautes, riches en glycogène.

Obs. III. — Un malade de Tenon (service Loeper, 1921), atteint de phlébite du bras, rapporte une histoire d'ulcus ; il présente des ganglions de la région sus-claviculaire, noyés dans l'œdème phlébitique de la racine du membre.

A l'autopsie, on trouve un cancer cylindrique de l'estomac, colloïde par place, avec envahissement du canal thoracique, et des ganglions néoplasiques (épithélioma cylindrique).

Obs. IV. — P..., 49 ans, entre à l'hôpital à Troyes, pendant la guerre, pour une phlébite de la jugulaire ; il est atteint d'un cancer du pylore.

Au contact de la jugulaire droite on découvre à l'autopsie des ganglions cancéreux pénétrant et thrombosant la jugulaire, dans la paroi et les caillots de laquelle on retrouve des cellules cancéreuses.

Les ganglions n'étaient perceptibles que confusément pendant la vie, en raison de la thrombose jugulaire.

Ainsi qu'on vient de le voir, l'adénopathie sus-claviculaire *peut* se rencontrer au cours de l'évolution du cancer de l'estomac ? La découverte en est-elle fréquente ? Il est permis d'affirmer *qu'elle est bien loin de se montrer commune*, ce que Troisier d'ailleurs avait pris garde de signaler. Dix ans avant lui, Charcot, à la Société anatomique, disait déjà : « Hénoch dans son Traité conseille d'examiner avec soin le côté gauche du cou des malades que l'on suppose atteints de cancer stomacal... je n'ai jamais pu rencontrer ce signe, bien que je l'aie recherché souvent ».

A voir les statistiques citées par Soupault et Labbé dans leur intéressant mémoire, cette rareté devient plus apparente ; sur 903 autopsies de cancers de l'estomac (Gussenbauer et von Winiwarter), 5 fois, soit 1 sur 180, l'adénopathie sus-claviculaire a été decelée. Dans les 211 observations de cancers vésico-prostatiques de Pasteau, elle est notée deux fois ; et les auteurs eux-mêmes la recherchant systématiquement sur 60 malades, chez lesquels l'observation clinique affirmait de façon indubitable l'existence d'un cancer, ne la trouvèrent que chez trois d'entre eux.

A côté de sa rareté, la date d'apparition de l'adénopathie diminue son intérêt diagnostique. En effet, *cette apparition est bien tardive*, « à une période avancée de l'affection cancéreuse, dit Troisier, le plus souvent précédant la mort de quelques semaines ». Si près de la fin à la vérité, un cancer de l'estomac a toute chance d'avoir fait sa preuve.

Dans quelques cas sans doute, on a vu survenir l'adénopathie 5 ou 6 mois, ou même 19 mois (cas de Troisier, authentifiée par l'examen du ganglion à cette date), deux ans (Cornil) avant la terminaison fatale. Or, non seulement c'est là l'exception, mais voici un malade anorexique, asthénié, amaigri, chez lequel il existe trois ganglions sus-claviculaires, bosselés, durs, non douloureux, mobiles, ainsi qu'un ganglion axillaire et une masse dans l'hypochondre droit ; on discute la tuberculose, la lymphadénie ; il semblerait qu'on pût conclure à une affection cancéreuse. « Je n'oserais l'affirmer, *car ce malade ne présente nullement l'aspect cachectique* », dit Troisier (*Soc. méd. des hôp.*, 1900, p. 755.)

Si donc un ganglion sans cachexie n'apporte rien au diagnostic, si la cachexie doit obligatoirement s'ajouter à l'adénopathie pour lui donner sa signification, on ne voit guère comment ce signe pourrait « éclairer les cas de cancer latent » et en voilà l'intérêt pratique déjà diminué.

A ce signe, pour le moins rare et tardif (mais, en matière de pathologie gastrique, surtout quand il s'agit de cancer, on n'a jamais trop de signes certains, même tardifs et rares), doit-on, quand on le rencontre, lui attribuer un *sens pathognomonique* ? L'étude des observations publiées ne le permet point.

L'adénopathie sus-claviculaire peut exister en effet sans qu'il existe de cancer viscéral.

Nombreux sont les faits de *tuberculose* pulmonaire ou pleurale qui s'accompagnent d'une telle adénopathie. Que les phénomènes respiratoires soient discrets, que des troubles digestifs existent, et on n'hésitera pas à porter un diagnostic de cancer. Entre autres cas (th. Belin, Achard *in* Hérard de Besse, Catrin, Fernet), résumons, comme exemple, celui de Girode (Soc. méd. des hôp., 1895) ; il s'agit d'une femme de 46 ans, chez laquelle l'évolution rapide des troubles dyspeptiques (anorexie, vomissements), le développement d'une cachexie complète en quelques mois, la constatation d'un gros foie irrégulier, d'une légère ascite, font porter le diagnostic de cancer gastrique avec néoplasie hépatique secondaire. La découverte de trois ganglions durs, un peu mobiles, bien isolés, à la partie moyenne de la région sus-claviculaire gauche, paraît le confirmer de tous points. Or l'examen histologique de l'un des ganglions extirpés révèle un aspect clinique d'adénite bacillaire avec présence de bacilles de Koch ; et l'autopsie montre une cirrhose hypertrophique du foie et, au sommet du poumon gauche, une poussée granulique récente autour de lésions pleuro-pulmonaires cicatricielles.

A côté de la tuberculose, la *syphilis* est susceptible de réaliser des adénopathies cervicales qui ont égaré le diagnostic ; ainsi, chez un homme de 45 ans, qui a perdu l'appétit, manifeste du dégoût pour la viande, maigrit, présente un teint jaunâtre, Mathieu (Soc. méd. des hôp., 1895) porte le diagnostic de cancer, pour avoir constaté des ganglions indurés dans le creux sus-claviculaire gau-

che ; mais la découverte de quelques papules suspectes sur le corps commande la mise en œuvre d'un traitement spécifique, et du succès thérapeutique obtenu, on peut conclure à l'origine syphilitique des accidents.

Enfin, une adénopathie sus-claviculaire peut être d'origine *inflammatoire banale*, consécutive à une infection partie de la cavité bucco-pharyngée, du poumon, du tractus digestif. Témoin, les observations de Guinard, de Soupault, dans lesquelles on la voit accompagner un kyste hydatique du foie, le cas de Lalesque, où elle rétrocède complètement sous l'influence du traitement purement symptomatique de l'affection gastrique, enfin une observation d'un intérêt particulier, due à Mathieu :

Une femme de 40 ans, soignée pour ulcère et guérie en apparence, revient quelques mois plus tard avec des vomissements noirs, une reprise des douleurs, dans un état de cachexie progressive.

Ici encore, en présence d'un ganglion sus-claviculaire dur, indolore, roulant sous le doigt, l'auteur soupçonne la transformation épithéliomateuse ; mais l'autopsie montre un ulcère calleux, sans trace de dégénérescence néoplasique à l'examen histologique (malheureusement l'étude microscopique du ganglion n'a pu être pratiquée) et Mathieu de conclure : « Le canal thoracique, qui peut transporter des cellules cancéreuses, pourrait peut-être aussi transporter des germes infectieux capables de faire succéder une adénopathie cervicale à une lésion ulcéreuse de l'estomac ou de l'intestin ». On a suffisamment attiré l'attention dans ces derniers temps sur la fréquence des ulcères infectés et des complications infectieuses de l'ulcère de l'estomac, pour que nous n'ayons pas à mettre en évidence tout l'intérêt de cette remarque.

En résumé, si la constatation d'un signe de Troisier est venue plus d'une fois, lorsqu'il existait de fortes présomptions en faveur d'un cancer, lever tous les doutes, dans bon nombre de cas aussi, la coexistence d'accidents dyspeptiques graves et d'une adénopathie sus-claviculaire a amené à commettre des erreurs de diagnostic.

Est-il possible alors de se placer à l'abri de ces erreurs, en faisant état de *caractères particuliers* à chaque variété d'adénopathie ?

On a vu comment Troisier définissait les *ganglions liés à un cancer viscéral*. Relativement volumineux, disséminés en assez grand nombre sur toute l'aire du triangle sus-claviculaire, seraient au contraire, pour Mathieu, Rendu, les *ganglions tuberculeux* ; on sait que leur caractère le plus fréquent est l'existence d'un certain degré de péri-adénite. L'*adénite syphilitique* se montrerait elle-même multiple et constituée de plus petits éléments.

En fait, il s'agit là de distinctions *plus théoriques que réelles* ; dans tous les cas publiés où l'erreur de diagnostic a été commise, il s'agissait bien de ganglions durs, indolores, mobiles, en petit nombre ; l'examen n'en montrait pas moins leur nature tuberculeuse, syphilitique ou inflammatoire banale, et on peut en déduire, avec Soupault et Labbé : « Il est impossible de reconnaître par l'examen clinique la nature de cette adénopathie ».

***

Toutes ces réserves faites, il reste, nous l'avons dit, des cas certains de cancer gastrique avec adénopathie sous-claviculaire. Que celle-ci ait aidé ou non à faire le diagnostic, comporte-t-elle, quand le cancer est affirmé, une *signification pronostique* ? En d'autres termes, est-elle « un indice rigoureux de généralisation, comme le pense Troisier, contre-indiquant toute intervention chirurgicale, même lorsque le début de l'affection paraît relativement récent ».

Ici encore on peut répondre négativement. Soupault et Labbé ont eu le mérite de montrer qu'*accompagnant un cancer viscéral, une adénopathie sous-claviculaire pouvait être de nature différente*. Sur leurs six cas, où une néoplasie abdominale s'accompagnait de ganglions sus-claviculaires, une fois ceux-ci étaient cancéreux, deux fois tuberculeux ; trois fois ils avaient subi l'évolution scléreuse normale chez l'adulte. Troisier a rapporté lui-même une observation de cet ordre, où, chez un cancéreux de l'estomac présentant de chaque côté du cou des ganglions échelonnés entre le sterno-cléido-mastoïdien et le bord antérieur du trapèze, avec tous les caractères des ganglions néoplasiques, il avait trouvé à l'autopsie un cancer de l'estomac, un cancer du canal thoracique et des ganglions cervicaux tuberculeux à l'examen histo-bactériologique.

Faut-il donc continuer, dans les cancers abdominaux avérés, à explorer les ganglions de Troisier, « à titre de ganglions régionaux, pour juger de l'extension du mal » (Desmarest, *in* Traité Le Dentu, Delbet) ? Certes, chez les malades cachectiques où on la voit le plus souvent apparaître, l'adénopathie sus-claviculaire contribue à faire prévoir la terminaison prochaine et fait partie des éléments du pronostic. Mais la connaissance, ne serait-ce que d'un de ces cas, d'adénopathie non cancéreuse au cours du cancer, commande la plus grande réserve ; elle suffit en vérité à enlever toute valeur indicatrice au ganglion sus-claviculaire, s'il se rencontre dans un cas chirurgical, au début, quand la conduite à tenir est en discussion.

Pratiquement, supposons le cas d'un cancéreux de l'estomac où toutes les circonstances plaideraient en faveur de l'intervention ; la seule constatation d'une adénopathie sus-claviculaire ne devrait pas être suffisante à lui faire refuser le bénéfiçe d'une laparotomie exploratrice. En tout état de cause, le premier temps pourrait consister, comme le préconisent Soupault et Labbé, dans l'*extirpation du ganglion* et *son examen histologique*. Cette exérèse d'ailleurs est toujours délicate et doit être conduite avec grand soin, en raison des rapports intimes du ganglion, même s'il est cliniquement mobile, avec les gros troncs veineux et le canal thoracique ; « le chirurgien le plus habile, quand il veut faire une extirpation complète, risque de léser ces vaisseaux », dit Desmarest.

***

Au total, l'adénopatie sus-claviculaire gauche peut exister au cours des cancers abdominaux, de l'estomac en particulier ; et à Troisier revient tout l'honneur d'avoir su attirer l'attention sur ce signe.

On a voulu faire du ganglion de Troisier un signe absolu de cancer gastrique. Mais il est rare, il est tardif, il n'est point pathognomonique, se rencontrant, de nature tuberculeuse, syphilitique ou inflammatoire banale, au cours d'affections digestives non cancéreuses ; toutes restrictions, que Troisier n'avait pas manqué de noter, et qui rendent sa valeur diagnostique en réalité bien discutable.

Sa valeur pronostique ne l'est pas moins, en raison des observations d'adénopathie non cancéreuse accompagnant un cancer avéré ; et le seul fait de son existence ne saurait constituer, chez un malade en état de supporter l'intervention, une contre-indication opératoire.

BIBLIOGRAPHIE

(*Travaux d'ensemble*) :

TROISIER. — L'adénopathie sus-claviculaire gauche dans les cancers de l'abdomen. (*Arch. gén. de médecine*, 1889, 1er mémoire, et 1893, 2e mémoire).
BELIN. — Adénopathies externes à distance dans le cancer viscéral. (Th. de Paris, 1887-88.)
H. ROUSSEAU. — De l'adénopathie sus-claviculaire dans les cancers viscéraux. (Th. de Paris, 1895-96.)
SOUPAULT et LABBÉ. — Altération et rôle des ganglions lymphatiques dans le cancer épithélial. (*Revue de médecine*, 1900, p. 162.)

Consulter également :

HENOCH. — *Klinik der Unterleibs Krankheiten*, 185.)
MAUNOURY. — Cancer de l'estomac et généralisation dans les os et les lymphatiques. (*Soc. anatomique*, 1875, p. 735.)
CHARCOT. — *Soc anatomique*, 1875, p. 926.
TROISIER. — Les ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. (*Soc. méd. des hôp.*, 1886, p. 394.)— Ganglion sus-claviculaire gauche dans un cas de cancer du col de l'utérus. (*Ibid.*, 1886, p. 441.)
MILLARD. — A propos des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac. (*Ibid.*, 1886, p. 409. (Disc. : Troisier, Desnos).
TROISIER. — *Ibid.* Rapport, 1888, p. 21.
PETIT. — *Ibid.*, 1888, p. 26.
JACCOUD. — *Leçons cliniques*, 1888.
CATRIN. — *Soc. méd. des hôp.*, 1893, p. 800. (Disc. : Rendu Fernet, Troisier.)
WIDAL. — *Ibid.*, 1893, p. 828.
PONCET. — Adén. sus-clavic. dans le cancer du testicule. (*Lyon médical*, 1893, n° 53.)
LESNES. — *Id.* Th. Lyon, 1893-94.
GUINARD. — *Rev. intern. de thér. et de pharm.*, oct. 1892.
SPINELLI. — Sull' adenopatia sopraclavicolare ei cancri degli organi della piccola pelvic de l'abdome. (*Rivista clinica Napoli*, 1893).
ROGER WILLIAMS. — A case showing the value of the left supra clavicular adenopathy as a revealing symptom of intra abdominal cancer. (*The Lancet*, 3 août 1895.)
GIRODE. — *Soc. méd. des hôp.*, 1895, p. 73.
LALESQUE. — *Ibid.*, p 273.
MATHIEU. — *Ibid.*, 1897, p. 316.
TARCHETTI.— Les ganglions sus claviculaires dans le diagnostic des cancers abdominaux. (*Clinique méd. italienne*, 1899, n° 9).
GODDE. — Th. Paris, 1899.
SOUPAULT et LABBÉ. — *Soc. méd. des hôp*,, juillet 1899 (Disc. Troisier).
CUNÉO. — Th. Paris, 1900.
KUTTNER. — *Beitrage zur klin. Chir.*, 1903, p. 136.
TROISIER. — *Soc. méd. des hôp.*, 1900, p. 970.
PAUL DELBET . *Soc. anat.*, juillet 1901. (Disc. : M. Labbé).

CLINIQUE CHIRURGICALE

CLINIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES DU VAL-DE-GRACE

Le traitement de l'appendicite aiguë par l'intervention précoce et la sérothérapie antigangréneuse combinées (1)

Par Ch. CLAVELIN

Médecin-major de 2e classe, chirurgien des Hôpitaux militaires, Professeur agrégé à l'école du Val-de-Grâce.

La question du traitement de l'appendicite aiguë peut au premier abord paraître bien connue pour mériter les honneurs d'une leçon clinique.

Mais c'est une question de pratique courante sur laquelle on ne saurait trop attirer votre attention et de plus la thérapeutique de cette affection semble évoluer à l'heure actuelle vers une nouvelle collaboration médico-chirurgicale qui ne peut qu'améliorer encore les résultats obtenus.

Le premier terme de la collaboration médico-chirurgicale dans le traitement de l'appendicite aiguë a été posé en 1896 par Dieulafoy pour qui « il n'existe pas de traitement médical de l'appendicite » et ce médecin, apôtre de l'intervention, ne cesse de répéter dans toutes les discussions qui s'ouvrent sur ce sujet « que le médecin doit toujours faire appel au chirurgien et que le seul traitement rationnel est l'opération en temps voulu ».

C'est 24 ans plus tard en 1920 que le second terme de cette collaboration est réclamé, par un chirurgien cette fois, et Tuffier à la Société de Chirurgie le 23 juin 1920 disait : « Devant l'effroyable mortalité de la péritonite appendiculaire chez les enfants telle que nous la révèle M. Ombredanne, je me demande si la chirurgie *seule* doit toujours combattre ces accidents. Je crois qu'elle trouverait peut être un précieux adjuvant dans l'essai de l'emploi des vaccins. »

Opération précoce, traitement biologique post-opératoire tels sont les deux points de la thérapeutique de l'appendicite aiguë que nous voulons discuter devant vous aujourd'hui.

Le premier « opération précoce » adopté aujourd'hui par l'unanimité des chirurgiens ne l'a pas été sans discussions nombreuses.

Nous ne saurions entrer dans l'historique de ces débats, mais pour vous rappeler combien cette notion a été longue et difficile à faire admettre il est bon de vous en résumer les grandes lignes.

Nous rendrons d'abord hommage aux Maîtres Lyonnais Poncet et Jaboulay qui, les premiers en France s'exprimaient ainsi en 1891 à la Société de Médecine de Lyon : « Considérant les dangers et les aléas de l'expectation, la durée et les accidents de la maladie abandonnée à elle-même, on est autorisé à dire qu'il faut être interventionniste et surtout interventionniste hâtif ».

Puis quelques années après, Dieulafoy à l'Académie de Médecine en 1897, dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu en 1898-99 vient, lui médecin, plaider aussi la cause de l'intervention précoce.

C'est dès lors une série de discussions dans les diverses sociétés savantes et plus particulièrement à la Société de Chirurgie de Paris où en 1899 à la requête de Poirier le principe de l'intervention dans l'appendicite aiguë est adopté.

En 1902-1903 le débat reprend, l'intervention à chaud prévaut encore et l'on voit apparaître le principe de l'opération pratiquée au début de la crise et de préférence dans les 48 premières heures.

Mais l'accord ne se fait pas pour cela entre les interventionnistes, partisans de l'intervention systématique et les opportunistes qui préfèrent une temporisation prudente et armée. Les discussions renaissent en 1913 à la Société de Chirurgie — en 1919 à l'Académie de Médecine, discussions sur lesquelles s'affrontent, sans se convaincre, les deux Ecoles avec leurs chefs de file, Témoin pour les interventionnistes, Jalaguier pour les opportunistes.

Il ne peut être trouvé de formule définitive rigide qui permette au médecin de déduire automatiquement le traitement sans avoir à se préoccuper des indications cliniques de chaque cas individuel ; et ce désaccord apparent entre deux Ecoles chirurgicales fait que le médecin praticien hésite encore trop souvent sur la conduite à tenir et sur le moment auquel il doit faire appel au chirurgien.

(1) Clinique faite au Val-de-Grâce le 24 juin 1925.

Or c'est de ce moment que dépendra bien souvent la vie du malade il faut donc que la première collaboration médico-chirurgicale soit très précoce, qu'elle date du moment même où le médecin pose le diagnostic d'appendicite aiguë.

Voyons donc maintenant quelle est la symptomatologie parfois très fruste, très larvée qui nous fera affirmer le diagnostic.

Les symptômes que vous devez rechercher et qui varient considérablement suivant l'heure du début de la crise et la forme clinique sont :

La douleur spontanée et provoquée ;
La contracture de la paroi ;
Les troubles digestifs ;
La température et le pouls ;
L'aspect général.

La douleur : Spontanée, elle est très variable dans son intensité, allant de la simple pesanteur dans la fosse iliaque droite jusqu'au coup de poignard brutal qui courbe le malade en deux et l'arrête aussitôt dans ses occupations. Son maximum vous sera le plus souvent signalé dans la fosse iliaque droite, mais rappelez-vous que sa localisation péri-ombilicale ou épigastrique est très fréquente chez l'enfant, pas très rare chez l'adulte.

Enfin si vous voyez le malade plusieurs heures après le début de la crise, ne vous laissez pas tromper par l'accalmie traîtresse et ne soyez pas optimiste avant d'avoir complété votre examen.

La douleur provoquée vous sera révélée par la palpation, méthode d'examen qui vous donnera toute une série de renseignements capitaux.

Recherchez d'abord l'hyperesthésie cutanée de la paroi abdominale, puis la douleur à la pression au point de Mac Burney, au point de Lanz, et, de l'absence de douleur provoquée en l'un de ces points ne concluez pas négativement car un appendice rétro-cœcal vous donnera un point douloureux lombaire droit — un appendice pelvien n'accusera souvent de douleur qu'au *toucher rectal exploration sans laquelle votre examen sera incomplet*.

La palpation vous donnera encore d'autres renseignements : par une pression lente mais énergique déprimez avec l'index la fosse iliaque gauche puis retirez brusquement votre main, ce que nous appelons ici le signe de Jacob, si le malade réagit et accuse à cette décompression une douleur vive, parfois même déchirante, c'est que le péritoine est déjà atteint.

Enfin la palpation va nous confirmer un symptôme capital, la *contracture* de l'abdomen. Je dis nous confirmer, car à la simple inspection du malade vous aurez pu très souvent constater que dans les grandes inspirations la paroi abdominale et le diaphragme restent immobiles, les inspirations sont purement thoraciques, l'abdomen ne respire pas : le palper vous montrera alors un ventre rigide, parfois même ventre de bois. Mais d'autres fois la contracture moins généralisée ne vous sera bien révélée que par la palpation méthodique. La main à plat palpez prudemment et doucement, commençant par la fosse iliaque gauche, passant à l'épigastrie et terminant par la fosse iliaque droite où vous trouvez une contracture parfois étendue simplement sur les dimensions d'une paume de main.

Douleurs spontanées, douleurs provoquées, *contracture abdominale*, forment les symptômes cardinaux de l'appendicite aiguë, symptômes, qui, nous y reviendrons tout à l'heure, dicteront notre ligne de conduite.

Les autres signes énumérés précédemment pourront venir confirmer le diagnostic et la conduite à tenir, mais, en aucun cas, leur absence ne devra être considérée comme une infirmation de la crise aiguë d'appendicite.

Les nausées, les *vomissements*, sont fréquents dans les premières 24 heures, mais pas absolument constants et chez mes malades ils ont manqué assez souvent.

La *constipation* est loin d'être constante et fréquemment au début de la crise on observe une diarrhée parfois passagère et peu abondante, d'autres fois s'accompagnant de signes d'intoxication générale donc de pronostic grave.

L'*élévation de température* peut parfois, rarement d'ailleurs, faire défaut au début de la crise : et cependant étant intervenus dans les 24 heures chez des malades apyrétiques (37°-37°4) mais présentant les symptômes capitaux signalés plus haut, nous avons toujours trouvé des lésions appendiculaires nettes, souvent une réaction péritonéale, une fois même du pus franc. Lorsqu'elle existe, l'élévation de température qui atteint et dépasse parfois 39°, même 40°, est en général l'indice d'une forme sérieuse. Et n'oublions pas que dans certaines formes hypertoxiques c'est une température au-dessous de la normale que l'on observera.

L'*état du pouls* a une valeur considérable : rapide, dépressible, il fait redouter une forme toxique, à plus forte raison *s'il y a dissociation du pouls et de la température*, et sauf dans un cas, les appendices perforés que nous avons opérés avaient un pouls au dessus de 100.

Enfin l'*aspect général* du malade est parfois frappant : nez pincé, traits tirés, regard brillant s'accompagnant de torpeur, ou au contraire chez certains d'agitation : parfois du subictère, indice d'un état général grave.

Tels sont, résumés très rapidement, les signes cardinaux que vous devez systématiquement rechercher chez tout malade soupçonné d'appendicite aiguë qui vous arrive dans les premières heures après le début de la crise.

Au stade dont nous venons de voir les symptômes, la maladie est restée localisée à l'appendice, ne dépassant pas ce que Témoin appelle « le stade appendiculaire » où dans les formes gangréneuses et perforantes elle s'est propagée au péritoine voisin provoquant une péritonite généralisée.

Mais il se peut que le malade ne vous soit montré que plus tardivement vers le 4ᵉ et 5ᵉ jour même plus tard. La palpation montre dans la fosse iliaque droite la présence d'un plastron, d'un empâtement, traduction clinique de la formation d'un abcès intrapéritonéal enkysté : le stade appendiculaire est dépassé ; les lésions sont étendues au péritoine voisin, mais un processus de défense, des barrières d'adhérences, sont venus le localiser. En présence de ces malades examinez attentivement leur température et leur pouls : les uns à température normale ou voisine de 37°, à pouls aux environs de 80 à 90 sont manifestement en voie de résolution, de refroidissement.

D'autres au contraire présentent une température élevée voisine de 39°, un pouls dépassant 100, un faciès cerné, l'air infecté, chez eux il y a une collection suppurée, parfois très volumineuse, qui loin de refroidir, est en évolution.

En résumé, nous voyons que nous pouvons dans l'appendicite aiguë considérer deux stades, le stade appendiculaire du début et le stade où les lésions sont propagées au péritoine voisin.

Le diagnostic posé, le rôle de médecin praticien est terminé ; *son devoir absolu* est de faire aussitôt appel au

chirurgien qui sera seul juge de l'opportunité de l'intervention immédiate ou retardée.

Ayant ainsi terminé la première partie de la collaboration médico-chirurgicale voyons quelle devra être la ligne de conduite du chirurgien ; passons au stade purement chirurgical du traitement de l'appendicite.

Il est des cas ou interventionnistes et opportunistes sont d'accord.

Il est évident que lorsque la symptomatologie est en faveur d'une péritonite généralisée, l'intervention s'impose pour tout le monde. Et chez le malade L.... qui le 3 mai 1924 entrait au 2e Blessés à la 48e heure d'une crise, présentant des vomissements porracés, un ventre de bois, un signe de Jacob positif, 38°9 et 132 au pouls, nous croyons que tout chirurgien, si opportuniste qu'il fût, serait intervenu comme nous l'avons fait trouvant une péritonite généralisée, et enlevant un appendice gangréné et perforé.

Même indication opératoire impérative chez les malades qui arrivent tard avec un volumineux plastron, douloureux, une température élevée, un pouls rapide, un mauvais état général.

Et chez ce douanier entré au 10e jour d'une crise présentant un plastron douloureux dans la fosse iliaque droite avec un faciès infecté, une température 39°8 et 92 pulsations nous sommes intervenu évacuant un énorme abcès et ne nous attardant pas à rechercher l'appendice au risque de rompre des adhérences protectrices.

Dans ce cas, s'il faut intervenir, il faut faire le minimum, c'est-à-dire évacuer l'abcès, remettant l'ablation de l'appendice, indispensable, après la cicatrisation et le refroidissement de la crise.

Si l'accord est fait pour ces formes extrêmes, c'est pour les cas moyens que la discussion reprend méthodiquement. Cependant l'accord est presque unanime pour les formes avec péritonite enkystée évoluant vers le refroidissement. Témoin y est d'avis d'intervenir en toutes circonstances et dans tous les milieux ; mais les interventionnistes les plus ardents ne le suivent pas et il est admis qu'en présence d'un malade vu tardivement qui présente un plastron dans la fosse iliaque droite sans température, avec un pouls normal et un état général satisfaisant on attendra pour opérer la disparition de tout empâtement.

Restent les cas moyens du début : le diagnostic est ferme, mais ce n'est pas la symptomatologie à grand fracas de la péritonite appendiculaire.

Pour ces cas une formule est à peu près classique aujourd'hui : « toute appendicite vue dans les premières 48 heures de la crise doit être immédiatement opérée ».

Dans notre pratique personnelle nous étendons ce délai de 48 heures ne voulant pas nous laisser enfermer dans une formule systématique, rigide, dont l'application rigoureuse mène parfois à des désastres comme personnellement nous en avons eu récemment encore des échos. Nous nous basons non pas sur l'heure du début de la crise, mais sur le stade de la maladie et nous opérons systématiquement toute appendicite qui en est au stade appendiculaire.

En résumé, comme l'a dit Lecène, « le diagnostic est tout » et pour nous, exception faite des cas de péritonite enkystée évoluant vers le refroidissement, nous estimons que toutes les fois que le diagnostic ferme d'appendicite aiguë est posé, l'intervention est indiquée quelle que soit l'heure du début de la crise.

Nous n'avons jamais eu à nous repentir, bien au contraire, d'avoir agi de cette façon.

Je ne puis mieux faire pour vous montrer les avantages de cette manière de procéder que de vous commenter par quelques exemples la phrase de Poncet-Jaboulay citée au début de cette leçon « considérant les dangers et les aléas de l'expectation, la durée et les accidents de la maladie abandonnée à elle-même, on est autorisé à dire qu'il faut être interventionniste et surtout interventionniste hâtif. »

Les dangers de l'appendicite traitée médicalement, abandonnée à elle-même ont depuis longtemps été démontrés par Dieulafoy dans ses cliniques et par Chauvel qui, dans une communication à l'Académie de Médecine en février 1899, donne pour cette méthode une mortualité de 30 %.

Les aléas de l'expectation vous seront démontrés par cet exemple.

Le 12 mars 1925 le soldat B... arrive à la 12e heure d'une crise avec une douleur au point de Mac Burney, une contracture localisée à la fosse iliaque droite, signe de Jacob positif, toucher rectal légèrement douloureux. Température 37°, pouls 80 à 88. Le diagnostic d'appendicite aiguë était ferme, basé sur la douleur et la contracture et, ne tenant pas compte de l'absence de modification du pouls et de la température, nous intervenons aussitôt et nous trouvons : du pus dans la grande cavité péritonéale, un appendice adhérent dans sa première moitié turgescent, grisâtre, couvert de fausses membranes dans sa seconde moitié.

Etait-il indispensable d'attendre pour opérer que la perforation appendiculaire fût chose faite et la péritonite généralisée plus intense ?

Les dangers de l'expectation vous seront démontrés par le cas du garde H... qui entre dans le service le 12 janvier 1925 à 16 h., à la 36e heure d'une crise caractérisée par quelques vomissements, une douleur à la pression au point de Mac Burney ; une contracture très localisée toucher rectal non douloureux, 38° 2 et 80. Contrairement à notre habitude nous ne sommes pas intervenu, le résultat est que la nuit suivante, à 5 h. du matin, le malade ressentait la douleur en coup de poignard de la perforation appendiculaire ; à 8 h., ventre de bois, 38° 4, 116. A l'intervention faite à la 50e heure de la crise et 4 h. après la douleur en coup de poignard nous trouvons une péritonite généralisée et nous enlevons un appendice gangréné et perforé. N'aurions-nous pas mieux fait de l'opérer la veille avant la perforation ?

La durée de la maladie abandonnée à elle-même vous est démontrée par le cas du soldat L.... qui atteint d'appendicite aiguë le 1er janvier 1922 au cours d'une permission, est traité médicalement chez lui. Etant donnée la persistance d'un plastron volumineux, il ne peut être opéré que le 20 avril 1922, intervention d'ailleurs assez laborieuse.

Les accidents de l'appendicite traitée médicalement, c'est l'abcès enkysté mais évoluant qui nous oblige à intervenir le 10e jour chez le douanier déjà cité, pour évacuer le pus, et à réintervenir 6 mois après pour enlever l'appendice.

L'intervention précoce systématique mettant à l'abri de tous les accidents redoutables, pourquoi ne pas la pratiquer ?

Quels sont les inconvénients que l'on peut opposer à ses avantages incontestables ?

Les dangers et la difficulté d'une opération à chaud ? Ils sont bien minimes et nous estimons qu'une appendicectomie à chaud faite « au stade appendiculaire » n'est pas plus dangereuse et souvent beaucoup plus facile qu'une appendicectomie à froid.

Les erreurs possibles de diagnostic arrêtent beaucoup

BIBLIOGRAPHIE

La Journée des Dupes, par Louis BATIFFOL. 1 vol. in-16, de la Collection « Récits d'autrefois », broché : 5 fr. Librairie Hachette, 79, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les *Récits d'autrefois* ne sont pas des romans historiques où la fiction se mêle à la réalité, mais de pittoresques reconstitutions, où rien n'est avancé qui ne soit d'une scrupuleuse authenticité, où nulle part n'est laissée à l'invention, où l'attrait de la chose vécue ajoute à l'intérêt du récit.

Après *Le Dix-Huit brumaire*, premier de ces véritables « Romans de l'Histoire », voici évoquée par M. Louis Batiffol, historien dont les travaux font autorité, cette curieuse *Journée des Dupes*, aux incidents si dramatiques, aux retours si inattendus. Les protagonistes en sont magistralement campés et leurs intrigues finement contées. Mais que les intrigants d'autrefois ressemblent donc aux intrigants d'aujourd'hui.

La France gastronomique. Guide des merveilles culinaires et des bonnes auberges rançaises, par CURNONSKY et Marcel ROUFF. *Lyon et le Lyonnais*, 2 vol. : 7 fr. Rouff, éditeur. 8, boulevard de Vaugirard, Paris.

Lyon est pour la table au-dessus de Paris, disent Curnonsky et M. Rouff. Et leurs deux petits volumes sont consacrés à révéler et à magnifier les nombreux relais de gueule que l'on trouve à Lyon et dans la région.

L'Amour de l'art. Revue mensuelle. Sommaire du numéro de mai 1925 : L'Art Sumérien, par le Dr CONTENEAU. — L'Art français du 19e et du 20e siècle dans les Collections privées de Vienne, par Hans TIETZE. — Interview d'Auguste Perret, sur l'exposition internationale des Arts décoratifs, par Marie DORMOY. — Le Miserere de Georges Rouanet, par André SALMON. — Marcel Gromaire, par René JEAN. — Le Musée de Minnéapolis, par M. MORAND-VEREL.

Chronique : Musée, fouilles et découvertes. La décoration théâtrale. Les ventes. Nouvelles d'Italie. Une exposition d'art français du 18e siècle à Bruxelles. L'œuvre de Jacob Sumits. Vittorio Pica. Les Livres d'Art. Les graveurs flamands. Le Mouvement des arts appliqués. Le mois artistique.

Essai sur Voltaire, par André BELLESSORT. Cours professé à la Société des conférences, 1 vol. in-8 écu, orné de 11 gravures. Prix : 12 fr. Librairie académique Perrin, 35, Quai des Grands-Augustins, Paris.

M. Bellessort a eu l'heureuse idée de réunir en volume, en y ajoutant quelques bonnes gravures, les conférences qu'il fit l'hiver dernier à la *Société des conférences*. Le succès qu'elles rencontrèrent dispense d'insister sur ce volume dont voici les titres des chapitres :

I. Voltaire et la Régence. — II. Voltaire en Angleterre. — III. Le Théâtre de Voltaire. — IV. Voltaire amoureux et courtisan. — V. Voltaire chez le Roi de Prusse. — VI. Voltaire historien. — VII. Les romans de Voltaire. — VIII. Le malin vieillard de Ferney. — IX. L'Esprit de Voltaire et l'Esprit voltairien. — X. L'apothéose.

de médecins, pour ne pas dire trop de médecins, dans l'envoi du malade au chirurgien.

Si chez l'adulte, et en particulier chez la femme, le diagnostic est parfois assez difficile à poser, un examen minutieux permettra dans le plus grand nombre des cas d'éliminer les pneumonies, les affections des annexes de la femme, les cholécystites ou les pyélonéphrites aiguës. Quant aux perforations de l'estomac ou du duodénum, ce sont, plus encore que l'appendicite, des indications opératoires impérieuses.

Restent ce que l'on a appelé les fausses appendicites. Il ne faudrait pas que, sous prétexte que des appendicites chroniques ont été diagnostiquées et opérées à tort, on laisse passer des appendicites aiguës au risque de les voir s'aggraver, et il vaut infiniment mieux risquer d'opérer plusieurs fausses appendicites qui n'en souffriront pas que de ne pas opérer à temps une seule appendicite aiguë au risque d'en mourir.

Ceci ne veut évidemment pas dire que vous opérerez systématiquement tout malade entrant à l'hôpital avec le diagnostic de coliques appendiculaires ou d'appendicite aiguë, mais que vous interviendrez chaque fois que le diagnostic sera posé d'une façon ferme, nous dirions volontiers chaque fois que vous avez constaté douleur et contracture dans la fosse iliaque droite.

De l'intervention elle-même faite sous rachi-anesthésie nous ne vous dirons pas grand'chose : dans le plus grand nombre des cas nous employons l'incision de Mac Burney avec dissociation de la paroi ; l'enfouissement du moignon est pratiqué chaque fois qu'il est possible et après nettoyage du péritoine à la compresse, si l'appendice a été enlevé nous refermons toujours le péritoine sans drainage, souvent même nous reconstituons les plans musculo-cutanés si le pus n'était pas trop abondant.

Suivant cette méthode nous avons opéré, depuis janvier 1922 44 cas d'appendicite aiguë dont 14 avaient présenté des crises antérieures. Interventions pratiquées :

10 moins de 12 h. après le début de la crise,
15 entre 13 et 24 h.,
14 entre 25 et 48 h.,
4 entre 49 et 72 h.,
1 arrivé au 10e jour.

Dans 14 cas le tissu cellulaire sous-péritonéal était infiltré.

Chez 27 malades, à l'ouverture du péritoine, il s'est écoulé du liquide plus ou moins purulent en plus ou moins grande quantité.

Comme lésions de l'appendice nous avons trouvé 12 *fois* un appendice *gangréné*, *perforé*, en péritoine libre avec chaque fois *une très grande quantité* de liquide franchement purulent : crises ayant débuté 2 fois moins de 24 h. ; 7 fois de 24 à 48 h. ; 3 fois plus de 48 h. auparavant.

5 *fois* l'appendice était *perforé dans un abcès enkysté* dans 3 cas existait une réaction péritonéale : la crise actuelle remontant de 10 h. à 10 jours.

10 *fois* l'appendice est *phlegmoneux, turgescent, très volumineux gorgé de liquide mal odorant, sous pression*, entièrement *libre*, et dans 6 cas, présentant des fausses membranes en un point de sa surface. Réaction péritonéale dans 6 cas : le début de la crise datait, dans 9 cas, de moins de 24 h., dans 2 cas, de moins de 48 heures.

12 *fois*, l'appendice plus ou moins volumineux, non perforé, mais nettement enflammé et parfois couvert de fausses membranes présente avec les organes voisins des adhérences, parfois très serrées ; dans 6 cas, il y a réaction péritonéale. 10 fois, le début date de moins de 24 h. — 2 fois de 24 à 48 heures.

3 *fois*, l'appendice, de volume normal, mais très vascularisé, ne présentant ni perforation ni adhérences : pas de réaction péritonéale, début moins de 48 heures. Deux de ces malades accusent une crise antérieure. Et dans les deux cas où il a été pratiqué, l'examen anatomo-pathologique a répondu appendicite au début.

Vous voyez que nous n'avons pas eu à nous repentir d'être intervenu systématiquement d'une façon précoce et que les constatations opératoires nous ont chaque fois donné raison.

Voyons maintenant quels sont les résultats de l'intervention précoce. Les statistiques données par les différents auteurs varient parfois considérablement, certains donnant leur chiffre de mortalité en bloc sans tenir compte de l'heure de l'intervention.

Mais ce qui ressort d'une façon formelle des statistiques précises, comme celles de Lenormant, de Hartmann à la Société de Chirurgie en 1913 c'est que *précocité de l'intervention et guérison vont ensemble.*

Exemple : 1 décès sur 22 cas opérés dans les 48 heures, — 5 morts sur 15 cas opérés au cinquième pour (Lenormant).

En 1920, à la Société de Chirurgie, dans sa communication sur la fermeture sans drainage des appendicites à chaud et des péritonites appendiculaires, Ombredanne donne pour son service, d'enfants il est vrai, les chiffres suivants 10 péritonites libres datant de 3 à 5 jours, 3 morts soit 30 % de mortalité. 6 appendicites opérées à la 31e heure au 4 jour sans péritonite libre et sans perforation 2 morts soit 33 % de mortalité et il ajoute « c'est un bon résultat comparé à ce que sont les péritonites d'urgence dans nos hôpitaux de Paris ». A côté de ce chiffre d'autres, un peu moins élevés parfois, ont été apportés dans la discussion ; mais, sans entrer dans les comparaisons des statistiques fournies, on ne peut que constater la mortalité élevée qui subsiste malgré tout pour l'appendicectomie à chaud surtout dans les cas de péritonite généralisée.

Même constatation lorsqu'on s'adresse à d'autres auteurs : Cook rapporte dans sa thèse (Nancy, 1912) que sur 10 cas d'appendicite toxi-infectieuse opérés d'ailleurs en moyenne assez tardivement, on relève 7 morts soit 70 %. Vielle (thèse Bordeaux, 1903) sur 12 cas d'appendicite gangréneuse relève 7 morts. Foisy (de Châteaudun) dans les *Archives médico-chirurgicales de province* en janvier 1924, accuse une mortalité de 50 % dans les appendicites gangréneuses.

Il est bien évident que ces chiffres se rapportent aux plus mauvais cas et que, non opérés, leur mortalité eût été de 100 %, mais il n'en persiste pas moins que la mortalité de l'appendicite est encore élevée : à chaque instant autour de nous nous en voyons trop d'exemples, et l'on ne peut pas admettre sans quelques réserves la locution latine par laquelle Dieulafoy, en 1898, terminait sa clinique sur le traitement de l'appendicite :

Sublata causa, tollitur effectus.

Oui, le traitement chirurgical enlève la cause, supprime le foyer appendiculaire : oui, *plus aura été précoce l'intervention*, moins les désordres d'infection et de toxicité auront eu le temps de se produire. Mais il est des cas opérés tardivement où ces désordres existent, et même si précoce que soit l'intervention, l'existence d'une perforation, d'une péritonite généralisée sans ébauche de défense locale, vient confirmant les symptômes graves

donnés par l'examen clinique, prouver que le malade est profondément infecté et intoxiqué. Il ne faut jamais oublier que l'appendicite est une maladie toxi-infectieuse au premier chef, dans certaines formes où l'intoxication est extrêmement grave, l'organisme est rapidement au bout de sa défense, malgré la disparition de la cause, l'effet, l'intoxication subsiste, il s'accentue même par l'évolution de la péritonite et le malade, incapable de réagir, meurt infecté et intoxiqué.

Aussi comprend-on le cri d'alarme de Tuffier en 1920 se demandant si la chirurgie seule doit traiter ces cas et faisant appel au traitement biologique, nouvelle collaboration médico-chirurgicale dans la thérapeutique de l'appendicite aigüe.

La thérapeutique biologique met à notre disposition deux méthodes différentes, la vaccinothérapie, le sérothérapie.

La vaccinothérapie provoque la formation d'anticorps dans l'organisme : l'immunisation n'est donc pas immédiate, elle ne commence que vers le 4e ou le 5e jour, plus tard même chez les surmenés, les intoxiqués : et pendant toute cette phase négative l'organisme reste livré à l'infection et à l'intoxication.

La vaccinothérapie est donc nettement insuffisante, il faut au contraire agir vite et pouvoir neutraliser rapidement les toxines répandues dans l'organisme. C'est par la sérothérapie seule, véritable « immunité en bouteille » comme l'a dit Delbet, que nous arriverons à ce résultat.

Mais à l'heure où la sérothérapie en général prend de plus en plus d'extension, elle ne doit pas être faite d'une façon inconsidérée. Elle a ses inconvénients. Ce sont la réaction sérique, l'anaphylaxie et le développement d'une fonction anti-sérum qui pourrait entraîner des accidents lors d'une injection ultérieure d'un autre sérum thérapeutique.

Si les services immenses que la sérothérapie en général rend et rendra doivent faire passer outre, en prenant les précautions habituelles naturellement, il ne faut cependant la pratiquer qu'à bon escient c'est-à-dire *qu'elle devra être spécifique*, s'adresser au germe même cause de l'infection et de l'intoxication.

La sérothérapie devant accompagner l'acte chirurgical, comme nous le verrons tout à l'heure, il ne saurait être question de pratiquer après l'intervention un examen bactériologique du pus de l'appendice ou de la péritonite pour voir, grâce à l'identification des germes, quels sérums doivent être employés.

Nous devons les avoir préparés à l'avance, ils doivent s'adresser automatiquement en quelque sorte à tous les germes qui peuvent être à l'origine de l'appendicite aigüe, en un mot le sérum employé doit être polyvalent. Mais à quels germes doit-il répondre, c'est ce que l'étude de la bactériologie de l'appendicite va nous montrer.

Nous ne pouvons que vous citer très rapidement les études faites sur ce sujet par Veillon et Zuber en 1898 par Lanz et Tavel en 1904, par Perron (de Naples) en 1905, Heide en 1911 et par d'autres auteurs. La conclusion que l'on tire de ces travaux est que l'on trouve dans le pus des appendicites des anaérobies et des aérobies.

Les aérobies rencontrés sont très fréquemment le colibacille (il existait seul ou associé dans 80, 8 °/o des cas de Lanz et Tavel) et le streptocoque pyogène, plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte d'après Haim.

Mais sur un total de 280 appendicites examinées bactériologiquement par ces auteurs, il n'est signalé *d'aérobies purs* que dans 7 cas.

Les anaérobies sont plus fréquents puisque seuls ou associés on les trouve dans 273 cas. Les plus constan sont le bacillus fragilis, le bacillus ramosus, le bacillus perfringens, le vibrion septique, le putrificus coli à côté d'autres moins fréquents et moins pathogènes.

Nous n'avons malheureusement pas pu, vu les conditions d'urgence dans lesquelles nous avons opéré le plus souvent, pratiquer l'identification des germes d'une façon systématique. Il n'y a que 4 cas, dont deux avec perforation en péritoine libre dans lesquels l'examen bactériologique fut pratiqué ; et 2 fois il nous fut répondu : cultures pures de coli ; les deux autres fois : pas d'anaérobies. Dans un rapport : L. Bazy donne les résultats de 20 cas d'appendicite aigüe étudiés bactériologiquement : toutes les fois il fut trouvé du coli, associé souvent au streptocoque, quelques fois à l'entérocoque : comme anaérobies il ne fut décelé du perfringens qu'une seule fois. Le même auteur donne le résultat des recherches pratiquées par James Reilly à l'hopital Pasteur, dans 15 cas. Une seule fois du perfringens a été trouvé. La flore microbienne était celle décrite par Veillon surtout : b. ramosus et streptocoques anaérobies, puis b. fragilis et de nombreux cocci prenant le gram et non identifiés. Presno (de La Havane) dans la *Revue de Médecine et Chirurgie de La Havane*, février 1925, dans 7 cas examinés a trouvé du coli pur dans 2 cas, associé à du perfringens dans 5 cas.

Il est difficile d'expliquer ces divergences entre ces deux séries de recherches, mais quelles qu'en soient les causes, il est un point important : ce qui domine, c'est l'association microbienne comme dans toutes les infections gangréneuses : association entre anaérobies exclusivement, association coli-anaérobies fréquente, association strepto-anaérobies, plus rare, mais très grave : et peut être les plus fréquentes de toutes, associations entre colistreptocoques.

Connaissant les germes causes de l'appendicite, nous pouvons voir quelles sont les qualités multiples que doit réunir le sérum que nous voulons employer.

La sérothérapie de l'appendicite doit donc s'adresser à deux classes différentes de microbes les anaérobies et certains aérobies. Or si nous disposons à l'heure actuelle contre les premiers de sérums qui ont fait leurs preuves, vous savez combien les sérums anti-colibacillaires et antistreptocociques étaient jusqu'à présent restés à peu près inactifs.

De plus, les sérums employés doivent non seulement être polyvalents, s'adresser à tous les germes causes de l'appendicite, mais encore ayant à traiter une maladie toxi-infectieuse, cette polyvalence doit être en quelque sorte double, elle doit s'adresser au germe lui-même, c'est à dire être anti-microbienne et pour combattre le rôle si important de l'intoxication, elle doit s'adresser aux toxines déversées dans l'organisme, les neutraliser, c'est-à-dire être anti-toxique.

En résumé, la sérothérapie que nous désirons employer doit, pour être réellement spécifique, être polyvalente pour les anaérobies et pour les aérobies coli et streptos, et non seulement anti-microbienne, mais encore anti-toxique.

Quels sont les sérums qui ont été employés et quels résultats ont-ils donnés ?

C'est à Paul Delbet que revient le mérite d'avoir pour la première fois utiliser la sérothérapie antigangréneuse dans l'appendicite aigüe. Sa première communication date de 1919 et dès 1920 il présentait des cas au 29e Congrès de Chirurgie. Bérard et Cotte à la Société de Chirurgie de Lyon en 1921 : Michel, au Congrès de la Société

internationale de Chirurgie en 1922, dans la thèse de Rakowatz (Nancy 1923) et dans le livre jubilaire de (Forgue Presno, de la Havane), viennent confirmer les résultats obtenus.

Tous ces auteurs ont fait appel aux sérums anti-gangréneux nés de la guerre et ils ont fait à leurs malades des injections sous-cutanées ou intra-veineuses parfois, de sérum de Weinberg qui, vous le savez, comprend en réalité trois sérums : anti-perfringens, anti-vibrion, anti-œdématiens.

Evidemment, cette sérothérapie n'est pas théoriquement parfaite, car elle ne s'adresse pas, loin de là, à tous les anaérobies et de plus elle n'est spécifique ni pour le coli si fréquent, ni pour le streptecoque si redoutable. Cependant elle a donné aux chirurgiens qui l'ont employée des résultats très encourageants.

Paul Delbet, en 1920, présente au 29e Congrès de Chirurgie 13 cas d'appendicite gangréneuse avec 12 guérisons. Quelques mois après, Bérard et Cotte apportent 16 guérisons sur 19 cas. Michel, de Nancy, réduit la mortalité des appendicites gangréneuses de 70 % que nous citions tout à l'heure à 15 % (3 décès sur 20 cas).

C'est donc que malgré sa non spécificité absolue, la sérothérapie avait tout de même agi.

Mais d'autres auteurs, H. Billet en 1921, Foisy en 1924, Presno en 1924 et dans leurs services du Val-de-Grâce MM. Rouvillois, Duguet et Plisson ont utilisé un autre sérum anti-gangreneux, celui de Vincent et Stodel, fabriqué au laboratoire de sérothérapie de l'Armée.

Ce sérum extrêmement polyalent est à la fois antimicrobien et anti-toxique ; pour sa préparation 21 espèces ou variétés d'espèces d'anaérobie ont été utilisées et parmi elles nous trouvons le perfringens, l'œdematiens, le vibrion septique, le putrificus coli, c'est à dire les anaérobies les plus fréquents et les plus redoutables qui existent dans l'appendicile aiguë : de ce côté, le sérum antigangréneux Vincent-Stodel peut donc bien être considéré comme spécifique et Foisy qui l'a utilisé a vu, grâce à lui, la mortalité de ces appendicites grangréneuses tombée de 50 % à 15 %.

Restent les aérobies coli et streptos qui jusqu'alors avaient résisté à toutes les tentatives de sérothérapie faites contre eux.

Depuis peu de temps nous avons des sérums qui sont réellement actifs contre ces deux germes. Dans le service nous avons eu l'occasion d'utiliser avec succès dans les infections à streptocoques le sérum antistreptococcique du Pr Vincent et notre ami Maisonnet a eu de son côté en urologie des résultats favorables avec le sérum anti-colibacillaire fabriqué également par le Pr Vincent.

Ainsi sur les conseils de M. Vincent, associons-nous maintenant systématiquement le sérum anti-colibacillaire au sérum anti-gangréneux et dans les cas graves à forme hypertoxique si un examen de pus fait rapidement sur lames montre la présence de chaînettes de streptos nous ajoutons du sérum antistreptococcique pratiquant ainsi une sérothérapie réellement spécifique puisque s'appliquant à tous les germes et à toutes les toxines anaérobies et aérobies.

Dans 41 des 44 cas d'appendicite aiguë dont nous vous avons énuméré les lésions tout à l'heure nous avons utilisé le sérum antigangréneux de Vincent-Stodel ; seuls les cas d'appendice simplement vascularisé n'en ont pas reçu. Rappelez-vous que sur ces 41 cas il y a 12 appendices perforés en péritoine libre, 5 perforés dans des abcès enkystés, 12 appendicites phlegmoneuses et 12 cas où pour être moins accentuées les lésions n'en étaient pas moins importantes puisque 6 d'entre eux avaient une réaction péritonéale.

Voici comment nous avons combiné le traitement biologique au traitement chirurgical.

Après avoir enlevé l'appendice, enfoui le moignon si possible, nous pratiquions autrefois le lavage du péritoine à l'éther : nous avons remplacé cette pratique par l'introduction de 40 cmc. de sérum antigangréneux et anticoli dans la grande cavité péritonéale et au contact du moignon, agissant ainsi sur les microbes et toxines contenus dans l'épanchement péritonéal.

Puis le péritoine suturé sans drainage chaque fois que l'appendice a été enlevé ; la paroi musculaire suturée elle-même dans certains cas, le malade est placé dans son lit en position demi-assise avec sérum rectal glucosé, huile camphrée et caféine le cas échéant, et très fréquemment pour calmer les coliques, glace sur le ventre. Enfin et surtout il est fait aussitôt 40 cmc. de sérum antigangréneux sous-cutané, nous y ajoutons maintenant 20 cmc. de sérum anticolibacillaire, sous-cutané également, réservant, nous tenons à le répéter, les injections intra veineuses et le sérum antistrepto pour les cas graves à forme hypertoxique.

Ces injections seront renouvelées le 3e et même le 5e jour dans les cas graves.

Quels ont été pour nos malades les résultats de cette pratique ?

En premier lieu pas un seul décès sur les 44 cas opérés et si cette série heureuse est due en partie à la précocité de l'intervention et au fait que les 3/4 de nos malades sont des adultes vigoureux de 20 à 22 ans, nous estimons qu'une part très large de ces guérisons et la bénignité des suites opératoires tiennent à la sérothérapie pratiquée.

Les suites opératoires ont été idéalement simples, (nous n'avons à signaler qu'une parotidite suppurée), très rapidement apyrétiques : l'état général, très atteint chez certains malades. se transformait complètement en 48 heures.

Nous n'avons observé aucune des complications locales assez fréquentes dans l'appendicectomie à chaud, en particulier aucune collection dans le Douglas. Ce qui nous donne l'occasion de vous rappeler que les suites opératoires de l'appendicite doivent être surveillées par le toucher rectal.

Les abcès de la paroi ont toujours évolué d'une façon bénigne et rapide : les plaies pansées à plat se sont détergées et cicatrisées si rapidement que nous avons eu peu de sutures secondaires à pratiquer.

Comme complications éloignées, nous avons observé une fistule appendiculaire chez un garde opéré le 3e jour de sa 2e crise (appendicite pelvienne avec abcès enkysté), l'unique crise antérieure datait de 24 *ans* auparavant et avait nécessité à cette époque l'ouverture d'un abcès appendiculaire sans ablation de l'appendice.

Signalons à ce point de vue qu'un opéré chez qui il y a deux ans nous n'avions pu enlever qu'une partie de l'appendice, et qui n'avait pas été revu par nous à son retour de convalescence. a été récemment opéré d'urgence par notre ami Maisonnet pour occlusion intestinale et volumineux abcès au niveau du moignon restant d'appendice. Ces deux cas nous montrent la nécessité absolue d'enlever l'appendice à froid lorsqu'il n'aura pas pu l'être à la première intervention.

Deux éventrations ont été observées chez le douanier opéré au 10e jour d'un énorme abcès appendiculaire sans ablation de l'appendice auquel un Mickulicz avait

été placé : l'autre chez le garde qui présentait la fistule appendiculaire. Cure de l'éventration et appendicectomie pour le premier, cure de l'éventration et de la fistule pour le second furent pratiquées plusieurs mois après.

Enfin les durées d'hospitalisation furent très courtes puisque 27 de nos malades sont partis en convalescence au bout de 3 à 4 semaines, 10 en 6 semaines, 1 en 2 mois 2 sont restés plus de 2 mois à l'hôpital, 2 ont fait un second séjour (cure de fistule appendiculaire, cure d'éventration).

Il semble par ces résultats que le traitement biologique réclamé par Tuffier existe bien maintenant.

A la théorie soutenue aujourd'hui devant vous un certain nombre d'objections ont été faites.

Les résultats obtenus, dit-on, tiennent uniquement au fait que les interventions ont été pratiquées de façon très précoce chez des individus vigoureux. Nous avons eu soin de vous le dire et nous y revenons volontiers pour y insister à nouveau : *l'intervention doit être aussi précoce que possible* ; précocité de l'intervention et nombre de guérisons vont de pair : le diagnostic et tout le sort du malade est en grande partie entre les mains du médecin qui le premier le verra et l'adressera au chirurgien. Nous avons évidemment dans nos services des hommes vigoureux, sélectionnés, dont la résistance à l'infection devait être au maximum et cependant combien d'exemples avons-nous d'hommes vigoureux et bien portants qui faisaient pas ou mal les frais d'une infection aiguë médicale ou chirurgicale.

La sérothérapie est inutile lorsque les malades sont opérés dans les 48 heures, a-t-on objecté. S'il y a des cas nombreux, heureusement, qui guérissent parfaitement sans sérothérapie il n'en existe pas moins d'autres fréquents qui semblent évoluer avec une rapidité et une toxicité foudroyantes : les décès que l'on observe malgré tout chez des malades opérés dans les 48 heures nous en semblent la preuve : l'état général grave, le pouls petit et très rapide, la péritonite généralisée intense que nous avons relevés chez nombre de nos opérés ne peuvent que nous confirmer dans cette manière de voir : en voici deux exemples pris entre plusieurs.

De L... entre le 2 juillet 1922 à la 40e heure de sa crise : ventre de bois, point de Mac Burney très douloureux, état général grave ; faciès tiré, péritonéal : léger subictère, malade très abattu, temp. 40°6, pouls 120 ; à l'ouverture du péritoine issue de liquide purulent : appendice non perforé, entièrement libre mais du volume du petit doigt, gorgé de liquide mal odorant.

G... entre le 20 janvier 1922 à la 20° heure de sa crise, vomissements, ventre de bois, point de Mac Burney très douloureux, état général *très* grave, pouls petit rapide, dépassant 120. Issue de pus à l'ouverture du péritoine, appendice gangréné perforé en péritoine libre.

N'était-on pas chez ces deux malades en présence de formes extrêmement toxiques ? n'est-on pas raisonnablement autorisé à penser que la sérothérapie pratiquée a été utile en neutralisant l'infection et les toxines microbiennes et en aidant l'organisme à résister à une toxi-infection foudroyante ?

Enfin les suites opératoires ont été idéalement simples et nous tenons à répéter que nous avons en particulier assisté à une dispartion très rapide des phénomènes toxiques due en partie au moins au sérum.

Après 48 h. au 3e ou 4e jour, Lecène a dit que la sérothérapie peut être plus nuisible qu'utile en pouvant provoquer des néphrites toxiques ou du collapsus cardiaque. Nous avons vu peu de malades, 4 exactement au 3e jour plein, dont 3 présentaient un appendice perforé en péritoine libre : nous n'avons observé aucun incident chez ces malades qui nous ont, bien au contraire, paru bénéficier grandement de la sérothérapie.

D'autre part, Michel dans la thèse de Rakowatz, cite 18 cas d'appendicites gangréneuses aiguës arrivées à l'hôpital dans des conditions de temps beaucoup moins favorables que celles dans lesquelles nous recevons nos malades : à côté des cas opérés dans les 48 heures et qui sont tous guéris, il en est arrivé au 3e, 4e et 5e jour de la crise chez lesquels la guérison a été obtenue, les 3 décès observés ayant été opérés absolument *in extremis* au 5e ou au 8e jour de la crise. Presno apporte 14 cas chez des malades de 13 à 65 ans opérés de 24 h. à 4 jours dont 3 appendices perforés et 5 péritonites généralisées sans 1 décès.

En aucun passage de la thèse de Rakowatz, ni de l'article de Michel dans le livre jubilaire de Forgues, ni de la communication de Presno, il n'est fait mention de néphrite ni d'accidents consécutifs à la sérothérapie : aussi sommes-nous absolument convaincus de la très grande utilité et de l'absolue innocuité du sérum dans ces cas opérés tardivement.

Aussi la conclusion de cette longue étude est que : *Intervention précoce*, sérothérapie antigangréneuse et anti-coli, même anti-strepto sont, réunies, le seul traitement rationnel grâce auquel se trouve justifié l'adage latin cité par Dieulafoy :

sublata causa, tollitur effectus

L'intervention enlève la cause en supprimant le foyer, la sérothérapie neutralisant les toxines, attaquant les germes fait disparaître l'effet, l'intoxication contre laquelle le bistouri ne pouvait plus rien.

Nous réalisons ainsi le second terme de la collaboration médico-chirurgicale dont nous vous parlions au début de cette leçon et qui promet d'être féconde en bons résultats.

Il est malheureusement évident qu'il y aura toujours des cas au-dessus de nos ressources thérapeutiques, mais on peut affirmer que la mortalité actuelle de l'appendicite aiguë peut et doit être abaissée.

Vous médecins, faites le diagnostic tôt, très tôt et n'hésitez pas à envoyer le malade de très bonne heure au chirurgien ; dans les cas douteux ce sera à lui de prendre la responsabilité. *Grâce à cette intervention précoce, base essentielle de la thérapeutique de l'appendicite*, grâce à la sérothérapie antigangréneuse, anti-coli, parfois même anti-strepto, qui viendra dans les cas graves, dans les formes hypertoxiques, compléter l'acte chirurgical, le malade si grave que soit sa crise aura le maximum de chances de guérir et vous verrez diminuer dans les proportions importantes que nous vous avons signalées la mortalité, encore trop élevée parfois, des appendicites aiguës.

Précis d'organisation et de fonctionnement du service de santé en temps de guerre, par Ch. Spire, médecin principal de 2e classe et P. Lombardy, médecin-major de 2e classe. Prix : 18 fr. (En vente chez les éditeurs : Charles Lavauzelle et Cie, Paris, Limoges, Nancy.)

Aucun ouvrage d'ensemble n'avait encore réuni d'une façon complète les différentes données concernant la conception actuelle du service, telle qu'elle apparaît devoir résulter des enseignements de dernière guerre.

Ce livre qui fait état des dispositions qu'un nouveau règlement ne tardera pas à rendre officielles, est appelé à rendre les plus grands services, non seulement à tous les officiers du corps de santé, mais encore aux officiers d'état-major et aux candidats à l'Ecole supérieure de guerre, en leur précisant les difficultés et les besoins d'un service dont la place, dans la conduite des guerres modernes, s'affirme toujours plus.

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**



La boîte pour une semaine environ.

DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910
Turin 1911

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque "SPHINX" et la dénomination "LACTAGOL"

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis,** *près* **Paris**

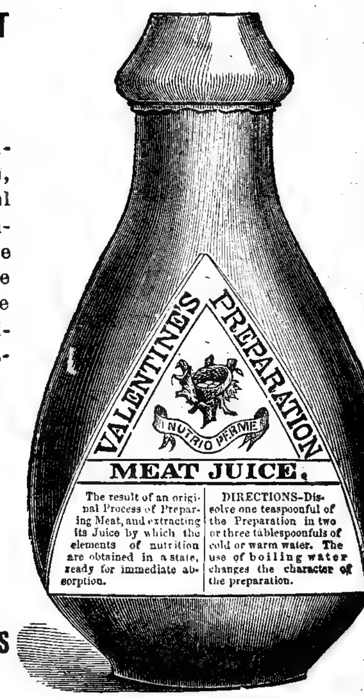
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

VALENTINE'S MEAT JUICE

Richmond Virginia - Etats-Unis

RECONSTITUANT et FORTIFIANT
par excellence

Les Docteurs Antonio Navarro Fernandez, médecin de l'hôpital Saint-Jean, à Madrid, et John Keay, de l'hôpital d'Edimbourg, déclarent que le « **Valentine's Meat Juice** » est le plus efficace de econstituants chez les opérés de toute nature et qu'ils l'ont employé avec le plus grand succès comme aliment et stimulant chez les malades ou blessés atteints d'extrême faiblesse.



Echantillon sur demande
adressée au
Dépôt Général
Pharmacie Anglaise des Champs-Élysées
62, Avenue des Champs-Elysées
PARIS (8e)

R. C. Seine 30.488

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234 PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au ***Service Médical des Établ^ts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).***

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS PURIFIÉS ET IMPUTRESCIBLES DE TOUS LES ORGANES

Les Lipoïdes sont, par rapport aux poudres sèches d'organes, exactement ce que l'extrait de digitale ou l'extrait de belladone est à la poudre de digitale ou de belladone.

R. C. SEINE 281.038

GYNOCRINOL

Stimulant et activateur des fonctions ovariennes et de la menstruation.

GYNOLUTÉOL

Calmant et sédatif des fonctions ovariennes et de la menstruation.

ANDROCRINOL

Certaines aménorrhées rebelles aux traitements ovariens. Sénescences féminine et masculine.

LABORATOIRE J. M. ISCOVESCO
107, RUE DES DAMES, PARIS 17e - TÉL. MARCADET 59-28

ACTUALITÉS

Les lipo-vaccins

La vaccination T A B par les hydro-vaccins, surtout par les vaccins éthérés, n'est pas toujours inoffensive et la nécessité se faisait sentir d'un perfectionnement dans les méthodes de préparation. Ce perfectionnement a été apporté par la lipo-vaccination, dont M. SÉZARY vient de rappeler les principes et les avantages (*Journ. Méd. français*, mars 1925).

En 1916, LE MOIGNIC guidé par l'hypothèse qu'un vaccin à excipient huileux serait lentement absorbé et par conséquent serait moins toxique, entreprit la réalisation lipo-vaccin T. A. B. La préparation d'un tel vaccin offrait de grosses difficultés techniques : la meilleure preuve en est que MM. ACHARD et FOIX déclarèrent ultérieurement qu'ils l'avaient tentée, mais qu'ils n'avaient pu obtenir un vaccin homogène dont l'injection ne provoquât pas d'abcès.

Un premier mode de préparation fut réalisé par LE MOIGNIC et PINOY, qui incorporèrent des corps microbiens à un mélange de lanoline et d'huile de vaseline. Mais cet excipient présentait l'inconvénient de contenir une huile minérale dont l'injection, comme on le sait, peut provoquer des tumeurs inflammatoires.

LE MOIGNIC lui substitua un mélange d'huiles végétales dont une des propriétés les plus remarquables, due à leur constitution chimique, est la faculté d'absorber une petite quantité d'eau. La technique de la préparation fut réglée par SÉZARY.

Ce qu'il importe de savoir sur le lipo-vaccin T A B, c'est qu'il contient, par centimètre cube, environ 2 milliards 600 millions de bacilles typhiques et 2 milliards 275 millions de chacun des paratyphiques A et B. Ces bacilles ont subi les traitements juste suffisants pour les tuer (chauffage à 57 et 60 degrés, associé à l'action d'une essence antiseptique, l'eugénol), c'est-à-dire que leur pouvoir antigène est aussi peu altéré que possible.

Après agitation de l'ampoule contenant le vaccin, les microbes sont en suspension homogène. Mais ils ne sont pas isolés dans l'excipient huileux. On constate au microscope qu'ils sont agglomérés en petits grumeaux arrondis, dont le diamètre varie de 5 à 100 et même davantage. Ces grumeaux, injectés avec leur excipient huileux, sont attaqués par les leucocytes et lentement désagrégés dans le tissu cellulaire, ce qui contribue encore au ralentissement de l'absorption du vaccin. Mais ils ne doivent pas dépasser certaines dimensions, car trop volumineux, ils provoquent la formation d'abcès aseptiques.

GAUTRELET et LE MOIGNIC ont démontré expérimentalement l'hypotoxicité du lipo-vaccin T A B. Malgré son hypotoxicité, ce vaccin est efficace. PINOY a immunisé des souris, SÉZARY des lapins, contre le paratyphique B, à l'aide d'un lipo-vaccin.

Expérimenté dès 1916, sur des groupements d'abord peu importants, puis de plus en plus considérables, le lipo-vaccin T A B, a donné des preuves constantes de son efficacité. Dans notre armée maritime, où il est beaucoup plus employé que les hydro-vaccins, la morbidité typhique, qui était de 6,15 p. 1.000 de 1899 à 1912, était encore de 3,9 en 1915, avant qu'on ait utilisé les vaccins triples aqueux ou huileux. Elle s'est abaissée actuellement à 1,2 p. 1.000, résultat d'autant plus remarquable que les marins sont, plus que nos soldats, sujets à l'infection typhique ou paratyphique du fait de leurs séjours dans les milieux contaminés les plus divers. Ces chiffres rendent inutile tout commentaire ; ils prouvent que l'action prophylactique du lipo vaccin T A B est au moins comparable à celle des hydro-vaccins.

Quels sont les avantages et les inconvénients de la lipo-vaccination ?

Un premier avantage réside dans ce fait qu'en une injection on peut introduire, dans l'organisme, une dose efficace de vaccin. Pendant longtemps, tant que l'on ne s'est servi que des hydro-vaccins, on a jugé plus prudent de répéter à plusieurs reprises des doses minimes, il fallait donc plusieurs semaines pour obtenir l'immunisation. Cette méthode a paru d'autant plus fastidieuse qu'elle ne supprime pas les réactions et que parfois les sujets demeurent incomplètement vaccinés, parce qu'ils ne veulent pas s'exposer de nouveau à des malaises dont ils ont déjà l'expérience. Actuellement, on ne pratique plus qu'une seule injection d'hydro-vaccin, mais on a réduit la dose d'antigène vaccinant.

Le plus grand avantage du lipo-vaccin résulte de sa tolérance par l'organisme. La réaction locale consiste en un léger endolorissement et un peu de rougeur de la région inoculée, la réaction générale est faible, sinon nulle. Lorsqu'elle existe, elle se réduit le plus souvent à une légère élévation thermique le soir ou le lendemain de l'injection (38° ou 39°), Les manifestations toxiques sont absolument exceptionnelles.

Signalons enfin que les lipo-vaccins se conservent longtemps sans s'altérer. Les corps gras constituent d'excellents milieux de conservation pour les germes, qui y sont comme embaumés.

A ces avantages des lipo-vaccins, quels inconvénients peut-on opposer ? Un seul, très rare, semblait dû à un défaut de technique et ne s'observe plus guère actuellement. Il consiste dans la production d'abcès aseptiques au lieu de l'injection. Dans ces cas, on voyait se produire une tuméfaction dont le centre se ramollissait progressivement. Il se formait ainsi un abcès aseptique, qu'il fallait se garder d'inciser, mais qu'une ponction, faite à partir de la peau saine, suffisait à guérir complètement. Les solutions huileuses provoquent assez facilement de tels oléomes : la pratique des injections d'huile camphrée le démontre suffisamment. Cet incident peut tenir à un défaut de purification des huiles employées. Pour les lipo-vaccins, il a paru résulter des dimensions trop volumineuses des grumeaux microbiens ou de la densité trop forte de la préparation en corps bacillaires. Depuis, en effet, que l'on a réussi à obtenir des grumeaux très petits, et à ne pas dépasser une certaine dose de microbes par centimètre cube, depuis aussi qu'on a fortement recommandé aux vaccinateurs d'agiter consciencieusement les ampoules, afin de répartir les microbes d'une façon homogène, il ne s'observe plus que d'une façon exceptionnelle. Il a d'ailleurs toujours été sans gravité.

Quelle est la technique de la vaccination par le lipo-vaccin T A B ?

Elle ne comporte qu'une seule injection de 1 cc. chez l'adulte.

Chez l'enfant, on peut indiquer la posologie suivante, qu'il faudra modifier selon l'état de robusticité ou de chétivité des sujets :

De 2 à 3 ans................	0 cc. 2
De 3 à 5 ans................	0 cc. 3
De 5 à 7 ans................	0 cc. 4
De 7 à 9 ans................	0 cc. 5
De 9 à 11 ans................	0 cc. 6
De 11 à 13 ans................	0 cc. 7
De 13 à 15 ans................	0 cc. 8
De 15 à 17 ans................	0 cc. 9

On s'assurera avant l'injection que les ampoules ne sont pas fêlées. Les précautions d'asepsie les plus minutieuses seront naturellement observées. On se servira d'une seringue en verre type Luer et d'une aiguille du diamètre de dix dixièmes, préalablement stérilisées à sec ou dans l'eau bouillante. La stérilisation dans l'huile bouillante est inutile.

Le vaccin est livré dans des ampoules de 1 cc., de 5 cc. ou de 10 cc., contenant également des perles de verre dont l'agitation, avant l'injection, permet de répar-

tir les corps microbiens uniformément dans l'huile. Il est nécessaire pour injecter une suspension homogène, d'agiter énergiquement l'ampoule. C'est là un point très important de la technique, dont la méconnaissance exposerait d'abord à introduire trop ou peu de corps microbiens, selon le cas, ensuite à favoriser la production d'abcès aseptiques.

En hiver, le mélange huileux pourra être fluidifié avant l'injection par un léger chauffage, à une température ne dépassant pas 60 degrés. Il s'écoule ainsi plus facilement par l'aiguille.

On ouvre l'ampoule après avoir tracé un trait de lime à son col, on l'incline de façon que l'huile affleure l'orifice et on aspire le vaccin dans la seringue en y plongeant directement l'embout de celle-ci.

On pratique ensuite l'injection, avec lenteur, dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit de la région deltoïdienne, soit d'un hypocondre au-dessous des côtes.

On enfonce l'aiguille isolément, afin de s'assurer qu'elle n'a pas pénétré dans un vaisseau. L'injection faite, on applique un peu d'ouate sur le point de la piqûre pendant quelques instants, pour empêcher que le vaccin ne reflue par le petit orifice. Puis on recommande à la personne vaccinée d'éviter tout surmenage physique pendant quarante-huit heures.

Les sujets qui doivent être vaccinés auront toujours été soumis à un examen médical préalable. Ils peuvent présenter des contre-indications soit temporaires (infection ou intoxication aiguës, surmenage), soit permanentes (insuffisance cardiaque, hépatique, rénale, etc., tuberculose pulmonaire chronique). Les premières obligent à remettre la vaccination à une date ultérieure. Les secondes, selon leur importance, ou bien la contre-indiquent absolument, ou bien incitent à la prudence : le mieux, dans ce dernier cas, est d'injecter, à une semaine d'intervalle, deux demi-doses de vaccins. En raison de leur hypotoxicité, les lipo-vaccins permettent d'immuniser des personnes auxquelles il serait dangereux d'inoculer un hydro-vaccin.

Sézary, Le Moignic et Demonchy ont préparé un *lipo-vaccin anti-gonocccique*, contenant, par centimètre cube environ, 12 milliards de germes tués tout simplement par un séjour de quelques heures à la glacière. Ce vaccin présente plusieurs avantages : sa haute concentration en éléments microbiens, les altérations minimes de l'antigène qui n'a pas été soumis à la stérilisation par la chaleur ou par un antiseptique, la parfaite conservation des corps de gonocoques qui sont, comme on le sait, très fragiles et se lysent très rapidement dans un milieu aqueux.

Les injections du lipo-vaccin antigonococcique, doivent être faites dans les téguments des hypocondres, en plein tissu cellulaire sous-cutané. On commence par la dose d'un demi-centimètre cube. S'il se produit une légère réaction thermique, on répète la même dose deux fois par semaine jusqu'à ce qu'elle ne provoque plus cette réaction. On peut alors injecter un centimètre cube. En principe, on augmente la dose d'un demi-centimètre cube lorsque l'injection précédente n'a provoqué aucune réaction. En pratique, on dépasse rarement un centimètre cube et demi en une fois. Le traitement comporte une série d'injections dont le nombre varie selon les cas depuis 6 jusqu'à 8, 10, 12 et même davantage.

Le lipo-vaccin antigonococcique a fourni les preuves de son utilité thérapeutique dans la blennorragie aiguë à son déclin, dans l'urétrite chronique et surtout dans les complications de nature gonococcique.

Le bouillon-vaccin de Delbet a le grand inconvénient de susciter de violentes réactions tant locales que générales, dues pour une part à l'injection de peptone. D'autre part, M. Robineau a montré qu'il était parfaitement inutile d'utiliser des cultures vieillies. Il a donc fait préparer un *lipo-vaccin antipyogène mixte* contenant par centimètre cube 2 milliards de streptocoques, 4 milliards de staphylocoques et 1 milliard de bacilles pyocyaniques. Les réactions, déterminées par cette suspension, sont faibles et les résultats identiques à ceux que donne le bouillon de Delbet. Deux à six injections de ce lipo-vaccin antipyogène mixte, pratiquées à deux ou trois jours d'intervalle, suffisent souvent pour amener la guérison d'une infection aiguë localisée ou pour réduire au minimum l'acte opératoire. Dans les infections puerpérales légères et surtout dans les complications microbiennes localisées des suites de couches, Lequeux, Laffont et Chomé ont obtenu des résultats également excellents. Ces auteurs ont même préconisé la vaccination préventive de toute femme enceinte sur le point d'accoucher, surtout en milieu septique, dans le but d'éviter l'infection puerpérale.

Pour certaines indications spéciales, on pourra utiliser les *lipo-vaccins antistaphylococcique* (contenant 4 milliards de germes par centimètre cube), ou *antistreptococcique* (même concentration microbienne) *antipyo-cyanique* (contenant 4 milliards 600 millions de bacilles par centimètre cube).

Toutes les combinaisons microbiennes se prêtent à la préparation des lipo-vaccins.

C'est ainsi qu'une formule qui se prête plus spécialement au traitement des *affections pulmonaires aiguës* et de la *grippe*, comprend 5 milliards de pneumocoques, 2 milliards 200 millions de pyocyaniques, 1 milliard 300 millions de staphylocoques et d'entérocoques.

On a pu encore préparer un *lipo-vaccin anti-colibacillaire*, contenant 3 milliards environ de coli et paracolibacilles et un *lipo-vaccin anti-entérocolibacillaire*, contenant 3 milliards 500 millions de colibacilles et paracolibacilles et 4 milliard d'entérocoques. Le premier est utilisé dans le traitement des affections génito-urinaires, le second dans celui des infections de l'intestin et des voies biliaires.

Le dotcur Léger a expérimenté avec succès à Dakar, en 1921, un *lipo-vaccin préventif anti-pesteux*, dosé à raison de 3 milliards 500 millions de cocco-bacilles par centimètre cube.

Enfin, Le Moignic et Mme Ramart ont réussi à dissoudre la tuberculine brute, précipitée et desséchée, dans un excipient huileux et à préparer ainsi une *lipo-tuberculine*. Celle-ci donne encore une démonstration de l'hypotoxicité des solutions huileuses. La tuberculine en solution huileuse peut être injectée d'emblée à des doses beaucoup plus élevées que la tuberculine en solution aqueuse (un dixième de milligramme au lieu du millionième ou du millième de milligramme) et on peut, par une progression assez rapide, arriver à en injecter en une seule fois, sans provoquer de réaction vive, un milligramme et même davantage (jusqu'à 8 milligrammes). La tuberculinothérapie délaissée d'une façon trop systématique dans le traitement de la tuberculose, devient ainsi plus maniable et peut être utilisée sans danger. D'après Moing, la lipo-tuberculine donne des résultats très encourageants dans la tuberculose osseuse et même pulmonaire.

La méthode des lipo-vaccins, on le voit, est applicable à toutes les vaccinations préventives ou curatives dont elle a étendu le champ d'action et atténué considérablement les inconvénients.

Elle constitue le progrès le plus important qui ait été réalisé dans la technique de préparation des vaccins depuis les recherches de H. Vincent, de Chantemesse et de Widal.

La blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le Dr Cattier. Prix : 24 francs. (Norbert Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 6e.)

Cette 3e édition revue entièrement et considérablement augmentée est la mise au point de toutes les questions concernant la blennorragie. (Spermoculture, vaccinothérapie, blennorragie de la femme, etc.)

Il étudie dans un chapitre spécial tous les traitements nouveaux. Ecrit dans le style imagé qui caractérise l'auteur, il est l'œuvre d'une longue pratique de 25 années accrue de la formidable expérience de la dernière guerre.

VARIÉTÉS

Les méfaits du prépuce long

Quel est le prépuce normal ? Quels sont les inconvénients du prépuce long ? Telles sont les questions que M. Jean Lacassagne envisage dans un article récent (*Annales des médecins praticiens de Lyon et du Sud-Est*, avril 1925) en se plaçant au point de vue de la médecine et de l'hygiène.

Les anatomistes ne donnent guère de précisions sur la longueur du prépuce normal. M. Lacassagne entend par prépuce long tout prépuce recouvrant plus de la moitié du gland. Et sur 100 hommes examinés au hasard, il a constaté que 14 avaient plus de la moitié du gland recouvert, 53 le gland entièrement recouvert, et 33 le prépuce court.

Plus de la moitié des hommes ont donc le prépuce long. Or, dit M. Lacassagne, ces prépuces longs ont de multiples inconvénients.

« On sait que chez tout enfant non circoncis le prépuce dépasse plus ou moins le gland et cela jusqu'à la puberté ; à cette époque, le gland grossit, tend à se libérer de l'enveloppe qui l'emprisonne, il arrivera du reste à des résultats variables ; mais jusqu'alors des conséquences fâcheuses peuvent résulter d'un prépuce long : ce sont notamment certains cas *d'incontinence nocturne d'urine* (excitation réflexe de la vessie causée par une légère balanite chronique) ; les prépuces trop longs, toujours pour la même cause, favorisent chez l'enfant les attouchements répétés d'où habitude de *masturbation*.

Puis vient la période de la puberté, les glandes sébacées deviennent actives, le smegma va être secrété, s'amassera dans le sillon balano-préputial et pour toutes ces verges qui décalottent mal, c'est la malpropreté, c'est l'infection constante, ce sont les *balanites* à répétition et notamment la *balanite forme érosive circinée* (due à une association fuso-spirillaire) et qui ne s'observe que sur des glands recouverts. Il faut savoir que chez certains individus les glandes sécrètent à tel point que les soins de toilette quotidiens sont insuffisants pour assurer l'hygiène de cette cavité close.

Indépendamment de ces cas, il est d'autres inconvénients qui résultent de cette disposition anatomique.

1° Le prépuce long favorise la contamination vénérienne d'abord parce que le gland recouvert est beaucoup plus fragile que le gland des circoncis, ensuite parce que la toilette post-coïtale est moins facile.

2° Il rend souvent malaisé un diagnostic d'une lésion du sillon balanique du fait du phimosis secondaire qui survient fréquemment.

3° Il favorise l'extension des lésions (tel est le cas pour le chancre simple, les végétations).

4° Il retarde la guérison : il est certains herpès du gland qui durent très longtemps et qui récidivent souvent tant que le prépuce les recouvre ; pour hâter la cicatrisation et éviter les récidives, il est recommandé de tenir le gland découvert en maintenant le prépuce par un bourrelet de coton placé dans le sillon.

5° Il favorise le développement des complications, notamment la *balanite* et la *gangrène*, chez des sujets porteurs de blennorragie, chancre, plaques muqueuses ou tout autre ulcération. J'insiste sur le caractère de gravité de la gangrène en raison des délabrements locaux qu'elle occasionne.

6° Il peut gêner l'application d'un traitement local.

De même, toujours l'épithélioma de la verge et les affections précancéreuses (érythrophasie) apparaissent chez des individus ayant un prépuce long.

En conséquence, M. Lacassagne n'estime pas, comme Doiteau et Dartigues que « c'est mal commencer la vie (même sous un prétexte rituel) que de la commencer par une amputation au niveau d'un membre aussi important de l'organisme ». Il n'est pas de l'avis de Diderot qui écrivait plaisamment à Mlle Voland : « J'aime encore mieux le baptême que la circoncision ; cela fait moins de mal ». Il voudrait que la circoncision fût pratiquée systématiquement « non pas peut-être dès la naissance, comme chez les Israëlites, mais, comme chez les musulmans où cette opération n'est pas un dogme, mais une coutume d'hygiène qui se pratique vers la 10e année ». On éviterait de la sorte toutes les complications signalées.

A propos de la plus grande sensibilité du gland chez les non-circoncis, M. Lacassagne rappelle que « ce qu'on perd en sensibilité, on le gagne en durée ».

Quant à la question d'esthétique, voici comment M. Lacassagne l'envisage :

« Si l'artiste, peintre ou sculpteur, veut donner à son œuvre un caractère de sexualité, le gland doit être à nu ; si au contraire les parties sexuelles ne sont là qu'« accessoirement » pourrait-on dire, il est naturel, il est pudique que le prépuce recouvre le caput, que le gland soit habillé ; les artistes l'ont bien compris et une visite à notre musée du Palais St-Pierre le démontrera. C'est là que j'ai pu aussi, grâce à l'obligeance de l'érudit conservateur M. Rosenthal, examiner une série de petites statuettes érotiques d'origine grecque et d'objets gallo-romains agrémentés de vigoureux Phallus : tous avaient le gland largement découvert ».

Donc faites circoncire vos garçons ; tel est le conseil que M. Lacassagne donne comme conclusion à son intéressant article.

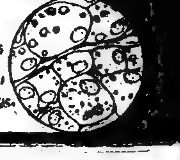
BIBLIOGRAPHIE

Les Fruits de France. Historique, diététique et thérapeutique, par le Dr Henri Leclerc. 1 volume in-8° de 274 pages. Masson et Cie, éditeurs, 12 francs.

Après avoir esquissé dans sa préface le rôle des fruits au point de vue de l'hygiène alimentaire, rôle assez incompris des Anciens, mais dont de nombreuses observations et la découverte des vitamines ont contribué récemment à établir l'importance, le Dr Henri Leclerc passe en revue 41 espèces produites par le sol de notre pays. Si les principales, telles que la pomme, l'orange, le raisin, la pêche, la figue, etc., sont l'objet de développements étendus, on trouve également une étude complète d'espèces qui, bien que d'un intérêt secondaire, ne méritent pas moins d'attirer l'attention du diététicien : c'est ainsi que l'auteur nous montre le parti qu'on peut tirer de fruits sauvages comme l'azerole, l'arbouse, la faîne, l'alise, dont les qualités organoleptiques et la valeur nutritive sont ignorées du plus grand nombre. Ce qui rend particulièrement attrayante la lecture des chapitres consacrés à chacun d'eux, c'est le soin qu'a pris M. Henri Leclerc de les animer d'aperçus rétrospectifs empruntés à la légende, à la symbolique, à l'histoire, de les égayer d'anecdotes où l'on retrouve la verve pleine d'humour, le style original et pittoresque, le talent d'exposition qu'ont pu déjà apprécier les lecteurs du *Précis de phytothérapie* et de *En marge du Codex* : la framboise s'empourprant du sang de la nymphe Ida, l'origine de l'expression « pour des prunes », la naissance du grenadier, petit-fils de Jupiter et de la roche Agda, la légende de la vigne, la mésaventure de l'étudiant qui dévora toutes les jujubes du droguier, le quiproquo du médicastre qui s'identifia avec un citron et nombre d'autres passages forment autant de petits tableaux propres à dérider les fronts les plus moroses.







Il ne faudrait pas croire cependant, que ce livre se recommande uniquement par ses qualités littéraires : l'auteur y a donné une large part aux questions d'ordre scientifique et n'a rien omis de ce qui concerne la composition chimique des fruits, leur emploi en diététique et en thérapeutique : nous mentionnerons, par exemple, les cures de raisin et de citron dans l'arthritisme, leur application à la médication tannique, les services qu'on peut attendre de l'emploi des feuilles ou des fleurs de certains arbres fruitiers (feuilles de cassis dans le rhumatisme, de poirier pour aseptiser l'urine, fleurs de pêcher comme agent laxatif, etc.).

Enfin, M. Henri Leclerc a montré que l'art culinaire n'était pas indigne de figurer dans un livre de ce genre en livrant à ses lecteurs quelques recettes, classiques ou inédites.

Documents scientifiques du XVe siècle. Tome I. Remèdes contre la peste. Fac-similés. Notes et liste bibliographique des incunables sur la peste par A. C. Klebs et E. Droz. Le volume, sur japon E. Barjon (tiré à 500 ex). 80 fr. Editions E. Droz, 13, avenue Félix-Faure, Paris, 15e.

Ce magnifique volume contient le *Régime* en vers français, de Jean Jasme, chancelier de l'Université de Montpellier (†. 1384), et deux *Remèdes contre la pestilence*, en prose. Nombreuses gravures sur bois.

L'art du paysage en France, essai sur son évolution de la fin du XVIII° siècle à la fin du second empire, par Prosper Dorbec. Un volume 32 planches hors-texte. Broché 25 fr. H. Laurens, 6, rue de Tournon, Paris IVe.

Cet ouvrage expose l'histoire de notre peinture de paysage des origines de l'*Ecole de* 1830, à celle de l'*Ecole dss Impressionnistes.* Nous assistons ainsi à la magnifique floraison qui a classé la peinture française du XIXe siècle au tout premier rang.

Aucune des formes nouvelles et originales sous lesquelles le genre du paysage s'est manifesté au siècle dernier avec une si vivante diversité n'y est passée sous silence. Un chapitre important est consacré aux paysagistes anglais, et à leur influence sur nos ateliers romantiques.

Ajoutons que la communauté d'inspirations qui unissait les paysagistes et les poètes du temps a permis d'emprunter à ceux ci des commentaires, qui ne sont pas les moins justes et les moins attachants.

Trente-deux planches illustrent l'ouvrage, elles nous donnent les œuvres les plus caractéristiques des maîtres de l'époque : De Marne, Dagnan, Georges Michel, Langlacé, Bonington, Reynolds, Constable, Delacroix, Dupré, Decamp, Huet, Flandrin, Corot, Théodore Rousseau, etc.

Cet ouvrage vient à son heure, au moment où l'exposition du paysage français, au Petit Palais, à Paris, attire tant d'admirateurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La Pratique chirurgicale illustrée, par Victor Pauchet. Fasicule VIII, in-8, 236 p., 235 fig. : 30 fr. (Doin).

La Régénération de l'Organisme humain par les injections de sang. Rajeunissement. Stabilisation, par H. Jaworski, in-8 : 12 fr. (Maloine).

La Cuisine simple, par le Dr Paul Carton, in-8 : 15 fr. (Maloine).

Premières notions de psychiatrie, par Hesnard, in-8 : 3 fr. 50. (Maloine).

Maladies de la Peau, par les Drs Dubreuilh, Petges et Dalous, un vol. de « La Pratique des maladies des Enfants », in-8, 544 p., 168 fig. : 60 fr. (Baillière).

La Crise de la conscience professionnelle dans le commerce, l'industrie, l'agriculture, les professions libérales, l'art et la littérature, l'administration, etc., par Geo Minvielle, in-8 : 3 fr. (Librairie Dussarp).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 27. Le Numéro : 50 Centimes 4 JUILLET 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — Thèses. 30 *juin.* — M. Chapaut (G.). Les moyens de protection à utiliser en radiologie. — M. Brennan (P.). Traitement de l'hémophilie par injections intraveineuses. — M. Gallois (P.). Etude de l'endocardite maligne. — M. Troyaux (M.). Artérite et gangrène syphilitique des membres. — M. Suau. Variations du métabolisme basal au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. Carasso (M.). Augustin Belloste (1654-1730). — M. Dandinian. La cryothérapie dans les métrites. — M. Baillargeat (L.). Variations associées du rachis. — M. Evrain. Etude clinique des troubles angioneurotiques chez le nourrisson. — M. Lehmans. Etude de la gangrène de la peau (première enfance). — M. Bartman (J.). Etude du lupus pernio. — Mr Lemoine (J.). Traitement de la syphilis par voie buccale (nouveau composé arsenical). — M. Minitch. Etude de la tuberculose de la verge. — M. Mathieu (P.). Etude clinique des syndromes anémiques de la moelle avec urémie.

M. Verny. Etude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. — M. Bonnay (R.). Etude des cirrhoses alcooliques hypertrophiques. — Mlle Richard. Etude de la pleurésie à gonocoques. — Mlle Curtil. Etude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. — M. Vuillemard (P.). Les antécédents des pleurésies. — M. Bizette. Des contre-indications d'ordre rénal chez les cardiaques. — M. Pavlovitch (A.). Le somnifène en injection intraveineuse.

(Thèses vétérinaires). — M. Montel. De la cautérisation ignée. — M. Petit. Recherches sur la myologie de la région jambière.

1er *juillet.* — (vétérinaires.) M. Bergoff. Etude sur la fièvre vitulaire. — M. Descampeaux. Du rôle des vétérinaires ruraux dans le progrès de la production animale.

Facultés de médecine. — Paris. — *Diplôme d'hygiène.* — A la suite de l'examen spécial de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, ont obtenu le diplôme d'hygiène : MM. Vogelin, Sterianos, Bethoux, Thouvenin, Montel, Capelin, Patay, Poublan, Vasselopoulos, Almazan, Papadopoulos, Marères, Martin Saint-Laurent, Foucaud de Fourcroy, Denise, Markakis, Naggiar, Skaliotis.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Cliniques des maladies de l'enfance. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, et Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — *Enseignement de vacances (été 1925).* — Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois de juillet, août et septembre 1925, dans l'ordre suivant :

Hygiène et clinique de la première enfance. — Le cours de revision et de perfectionnement d'hygiène et de clinique de la première enfance aura lieu, sous la direction de M. le professeur Marfan, du jeudi 2 juillet au jeudi 23 juillet 1925, avec le concours de MM. Blechmann, Hallez et Turquety, anciens chefs de clinique ; Pierre Vallery-Radot, chef de clinique ; Jacques Florand et Lestoquoy, chefs de clinique adjoints ; Dorlencourt, chef de laboratoire, et Boudinesco, assistant.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le jeudi 2 juillet, à 9 heures du matin ; aura lieu également l'après-midi, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 et sera terminé le 23 juillet.

Clinique médicale des enfants. — Le cours de clinique et de médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. les docteurs Babonneix, Milhit, Stévenin. Léon Tixier, médecins des hôpitaux ; Nadal, Paraf, Mathieu, Janet et Pichon, chefs ou anciens chefs de clinique ; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades ; Bidot, chef de laboratoire.

Il comprendra 36 leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie.

Il commencera à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 24 juillet 1925, à 9 heures le matin, et l'après-midi, de 16 à 18 heures. Il sera terminé le vendredi 14 août 1925.

Clinique chirurgicale infantile. — Le cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. les docteurs Wilmoth et Huc, chefs de clinique, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 24 leçons et des examens de malades.

Il commencera le mardi 1er septembre 1925 et sera terminé le lundi 28 septembre 1925.

Admission aux cours de révision et de perfectionnement.

Sont admis aux cours de révision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet no 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française. Paris 1926. Le XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : président : Dr Antheaume : médecin-expert : secrétaire général de la Société de médecine légale de France ; vice-présidents : le prof. Sorel (de Toulouse) Dr Duvoir, médecin des hôpitaux, prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire général : le prof. Etienne Martin, (de Lyon) ; secrétaire général adjoint : Dr Piedelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° *Médecine légale.* — Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse ; Dr Vielledent (de Lille).

2° *Criminologie.* — Le témoignage des psychopathes : Dr Rogues de Fursac (de Paris).

3° *Pathologie traumatique.* — Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose) ; Dr Dervieux (de Paris).

Le Conseil d'Etat annule un concours d'agrégation. — M. Magitot, docteur en médecine, a déféré au Conseil d'Etat une décision du 26 juin 1923, par laquelle le ministre de l'Instruction publique a rejeté sa réclamation contre les résultats du concours d'agrégation des Facultés de médecine (section d'ophtalmologie) qui a eu lieu à Paris, du 29 mai au 3 juin 1923, et en tant que de besoin contre les résultats dudit concours.

Le Conseil, après avoir reconnu que le jury avait été irrégulièrement composé, a décidé d'annuler les résultats du concours.

Service de santé des troupes coloniales. — Un concours s'ouvrira le 1er décembre 1925 à neuf heures à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Les docteurs en médecine et pharmaciens admis à ce concours

seront nommés aides-majors de 2e classe pour compter du 31 décembre 1925. Les candidats ayant accompli leurs obligations militaires, telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, bénéficieront, pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe, sans rappel de solde, d'un temps égal à la durée des services effectifs qu'ils auront accomplis comme médecin ou pharmacien aide-major de 2e classe (article 39 de la loi du 1er avril 1923.)

Les renseignements relatifs à l'admission aux emplois sus-visés ont été insérés au *Journal Officiel* sous forme d'Arrêté (*Journal Officiel* du 30 mai 1925) et d'Instruction (*Journal Officiel* du 25 juillet 1924).

Une notice relative à l'organisation et au fonctionnement du Corps de santé des troupes coloniales sera adressée aux candidats qui en feront la demande au ministre de la guerre (8e direction, 3e bureau).

Cours supérieur d'éducation physique de l'université. — Le *Journal Officiel* du 20 juin publie un décret réorganisant ce cours. Le personnel enseignant comprendra notamment deux docteurs en médecine, adjoints au directeur du cours pour les leçons de physiologie, d'anatomie et d'hygiène appliquées à l'exercice. Un crédit de 100 francs est prévu pour les honoraires de chacun de ces médecins.

Guerre. — M. le médecin principal de 1re classe Savornin (A.-R.), a été nommé directeur du service de santé au ministère de la Guerre en remplacement de M. le médecin inspecteur général Toubert, relevé sur sa demande.

M. le médecin inspecteur général Toubert a été nommé inspecteur des services chirurgicaux de l'armée et membre du comité consultatif de santé (emplois vacants). [*J. O.*, 20 juin 1925.]

Nécrologie. — Dr Sevez, de Chambéry.

BIBLIOGRAPHIE

Théorie des vitamines et ses applications, par Jean Lorenzini. Un vol. de 88 pages avec VIII planches (avec préface du professeur Ch. Richet). (Masson et Cie, éditeurs, Paris 1925.)

Ce petit livre, comme la préface nous l'indique, n'est pas une compilation mais à la fois une critique soigneuse de tout ce qui concerne la question doctrinale des vitamines, et un essai de coordination des données expérimentales avec la clinique.

Après une introduction où sont exposées les conceptions des différentes écoles, viennent les chapitres consacrés au rôle des vitamines dans le métabolisme des matières protéiques, dans celui des substances grasses et hydrocarbonées, dans l'équilibre de la minéralisation, et enfin dans leurs rapports avec les fonctions endocriniennes. Un résumé synthétique des vitamines en physiologie clôt cette première partie théorique à laquelle sont annexées des considérations sur l'essence des vitamines, rangées dans la catégorie des corps hormonides et sur leur pluralité, bien que leur différenciation soit « d'ordre physiologique » et n'ait « rien d'absolu ».

Les pages qui suivent sont consacrées aux différents troubles métaboliques où sont appliquées à la pathologie les notions précédemment exposées. L'insuline, par exemple, y est envisagée comme hormone régulateur de la glycolyse physiologique, agissant par substitution et n'ayant qu'une action secondaire de stimulation sur les différents mécanismes glycolytiques. L'auteur conclut également que l'obésité physiologique est influencée favorablement par l'emploi des vitamines. Plus loin se trouvent étudiées les dystrophies osseuses (rachitisme, maladie de Barlow, etc.), et les carences dites essentielles qui sont représentées, de façon complète, pour le béribéri expérimental.

L'ouvrage se termine par des considérations pharmacologiques et thérapeutiques, où sont mises en évidence non seulement l'action eubiotique des vitamines (grossesse, lactation, vie sexuelle, fécondation) mais encore leur importance en thérapeutique, où se complètent les vitamines alimentaires et celles en état de concentration, les premières exerçant un rôle prophylactique, avec action thérapeutique secondaire, alors que les secondes « provoquent la stimulation des énergies latentes et réactionnelles de leur organisme. »

A signaler enfin un index bibliographique très complet et une série de documents iconographiques où sont figurées les altérations histologiques de lapins avitaminosiques, des photographies suggestives de rats hypocarencés, de pigeons béribériques, etc.

Comme nous le disions en débutant, cet ouvrage, malgré son titre général, est essentiellement original, car chaque page reflète les importantes recherches que l'auteur a entreprises depuis plusieurs années à l'Institut biochimique Italien. C'est à ce double point de vue qu'il mérite de figurer sur la table du biologiste et du médecin, car, comme le fait remarquer à juste titre le professeur Richet, non seulement « il donne une idée exacte (et résumée) de ce qui a été fait mais il permet de prévenir tout ce qui est à faire encore ».

A. Clerc.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HOTEL-DIEU

Le diagnostic et le traitement du glaucome infantile

Par le Professeur **F. TERRIEN** (1)

Le glaucome infantile fait partie de cette série d'affections si redoutables, les glaucomes, dont l'étiologie demeure toujours très obscure. C'est donc un sujet particulièrement passionnant ; c'est de plus une affection très sérieuse, qu'il importe de combattre dès son début, et pour laquelle les moyens d'action actuels ne sont pas encore entièrement précisés. Enfin, cette question, tout à fait à l'ordre du jour, fait l'objet d'un rapport, cette année, à la Société française d'Ophtalmologie, dont a été chargé M. le Professeur Lagrange. Tout récemment encore à la Société d'Ophtalmologie de Paris, MM. Poulard et Lavat ont rapporté 11 observations de glaucome infantile, traités avec succès par la sclérectomie. C'est donc un sujet tout à fait d'actualité et il m'a paru intéressant de commencer par lui la série de nos leçons.

OBSERVATION. — Cette petite malade, que nous avons opérée tout récemment de sclérectomie et de trépanation d'Elliot, est une jeune fille de 14 ans, d'un bon aspect général de santé, qui n'a jamais été malade, ou du moins n'a jamais fait de maladie importante. Nous ne trouvons sur elle aucune lésion spécifique, pas de dystrophie, pas d'altérations dentaires, pas de surdité, rien en dehors des troubles oculaires qui ont commencé de très bonne heure. Dans les tout premiers mois, les parents ont remarqué des troubles des yeux et déjà, à l'âge de 7 mois, le docteur Chaillous, consulté, a porté le diagnostic de kératite interstitielle et glaucome infantile. Retenons ce diagnostic : kératite interstitielle et glaucome infantile.

Evidemment le glaucome infantile peut simuler souvent la kératite interstitielle. L'enfant fut traité par des frictions à l'hydrargyre et par l'iridectomie aux deux yeux.

Les choses se sont comportées ainsi jusqu'à l'âge de 11 ans et cette enfant nous est revenue avec une tension relativement élevée, avec une acuité visuelle un peu diminuée, mais, et c'est là un point intéressant, cette iridectomie des deux yeux avait donné d'assez bons résultats puisque l'acuité visuelle se maintient jusqu'à 11 ans (1/10e à droite et 1/20e à gauche).

Enfin les yeux ne sont pas très distendus, comme on le voit dans les glaucomes infantiles qui n'ont pas été traités ou traités trop tard.

Ici, dans le service, nous lui avons fait une trépanation d'Elliot et une sclérectomie qui, a diminué la tension pendant un certain temps, mais depuis quelques jours cette tension a un peu remonté ; elle est de 35 à droite et 25 à gauche ; l'acuité visuelle se maintient ce qu'elle était avant l'opération.

A ce propos nous allons donc étudier le glaucome infantile ou l'hydrophtalmie. Ce glaucome infantile est caractérisé par tous les symptômes du glaucome de l'adulte, c'est-à-dire l'hypertension, la diminution de l'acuité visuelle et l'excavation de la papille. Il est en outre un symptôme propre à cette variété spéciale observée chez l'enfant, c'est la distension de l'œil tout entier ; si bien qu'on désigne encore cette affection sous la terme de buphtalmie (œil de bœuf) ou hydrophtalmie. Il y a en effet distension de la totalité de l'œil, mais cette distension porte en particulier sur le segment antérieur et surtout sur la cornée.

(1) Leçon faite le vendredi 1er mai, à l'Hôtel Dieu.

Les dimensions anormales de la cornée sont le premier symptôme qui attire l'attention ; elle mesure 14, 16, 20 et 25 millimètres de diamètre, c'est-à-dire soit plus du double de ses dimensions normales : 11 millimètres chez l'adulte.

En même temps la cornée est très amincie, mesurant seulement deux dixièmes de millimètre au lieu d'un millimètre à l'état normal.

D'autre part elle est souvent trouble, et je reviens à ce propos sur le diagnostic de kératite interstitielle fait chez notre jeune malade. Il est possible qu'il y ait eu un peu de kératite interstitielle, la réaction de Wassermann était faiblement positive, mais on doit toujours songer en pareil cas à la possibilité de troubles de la cornée, ce trouble étant dû à la compression. Il suffit, vous le savez, de comprimer légèrement la cornée entre deux lames de verre pour la rendre trouble. En même temps ce trouble peut être dû aussi à des déchirures de la membrane de Descemet, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Le cristallin demeure le plus souvent transparent ; c'est peut-être, en effet, la seule partie de l'œil respectée dans le glaucome infantile ; mais souvent aussi à la longue il se trouble.

Au contraire du côté du fond de l'œil on trouve une excavation de la papille comme dans les glaucomes en général. De plus on constate cet aspect particulier de l'œil distendu, une teinte bleutée, ardoisée, due à un amincissement de la sclérotique.

On se sert souvent encore, nous l'avons dit, pour désigner cette affection des termes de buphtalmie ou d'hydrophtalmie. Ce sont de mauvaises expressions, parce que le glaucome infantile est une entité morbide caractérisée ; c'est le glaucome de l'enfance et même de la toute jeune enfance, des premiers mois de la naissance. Or, à côté de lui, il y a des distensions de l'œil qui peuvent aboutir à la buphtalmie ou à l'hydrophtalmie. Par exemple à la suite d'un staphylome, de leucomes adhérents, on voit souvent l'œil se distendre et devenir hydrophtalme ; il ne s'agit plus là d'un glaucome infantile, mais d'un glaucome secondaire à une perforation de la cornée.

Chez le tout jeune enfant, en effet, la distension de l'œil est très facile, la sclérotique étant très extensible ; une lésion très légère de l'iris peut entraîner une distension assez considérable, et c'est alors qu'on peut parler de buphtalmie ou d'hydrophtalmie.

De même encore on désigne quelquefois le glaucome infantile sous le terme de mégalocornée, la cornée en effet étant toujours très agrandie, mais cela ne paraît pas être la même chose. Sans doute, la mégalocornée est une cornée très agrandie dans tous ses diamètres ; c'est bien ce que nous trouvons chez notre malade, mais nous trouvons aussi chez elle la distension de tout le segment antérieur et même de l'œil tout entier ; enfin nous trouvons encore une excavation, des altérations choroïdiennes étendues, et une diminution considérable de l'acuité visuelle. Au contraire dans la mégalocornée, qu'on rencontre souvent parmi les membres d'une même famille — récemment. Stali a publié 4 observations de mégalocornée dans une même famille — la cornée peut atteindre 16 ou 20 millimètres, mais l'acuité visuelle est bien conservée, la tension normale ; en somme ce sont des individus qui restent avec une cornée très agrandie, une chambre antérieure profonde, mais avec une assez bonne vision.

On a souvent considéré la mégalocornée comme un glaucome infantile arrêté dans son évolution, et ce fut longtemps l'opinion de l'école allemande. A l'heure ac-

tuelle, étant données ces quelques observations, auxquelles se sont ajoutées depuis celles de sujets atteints de mégalocornée avec assez bonne acuité visuelle, il semble qu'il faille faire une différence entre cette affection et le glaucome infantile et la considérer comme une entité morbide spéciale, caractérisée seulement par des dimensions très considérables de la cornée et du segment antérieur.

La cornée, on le sait, a cette caractéristique d'avoir à peu près toujours les mêmes dimensions à l'état normal, ne variant pour ainsi dire pas suivant le sexe, et à peine suivant l'âge. Chose curieuse, en effet, très vite elle atteint ses dimensions normales ; vers l'âge de 4 ou 5 ans elle a les dimensions qu'elle aura plus tard à l'âge adulte.

Au contraire, sa grandeur varie considérablement suivant les espèces animales. L'homme paraît avoir la cornée plus petite ; au contraire ses dimensions chez les animaux sont considérables, ce qui facilite l'extension du champ visuel. Par contre, si l'homme a une cornée petite, la très grande mobilité de l'œil supplée à la petitesse de la cornée. Il y aurait à ce sujet une étude intéressante à faire entre le rapport de la mobilité de l'œil et la grandeur de la cornée. Celle-ci semble d'autant plus grande que l'œil est moins mobile (tel le bœuf).

Ajoutons que chez l'homme la cornée varie peu suivant l'état de réfraction ; elle est un peu plus grande, chez les myopes, mais les variations sont insignifiantes. Au contraire à l'état pathologique, à la suite de certaines dystrophies, on peut voir la cornée présenter des dimensions considérables, comme dans la mégalocornée. Mais en pareil cas la vision est bien conservée, il n'y a pas d'hypertension, pas d'excavation de la papille, ni d'altérations de la cornée, comme on en trouve dans le glaucome infantile, sur lesquelles il est bon d'insister, car elles permettent de faire le diagnostic du glaucome infantile, et de le faire d'une façon précoce.

Ces altérations cornéennes consistent précisément en troubles diffus, rappelant un peu ceux de la kératite interstitielle constatée par M. Chaillous chez notre malade. Cette kératite interstitielle est rare à la naissance et le glaucome infantile suffit à lui seul pour déterminer un trouble de la cornée qui est précisément dû à la compression et aussi à la déchirure de la membrane de Descemet. On trouve quelquefois en effet sur ces yeux, sur la membrane de Descemet, des déchirures bien visibles surtout quand on les observe à la lampe à fente et au microscope cornéen.

Elles apparaissent sous forme de petites stries linéaires à double contour qui se profilent sur le champ de la cornée. La membrane de Descemet, disposée, on le sait, à la face profonde de la cornée, est doublée d'un endothélium, et sa distension entraîne la rupture de la membrane. Cette déchirure de la membrane de Descemet constitue un élément important pour le diagnostic, parce qu'elle permet d'affirmer l'existence d'un glaucome infantile alors même que les symptômes en sont peu accentués.

Ces déchirures de la membrane de Descemet se rencontrent dans d'autres cas d'hypertension, par exemple dans les cas de tumeur de l'œil ou même de myopie forte. Elles ne sont d'ailleurs pas assez souvent recherchées ; nous avons deux observations de myopie 7 à 12 dioptries dans lesquelles M. Gautrand a examiné ces yeux au microscope cornéen et où il a rencontré une rupture de la membrane de Descemet. Mais dans les premiers mois de la naissance on peut trouver une rupture de cette membrane, et comme on ne peut songer à une myopie forte, c'est donc un signe de glaucome. C'est en même temps un élément très important au point de vue non seulement du diagnostic mais aussi du pronostic.

Ces déchirures peuvent être rapprochées en effet des vergetures, qu'on rencontre chez les femmes enceintes à la fin de la grossesse. Chez certaines femmes, il se produit, vous le savez, une rupture du derme, donnant lieu à ces vergetures, qui se traduisent par de petites stries rosées au début et blanches à la période de cicatrisation, et quelquefois assez considérables. Les accoucheurs considèrent que ces femmes qui présentent ces vergetures ont plus de tendance à faire une rupture du périnée, leurs tissus étant moins souples et se laissant plus facilement rompre. Il semble qu'il en va un peu de même pour la ruptures de la membrane de Descemet et que les yeux qui présentent ces déchirures soient plus exposés à la distension que ceux qui n'en présentent pas.

Ces ruptures sont d'autant plus intéressantes à rechercher que la membrane de Descemet est une membrane qui se répare, à la différence de la membrane de Bowman, et que les ruptures qui se sont produites peuvent se cicatriser ; de sorte qu'elles peuvent avoir existé et s'être réparées.

Nous comprenons alors le trouble de la cornée, qu'on peut rencontrer : lorsque la membrane de Descemet se rompt, l'humeur aqueuse pénètre entre les lames conjonctives qu'elles imbibent et le trouble se produit.

Panas avait pu par ce moyen déterminer des kératocones expérimentaux. Il dilacérait la membrane de Descemet avec une aiguille ; aussitôt l'humeur aqueuse pénétrait, et il se formait un trouble de la cornée, puis une ectasie de cette membrane.

Cette réparation de la membrane de Descemet paraît être un phénomène de défense, qui précisément s'oppose à la pénétration de l'humeur aqueuse et Ranvier a montré qu'elle se produisait aux dépens de l'endothélium de Descemet qui la tapisse.

Voici donc les éléments qui, dans le glaucome infantile nous permettent de le reconnaître. Il est également très important, pour arriver à le traiter, de comprendre sa pathogénie, car il faut avant tout intervenir de bonnes heure, son évolution étant très redoutable. Peu à peu on voit l'œil se distendre de plus en plus, devenir énorme, c'est l'hydrophtalmie ou la buphtalmie. Une perforation, peut même se produire avec toutes ses conséquences : l'œil s'atrophie et la terminaison est la perte complète et définitive du globe oculaire.

Nous savons d'autre part que le glaucome infantile, comme presque toutes les malformations de l'œil, est une affection héréditaire ; comme la cataracte, comme le colobome, il se transmet avec une grande facilité aux membres d'une même famille. Avec mon élève Hubert nous avons publié une observation d'ectopie du cristallin que nous avons retrouvée dans quatre générations. Il en est de même quelquefois pour le glaucome infantile. Vous pourrez voir dans le beau rapport de M. Lagrange à la Société d'Ophtalmologie une observation rapportée par M. de Lapersonne de deux jumeaux hérédo-syphilitiques, atteints de glaucome infantile du même œil. L'affection se retrouvait, chez la mère, la grand'mère, et en même temps que cette lésion, on notait l'hérédo-syphilis qui doit être très souvent incriminée dans la pathogénie du glaucome infantile. C'est là un point important à retenir, d'abord au point de vue prophylactique et ensuite au point de vue du traitement.

Il importe aussi d'insister sur un autre point de la pathogénie du glaucome infantile. On s'est demandé pen-

dant longtemps à quoi étaient dû ce glaucome et les lésions qui le caractérisent.

On avait pensé qu'il s'agissait d'un glaucome ordinaire, conséquence d'une hypersécrétion qui aboutissait à cette distension de l'œil. Mais, à mesure qu'on a pu examiner des cas plus nombreux et couper des yeux d'enfants atteints de glaucome infantile on a constaté qu'il y avait des lésions un peu particulières portant surtout sur le segment antérieur et en particulier des anomalies de développement. Je ne vous rappellerai pas les nombreuses observations publiées avec des résultats un peu différents. Tantôt on a trouvé des rétrécissements du canal de Schlemm, ailleurs un peu d'inflammation, mais dans l'ensemble de toutes ces observations on peut trouver le résultat suivant condensé dans le rapport de M. Lagrange et voici les conclusions auxquelles il aboutit : le plus souvent on trouve de l'amincissement de la sclérotique, et on constate surtout l'absence du canal de Schlemm, qui siège à la racine de la cornée. Et comme c'est à ce niveau que se fait l'excrétion des liquides de l'œil, on trouve presque toujours ce canal oblitéré ; souvent l'angle irido-cornéen est très largement ouvert ; souvent aussi on trouve une réaction cellulaire assez étendue et surtout au niveau de la racine de l'iris.

Dans le glaucome ordinaire il se forme assez rapidement une adhérence de la racine de l'iris à la face postérieure de la cornée, c'est la soudure de Knies.

Quand on lit toutes les observations publiées sur ce point, les observations mentionnées dans le rapport de M. Lagrange, les observations de Mawas, de Magitot, qui ont coupé des yeux atteints de glaucome infantile, on trouve dans la plupart une oblitération complète du canal de Schlemm ou une absence de ce canal. Et bien souvent il y a, en plus de cette absence du canal de Schlemm, des phénomènes inflammatoires avec sclérose secondaire. Sans doute ces phénomènes inflammatoires sont-ils postérieurs aux anomalies congénitales, et peut être l'absence du canal de Schlemm serait-elle cause de ces phénomènes surajoutés. C'est là un point complexe car dans quelques observations il existe un canal de Schlemm et on trouve cependant des phénomènes inflammatoires, de la sclérose, et un rétrécissement de ce canal. Peut-être la cause n'agit-elle pas de la même façon dans tous les cas ; dans certains il y aurait absence du canal de Schlemm et dans d'autres, au contraire, des phénomènes inflammatoires aboutissant à l'oblitération de ce canal et donnant lieu au glaucome infantile, mais peut-être à forme moins sévère et moins accusée. Seules, des observations aussi précoces que possible permettront de faire la lumière sur ce point.

Mais déjà les faits rapportés sont particulièrement intéressants parce qu'ils éclairent en partie la pathogénie de cette affection et nous montrent la thérapeutique que nous devons appliquer pour la combattre.

Tout d'abord nous devons retenir son début très précoce. Le glaucome apparaît dans les tout premiers mois de la vie, ou même à la naissance. Les seuls symptômes permettant alors de le déceler sont les dimensions plus considérables de la cornée, les déchirures de la membrane de Descemet, et, si on a soin de la rechercher, une légère élévation du tonus qui n'apparaît pas tout de suite, car l'œil étant assez extensible, cette augmentation du tonus est assez difficile à trouver. Mais l'affection est certainement congénitale, presque toujours bilatérale, et il importe de la combattre *aussi vite que possible* si l'on veut obtenir un résultat.

TRAITEMENT. — Le point essentiel est d'*intervenir de très bonne heure*. Sans doute il serait exagéré de dire que toutes les opérations sont bonnes à condition d'être très précoces, mais il y a là cependant un élément capital dont on n'a pas assez tenu compte dans les différentes statistiques portant sur les opérations diverses dirigées contre l'affection.

A l'heure actuelle, nous le verrons, c'est la sclérectomie, qui semble devoir être faite dans la plupart des cas. Avant cette opération, on avait opéré bien des glaucomes infantiles par l'iridectomie ou les sclérotomies mais le point important est avant tout le *moment* de l'opération. On ne saurait donc faire un diagnostic trop précoce.

Le traitement sera à la fois général, local et opératoire.

Le premier, c'est avant tout le traitement de la syphilis. Ces enfants étant très souvent des hérédo-syphilitiques, on fera un traitement spécifique assez intensif, surtout quand la réaction de Bordet-Wassermann a montré une réaction positive, et même dans les cas douteux il ne faut pas hésiter à appliquer le traitement antisyphilitique.

M. Abadie qui a eu ce mérite de nous montrer dans le traitement de la syphilis l'importance des injections intraveineuses de cyanure de mercure et de pas hésiter à les pratiquer, a rapporté en 1907 l'observation d'un jeune homme de 18 ans soigné sans succès par des sclérotomies et paracentèses, chez lequel il a pu diminuer sensiblement le tonus et maintenir la vision au moyen d'injections de cyanure.

D'autres observations ont été rapportées. Il est certain que chez l'enfant on ne peut pas faire d'injections intraveineuses, mais des injections sous-cutanées d'arsénobenzol, ou des suppositoires d'arsénobenzol donnent d'excellents résultats. MM. Onfray et Plicque ont obtenu chez un enfant de 15 mois une réelle amélioration avec ce procédé d'injections sous-cutanées de novarsénobenzol. On pourrait multiplier ces observations. En même temps que le traitement de la syphilis on ferait au besoin le traitement antituberculeux ou du rachitisme qui peuvent aussi favoriser ou déterminer le glaucome infantile. Enfin on y ajoutera le traitement proprement dit du glaucome, c'est-à-dire le traitement par les myotiques et par les opérations décompressives.

Traitement par les myotiques. — La pilocarpine en solution à 2 %, si l'affection est légère et bénigne, peut donner des résultats. Mais on ne perdra pas un temps précieux et si une amélioration ne se produit pas immédiatement il ne faut pas se contenter des myotiques. De nombreux articles ont paru sur ce sujet à une époque où M. Dufour, de Lausanne, employait avant tout les myotiques et s'abstenait de toute opération, prétendant que vers l'âge de quatre ans le glaucome infantile s'arrête. C'est une erreur ; il peut s'arrêter dans les cas favorables, mais il est dangereux d'attendre cette éventualité, qui souvent ne se produit pas et on ne saurait se limiter au seul usage des myotiques.

Traitement opératoire. — On avait depuis longtemps remarqué que l'iridectomie dans le glaucome infantile peut avoir des résultats funestes et tout à fait défavorables, quelquefois même créer des désordres graves, car on est obligé d'ouvrir assez largement la chambre antérieure et cette opération a quelquefois entraîné une perte complète de l'œil. Aussi est-il resté à peu près

admis comme dogme de ne pas faire d'iridectomie dans le glaucome infantile et ce principe doit être conservé. Cependant nous avons vu dans quelques cas une iridectomie bilatérale, comme M. Chaillous l'a pratiquée chez notre malade, donner de bons résultats et empêcher une évolution maligne. Dans notre cas cela tient à ce que M. Chaillous est intervenu de très bonne heure. Et ceci nous montre qu'il ne faut jamais exagérer et qu'une opération, considérée à juste titre comme une opération qu'il ne faut pas faire, peut cependant réussir si elle est très précoce, car c'est là un point sur lequel on ne saurait trop insister : l'importance du traitement précoce dans le glaucome infantile.

Dans une statistique de Seefelder, sur 41 yeux iridectomisés, on note 23 cas où les résultats ont été nuls, 7 aggravations et 11 améliorations.

Avant l'opération fistulisante, que nous devons à M. Lagrange, nous avions les opérationsdécompressives :la paracentèse, sclérectomies antérieure et postérieure. La simple paracentèse avait cet inconvénient d'exposer à la hernie de l'iris. On ouvre en effet assez largement la chambre antérieure et la hernie peut se produire d'autant plus facilement qu'on a affaire à un œil hypertendu ; c'est une opération qui ne se fait pas sans danger chez l'enfant.

Il m'est arrivé d'opérer aux Enfants-Malades un jeune enfant de 3 ans d'iridectomie. Elle fut suivie d'un petit enclavement de l'iris, puis un staphylome s'est formé, entraînant même une buphtalmie assez considérable, parce qu'il y a chez l'enfant une souplesse particulière de la sclérotique à se laisser distendre et surtout chez les hérédo-syphilitiques prédisposés à la distension du globe oculaire.

Donc : ne pas trop opérer les enfants par l'iridectomie. Il vaut mieux même ne pas faire de paracentèse.

On en était donc réduit, avant l'opération fistulisante, à la sclérotomie, c'est-à-dire à la ponction et contreponction de la chambre antérieure, opération imaginée par de Wecker pour remplacer l'iridectomie, parce qu'il pensait que ce qui agissait c'était la cicatrice filtrante. On ouvrait donc, avec un couteau étroit la sclérotique, on pénétrait dans la chambre antérieure et on sortait à peu près à un millimètre en dehors du limbe, dans la sclérotique normale ; on continue alors la section de façon à avoir deux plaies de 4 millimètres à peu près de chaque côté, en laissant un pont scléral intermédiaire de 4 millim. Telle est la sclérotomie normale.

Dans le glaucome infantile l'opération n'est pas mauvaise, mais à condition de faire une *sclérotomie extrêmement réduite*, limitée à la ponction et à la contreponction, avec un couteau très étroit, le plus étroit possible, pour éviter une décompression trop brusque et la hernie de l'iris qui aboutirait à la distension de l'œil.

Voilà l'opération classique que nous faisions tous dans les cas de glaucome infantile : sclérotomie antérieure et non pas postérieure, mais c'est une opération qui donne des résultats temporaires. Dans un travail publié en 1924 Fage a rapporté une trentaine d'observations de glaucome infantile congénital; 14 avaient été traités par la sclérotomie, renouvelée quelquefois à plusieurs semaines d'intervalles. Les cas opérés de bonne heure ont été favorablement influencés, beaucoup de ces yeux ont retrouvé leur tension normale et ont cessé de grossir et Fage a cité 5 cas où il avait eu des résultats excellents.

En juin 1920, Blake a lu à l'American Ophtalmological Society un travail sur cette question. Blake avait envoyé un questionnaire ; 96 confrères ont répondu.

Sur 156 opérations faites pour glaucome infantile voici les réponses qui ont été données :

78 iridectomies simples ;
15 sclérotomies antérieures
10 sclérectomies;
50 trépanations d'Elliot ;
31 confrères penchaient pour l'emploi des myotiques seuls ;
22 conseillent la trépanation ;
9 l'iridectomie ;
5 la sclérotomie antérieure ;

Je n'insiste pas sur l'ablation du cristallin transparent, conseillée par Gallenga, qui dans 3 observations a enlevé le cristallin. On pourrait dire à propos du glaucome ce que disait Panas à propos de l'extraction du cristallin dans la myopie forte : vous cherchez à enlever la seule chose normale dans le glaucome infantile : le cristallin.

Et nous en arrivons à la sclérectomie.

Comme vous le voyez, de l'ensemble de ces statistiques il semble que ce soit la sclérectomie qu'il faille presque toujours faire dans le cas de glaucome infantile. C'était déjà l'opération conseillée par Lagrange en 1912 et nous l'avions recommandée en 1914 dans notre Précis d'Ophtalmologie. Cela résulte davantage encore du rapport actuel de M. Lagrange, et d'observations récentes de MM. Poulard et Lavat rapportées à la séance de mars à la Société d'ophtalmologie de Paris. Sur 18 yeux observés, chez 11 enfants atteints de glaucome infantile depuis 4 à 6 ans, on fit la sclérectomie, et on eut des résultats excellents. Le glaucome fut arrêté, la tension redevint normale, et l'acuité visuelle fut relativement bien conservée. Ce sont de beaux résultats quand on connaît la marche du glaucome infantile.

Il semble donc que ce soit la sclérectomie qu'il faille recommander dans tous les cas et la nature elle-même nous enseigne cette manière de voir. Avec M. Goulfier, nous avons rapporté à la séance de décembre dernier à la Société d'Ophtalmologie de Paris l'observation d'une filette de 14 ans, atteinte de glaucome infantile depuis l'enfance, pour lequel elle n'avait pas été traitée : à gauche il s'était fait une distension progressive de l'œil avec hernie du corps ciliaire ; l'acuité visuelle était considérablement diminuée, elle avait à peine 1/10, la papille était excavée et le champ visuel très rétréci ; s'il était demeuré conservé en partie, c'est qu'il s'était fait du côté gauche une hernie du corps ciliaire qui a empêché la rétine de s'atrophier complètement.

A droite, au contraire, il est produit, sans doute après rupture sclérale spontanée, une cicatrice fistulisée et on voit là une énorme ampoule sous-conjonctivale, encore plus considérable que celle consécutive à la sclérectomie. De ce côté le champ visuel est presque normal, l'excavation de la papille est à peine marquée, l'acuité visuelle est de 4/10, l'œil ne s'est pas distendu et la cornée est moins grande que celle de l'autre côté.

Il s'était donc produit dans notre observation, par une sorte de phénomène de défense, une véritable sclérectomie spontanée, donnant lieu à une large cicatrice fistuleuse œdémateuse, réalisant ainsi la thérapeutique idéale de l'affection. Car c'est bien la sclérectomie qui paraît ici le traitement de choix.

Mais encore, comme le dit M. Lagrange, faut-il ne pas laisser passer l'heure de cette sclérectomie.

Celui-ci considère quatre stades dans l'évolution du glaucome infantile :

1° La période de début, à traiter par les myotiques ;
2° La période de distension, avec intégrité relative des

membranes profondes, où la vision est encore assez bien conservée, l'œil encore peu distendu ; il faut ici faire la clérectomie ;

3° Une troisième période, où l'œil se distend de plus en plus, où la sclérotique est très amincie, la cornée très agrandie, où l'œil devient bleuté. On ne peut plus faire la sclérectomie et il faut alors se contenter de la sclérotomie ;

4° Une quatrième période enfin avec un œil bosselé, de dimensions considérables, et la vision perdue, il faut faire l'énucléation et l'ablation du segment antérieur.

Je crois que l'ablation du segment antérieur est le plus souvent impossible en pareil cas parce que l'œil est très aminci, le vitré altéré et il vaut mieux se résoudre alors à l'énucléation.

Donc quatre stades à considérer, et M. Lagrange a je crois, parfaitement raison, mais je crois aussi qu'il ne va pas assez loin, en se contentant au début des myotiques. Je crois qu'il vaut mieux opérer *le plus tôt possible*, c'est seulement en intervenant dans les tout premiers mois, dans les premières années de la vie, que nous pourrons peut-être enrayer l'évolution fatale du glaucome infantile. Plus tard il faut renoncer à la sclérectomie, se contenter de *sclérotomies prudentes*, réduites à la ponction et à la contre-ponction, et les résultats en sont seulement temporaires ; si bien qu'il faut les répéter souvent et elles ne donnent pas de cicatrices fistuleuses, d'où diminution progressive de la vision.

Donc faites la sclérectomie le plus tôt possible, soit sous forme de sclérectomie, soit avec le trépan d'Elliot.

Que vaut-il mieux faire ? Ceci est affaire d'appréciation. On a dit que ceux qui faisaient la trepanation d'Elliot sont les peureux, disons les prudents, car ces opérations comportent toujours un certain risque.

La trépanation d'Elliot est peut-être une opération plus simple entre des mains peu entraînées, car elle permet une sclérectomie plus réduite ; on se servira du petit trépan, d'un millimètre et demi ou même d'un millimètre de diamètre. Le trépan sera d'autant plus petit que l'œil est plus distendu. Et avec un petit trépan on a peut-être plus de chance de réussir chez un enfant difficile à immobiliser, chez lequel il faut faire une anesthésie générale, dont les yeux sont volumineux, l'orbite très petite et dont l'abord est très difficile, il faut en avoir opéré pour s'en rendre compte.

La sclérectomie est beaucoup plus difficile en effet chez l'enfant que chez l'adulte ; il est malaisé d'accéder à la région du limbe, presque toute la partie antérieure de l'orbite étant occupée par la cornée, et la trépanation avec un petit trépan d'Elliot nous a semblé beaucoup plus facile en pareil cas.

Quelle que soit d'ailleurs la technique adoptée c'est surtout en faisant une fistulation *de très bonne heure* qu'on arrivera à enrayer l'évolution de l'affection.

La sclérectomie demeure ici l'opération de choix et c'est une indication nouvelle à ajouter à celles déjà nombreuses de cette opération dont nous sommes redevables au Professeur Lagrange.

FAITS CLINIQUES

Un cas de mort subite consécutif à une primo-injection sous-cutanée de sérum antitétanique,

Par **Jean DEROIDE** (de Calais).
Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Le 25 avril, Mme C..., dont la famille est liée d'amitié à l'un de mes maîtres, me raconte que sa fille âgée de 5 ans s'est piquée au pied la veille avec un clou tandis qu'elle cheminait sur l'avenue de la Plage. Le clou, profondément enfoncé, a été arraché, la petite plaie lavée à l'eau de mer. « Fallait-il faire une injection antitétanique » ? Sans aucun doute, puisqu'il s'agissait d'une plaie de rue. Mais comme la blessure date de 24 heures, je décide pour éviter de créer chez l'enfant un état d'anaphylaxie, de n'injecter de sérum que si la plaie est enflammée. J'examine l'enfant à 9 heures. Autour d'un point noirâtre, porte d'entrée du clou, une auréole rouge violacée, un peu empâtée, douloureuse ; je presse ; je vois sourdre une goutte de pus. Je débride le petit abcès pour l'ouvrir largement, et je pratique l'injection préventive de sérum antitétanique désormais indiquée. Le flacon de sérum de l'Institut Pasteur offre un aspect des plus normaux ; l'étiquette porte qu'il est efficace jusqu'en octobre 1926. L'injection est poussée sans incident avec une aiguille fine, lentement par conséquent, dans le tissu cellulaire sous-cutané de la face externe de la cuisse gauche.

Je range mes instruments ; je recommande à la famille de noter dans sa mémoire cette injection pour qu'en cas de réinjection nécessaire d'un nouveau sérum thérapeutique les précautions d'usage soient prises. A peine avais-je franchi les soixante mètres qui me séparent de mon habitation que la mère affolée me rejoint « ma fille va mourir » ; le père suit portant sa fille agonisante dans ses bras.

L'enfant, une ou deux minutes après l'injection, avait crié « ma gorge » en portant les mains à son cou ; levé deux ou trois fois les bras en l'air convulsivement. Elle agonisait, ne respirait pas, elle était livide, violacée ; pupilles moyennement contractées, les conjonctives injectées, une légère spume blanche aux lèvres; pouls imperceptible.

Je pratique en vain pendant plus d'une heure des mouvements de respiration artificielle, des tractions rythmées de la langue, du massage transpariétal du cœur — si facile à réaliser sur un enfant au thorax souple. Des injections d'adrénaline (par un milligramme à la fois, six milligrammes en tout) sont poussées dans les muscles et même une fois dans le cœur à travers la paroi thoracique. L'enfant ébauche un mouvement respiratoire spontané après plusieurs minutes de ces efforts désespérés. Mais malgré notre persévérance aucun autre ne le suit ; la mort est désormais certaine.

J'ai pensé qu'il fallait faire connaître un pareil désastre et qu'il convenait de réfléchir sur les leçons qu'il comportait.

* * *

Les accidents mortels attribuables à une première injection d'un sérum animal sont extrêmement rares.

Lesné et Richet fils, dans un article paru en 1913 (1) rapportent comme les seuls cas connus jusqu'alors, deux

(1) Lesné et Ch. Richet fils. — *Journal médical français*, n° 2, 1923, page 32.

observations de mort subite consécutives à une primo-injection de sérum. Le premier est celui du fils du prof. Langerhans, âgé de vingt mois qui reçut préventivement une injection de sérum antidiphtérique (allemand). Il mourut quelques minutes après l'injection. L'autopsie ne put expliquer la mort. Un deuxième cas avait été publié par Mac Kens (*Presse méd.*, 9 septembre 1911, n° 72, p. 728). Les accidents étaient apparus de suite après l'injection prophylactique de sérum antidiphtérique, syncope, dyspnée cyanose, puis mort une demi-heure après l'injection. Le sujet était atteint d'hypertrophie thymique.

Lesné et Barreau (1) affirment que ce fait ne se produit pas plus d'une fois sur 100.000 malades injectés. Park, cité par Lereboullet (2), cite deux cas de morts rapides sur 150.000 injections préventives ou curatives, soit 1 sur 75.000.

Toutefois quelques cas viennent d'être récemment publiés. Dans celui de Lesné et Barreau (3) les accidents débutent dix minutes après l'injection de 50 cc. de sérum à un enfant de 4 ans, atteint d'une angine érythémateuse de nature diphtérique, par des vomissements violents et abondants. Deux ou trois minutes plus tard, convulsions cloniques généralisées, avec écume rosée à la bouche et mydriase marquée ; enfin teinte cyanotique de la face et l'enfant succombe de 4 à 5 minutes après le début des accidents.

Roger Voisin (4) cite un cas survenu en 1922 :une injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique est faite à un enfant de 10 ans ; il succombe en quelques minutes après avoir présenté un tableau clinique très analogue à celui que nous relatons.

E. Terrien (5) rapporte un cas d'accidents mortels survenus 22 heures après l'injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique faite par un médecin à son enfant de 2 ans qui avait été pris de faux croup la nuit. Mais ce cas, fort différent cliniquement des précédents, pourrait être discuté.

Le prof. Carrière (de Lille) cite dans son enseignement et m'a rapporté directement un cas de mort consécutive à une première injection prophylactique de sérum antidiphtérique, de tous points comparables aux précédents.

La triste expérience que je viens de faire, et qui est peut être le premier cas publié de mort subite consécutive à une injection préventive de sérum *antitétanique*, d'autres faits dont j'ai entendu parler, mais par des témoins incompétents et que je n'avais pas voulu retenir à défaut de documentation suffisante, obligent tout au moins à réfléchir.

* * *

Il est certain « qu'on ne doit pas jeter la suspicion sur une médication qui a fait ses preuves » (Terrien). On a pu attribuer, il y a quelques années, l'augmentation de la mortalité et de la morbidité diphtérique à Paris, à la timidité avec laquelle les praticiens, redoutant des accidents anaphylactiques, (l'anaphylaxie était à l'étude et faisait l'objet de nombreuses communications dans les Sociétés scientifiques) employaient le sérum antidiphtérique.

Il n'est pas douteux qu'il faut savoir employer de bonne heure, et à doses suffisantes, c'est-à-dire très élevées parfoir, les sérums antitoxiques ou antimicrobiens. Il n'est pas douteux non plus que la rareté des accidents graves, consécutifs à une primo-injection et même celle des accidents anaphylactiques mortels est assez faible pour que dans les calamités, en cas de guerre, quand le temps presse on puisse ne pas modifier la technique jusqu'à présent suivie ; mais dans les conditions ordinaires, il me paraît que nous devons chercher à améliorer notre technique pour éviter — si rares fussent-ils — de pareils désastres.

(1) Lesné et Barreau. — *Bulletins de la Soc. de Pédiatrie de Paris* 1925, page 101.
(2) Lereboullet. — *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie de Paris* 1925, page 108.
(3) Lesné et Barreau. *Loc. cit.*
(4) Roger Voisin. — *Loc. cit.*, p. 103.
(5) E. Terrien. — *Loc. cit., p.* 106.

* * *

Il est difficile de préciser la cause de ces accidents, que nous devons pourtant chercher à nous expliquer.

Dans notre cas, l'enfant n'avait jamais reçu antérieurement d'injections d'un sérum ou d'une albumine étrangère quelconque ; il en était de même de ses père et mère (1), L'enfant n'avait jamais mangé de viande de cheval crue ni pris de jus de viande crue.

L'enfant n'était ni asthmatique, ni sujet à l'urticaire. Il ne présentait pas de signes du « status lymphaticus » ; j'avais eu l'occasion d'examiner très minutieusement cette petite fille, et je n'avais eu aucune raison de penser à une hypertrophie thymique (d'ailleurs si souvent, sans expression clinique). Elle n'avait jamais été malade, malgré quelques difficultés dans l'alimentation aux premiers mois de sa vie. Elle n'avait jamais eu de convulsions. Toutefois il faut signaler qu'elle portait le poids d'une lourde hérédité névropathique.

Ainsi dans ce cas, comme dans tous ceux qui furent publiés, on ne trouve rien qui ait permis de redouter un incident quelconque à la suite d'une injection première de sérum antitétanique ou autre.

Il ne saurait donc s'agir d'anaphylaxie acquise mais il s'agit cependant d'anaphylaxie.

En effet, la ressemblance du tableau clinique observé dans tous les cas publiés avec les faits expérimentaux de mort par injection déchaînante de sérum de cheval chez les cobayes sensibilisés fait penser que la cause de la mort subite doit être analogue à celle qui intervient dans l'anaphylaxie. D'autre part, ces faits sont aussi très voisins des phénomènes parfois très alarmants que tous les médecins familiarisés avec la colloïdothérapie par injections intraveineuses ont pu observer. Il en est de même de certaines crises consécutives aux injections d'arsénobenzol ou de novarsénobenzol. Le prof. Widal et ses élèves ont bien établi que ces phénomènes de choc, qu'il s'agisse de choc anaphylactique ou de choc primitif, sont liés à un état de déséquilibre colloïdal des humeurs de l'organisme en particulier du sérum sanguin. La cause première de ce déséquilibre nous échappe entièrement. Mais pour Lumière (2) les accidents de choc sont dus à un phénomène physique, à la formation d'un précipité dans la circulation, d'une floculation du sérum sanguin.

La constitution et l'état des micelles et du liquide intermicellaire du sérum sanguin (et des différentsse cellules) est très variable d'un individu à l'autre de la même espèce ; et même d'un moment à l'autre chez le même individu. Actuellement « il n'y a pas de règle générale qui fixe le sort de deux colloïdes mélangés » (3), mais on sait que dans certains cas la floculation ou la coagulation des colloïdes

(1) Rosenau et Anderson ont observé la transmission maternelle de l'anaphylaxie sérique, aussi bien lorsque les injections de sérum à la mère étaient faites avant qu'après la conception. Ils n'ont pas pu obtenir l'hérédité par le mâle ; tandis que Schenk, confirmant d'ailleurs Rosenan sur les autres points, a constaté cette hérédité personnelle. Courmont, in *Nouv. Traité de Path. générale*, tome I, p. 580 (Masson, édit., 1912).
(2) A. Lumière. — Rôle des colloïdes chez les êtres vivants. Masson, édit., Paris 1921, p. 11 et suiv.
(3) J. Duclaux. — Les colloïdes. Gauthier-Villars, édit., Paris.

ACTUALITÉS

A propos d'un livre récent (1).

Ces leçons, destinées primitivement par le Professeur Vaquez à l'instruction de son service de clinique, ont été très heureusement recueillies par son interne B. Théodoresco et le volume qu'elles forment répond à un très réel besoin. Dans le domaine si varié et si changeant à la fois de la thérapeutique, la médication cardiaque a ces dernières années, plus particulièrement évolué : le cas n'est pas rare à l'heure actuelle où, en face d'un cas un peu complexe, le praticien qui n'a pas négligé son éducation journalière, hésite sur le traitement à donner ou bien, dans le doute, n'institue qu'une prescription trop timide et partant inefficace.

Ce livre résume la longue expérience du Professeur Vaquez, le maître incontesté de la cardiologie française dont les opinions font foi en la matière. Il complète à merveille le traité de cardiologie récemment paru, plus théorique ; il apporte une note plus immédiatement pratique, plus utilitaire. Le médecin de la Pitié apparaît aussi comme le digne continuateur de la tradition que lui avait transmise son maître Potain.

Le volume divisé en deux parties : les six premières leçons sont consacrées aux médicaments et à l'hygiène des cardiaques, les six dernières aux médications qu'il sied d'employer au cours des différents syndromes cardiaques.

Les deux premières leçons sont consacrées à l'étude de la digitale, l'auteur veut montrer avant tout que le reproche qu'on a voulu lui faire d'abandonner ce médicament pour l'ouabaïne est injustifié, dû à une complète incompréhension de son enseignement et de ses travaux. Après avoir tracé l'historique de la question, il entame une étude pharmacologique et pharmacodynamique très approfondie, il termine par la discussion des indications thérapeutiques et de la posologie. Partisan de la digitaline dont il montre les avantages sur la glande totale, Vaquez insiste sur ce fait que les indications des médicaments dits à tort toni-cardiaques ne sont nullement commandées par la lésion cardiaque mais par la modalité de l'insuffisance du cœur et que la digitale trouve sa plus belle indication au cours de l'insuffisance cardiaque accompagnée d'arythmie complète.

La question des doses à donner fait également l'objet d'une discussion très serrée : on sait l'ancienne formule « ni trop, ni trop peu, ni trop souvent, ni trop longtemps. L'auteur insiste sur la nécessité pour avoir un effet utile d'atteindre le seuil de la réaction cardiaque à la digitale et de prescrire des doses qui permettent d'y parvenir. L'histoire suivante mérite d'être contée : un homme atteint d'hypertension artérielle avec troubles cardiaques est vu il y a quelques années à Saint-Antoine par Vaquez, il avait depuis plusieurs mois un œdème généralisé. Or ce sujet avait été soumis un an auparavant à un traitement par la digitaline à la dose de cinq gouttes par jour, traitement qu'il n'avait jamais interrompu. Il faut croire que l'action cumulative du médicament avait été peu marquée, puisque la quantité d'urine restait toujours médiocre et que les œdèmes étaient invariables. Le traitement fut suspendu dix jours puis il fut donné en une seule fois quarante gouttes de digitaline et dix gouttes les deux jours suivants. Après quarante-huit heures le malade se mit à uriner si abondamment que dans l'espace d'une semaine il rendit près de vingt litres d'urine.

La leçon sur l'ouabaïne, que les travaux de Vaquez et de ses élèves ont placé au premier rang de la thérapeutique cardiaque mérite aussi une mention toute particulière. Deux rôles lui sont assignés. C'est tout d'abord un médicament d'urgence de premier ordre, doué d'une action prédominante et presque spécifique sur le ventricule ; on lui doit dans certains cas d'insuffisance aiguë du cœur avec dilatation importante des diminutions impressionnantes de l'aire cardiaque révélées par l'orthodiagraphie.

La rapidité d'action joue ici un rôle capital, la digitaline demande du temps pour produire ses effets, là où elle serait inefficace, sinon nuisible, l'ouabaïne fait merveille. — Un autre pouvoir de l'ouabaïne est de permettre la réactivation de la digitale et de constituer aussi un remède d'attaque — Vaquez préfère ne pas donner simultanément la digitale et l'ouabaïne, mais en les utilisant successivement on arrive à mettre fin à des troubles qui auraient résisté à chacun d'eux ; il y a là, il est hors de doute, un complexe thérapeutique dont les effets sont parfois admirables.

(1) H. Vaquez. — Médicaments et médications cardiaques, (Leçons recueillies par B. Théodoresco). J.-B Baillière, édit.

La quinidine, médicament lui aussi discuté, est l'objet d'une étude très documentée, elle est surtout indiquée quand on a affaire à des sujets jeunes, atteints d'arythmie complète de date relativement récente ou à forme paroxystique. S'il y a coexistence d'un certain degré d'insuffisance cardiaque, il faudra prescrire au paravant un traitement par l'ouabaïne ou la digitale. On accuse la quinidine de nombreux méfaits, si on use à bon escient de son action, il n'y a, semble-t-il, pas lieu de les redouter.

Sous le vocable de petits médicaments cardiaques Vaquez, groupe tout d'abord la spartéine, le muguet, la scille, la caféine la théobromine : il est utile de connaître et de savoir manier ces différents produits. Vient ensuite l'étude des nitrites organiques et alcalins, des iodures, puis les indications de l'adrénaline, de la strychnine, de l'opium. Qui sait, d'ailleurs, ajoute le maître, si parmi ses petits médicaments, aujourd'hui *caput mortuum* de la thérapeutique, il ne se révèlera pas demain, grâce aux méthodes chimiques, expérimentales et biologiques dont nous disposons, un remède nouveau, d'activité insoupçonnée, égal ou supérieur à ceux que nous possédons.

L'hygiène des cardiaques sera lue avec fruit par les médecins, il le serait aussi par les malades qui comprendront aisément comment ils peuvent très longtemps se maintenir en équilibre en observant certains préceptes qui vraiment n'affectent point une sévérité excessive. La question du régime et des exercices physiques est longuement discutée. On voit là encore le profond bon sens clinique de Vaquez qui fait la règle absolue pour laisser le praticien juge des cas d'espèces qui peuvent s'offrir à lui.

Nous ne sommes pas encore qu'insuffisamment armés dans bien des cas pour traiter les cardiopathies aiguës. Si le traitement salicylé précoce et énergique prévient presque toujours les atteintes cardiaques du rhumatisme articulaire, il n'existe qu'un faible recours contre les endocardites infectieuses.

Vaquez étudie ensuite le traitement de l'insuffisance aiguë du cœur droit. Une modalité fréquente est constituée par les accidents gravido-cardiaques. Il faut ici — et l'auteur est très affirmatif — user toujours du médicament d'urgence, c'est-à-dire, de l'ouabaïne intra-veineuse. Dans l'insuffisance subaiguë et à répétition, la digitaline reprend ses droits et le traitement, répété tous les 20 jours environ, peut permettre d'éviter pendant de très nombreuses années les accidents. De longues pages sont consacrées à la thérapeutique de l'insuffisance cardiaque par adhérences péricardiques, et Vaquez, à qui l'on doit l'entrée dans la pratique courante de l'opération de Brauer, nous montre les cures merveilleuses qu'une opération chirurgicale bien conduite peut amener dans les symphyses d'origine rhumatismale.

Dans la leçon consacrée à l'insuffisance du cœur gauche l'auteur étudie tout particulièrement le traitement de l'œdème aigu du poumon : il s'élève avec force contre les timorés qui craignent l'usage de la morphine. Le traitement d'urgence de ce dramatique syndrome c'est la saignée copieuse, l'injection intra-veineuse d'ouabaïne et la morphine, qui, écrit Vaquez, peut sauver un malade mais ne le tue jamais.

Le traitement des arythmies nous ramène à l'usage de la quinidine, souvent efficace dans la fibrillation auriculaire de récente date et solitaire, de même que contre l'arythmie extra systolique. En échange, nous ne possédons pas de médicament aussi efficace contre la tachycardie paroxystique, ni pour remédier aux graves accidents syncopaux qui peuvent survenir au cours du pouls lent permanent. C'est ici surtout au traitement étiologique, quand la syphilis est en cause, que le praticien devra mettre son espoir.

Chaque fois que la chose sera possible, il sera bon de faire un ortodiagramme et de suivre par son intermédiaire les effets du traitement, mais le praticien peut très aisément négliger ce moyen de contrôle, difficile à réaliser dans la pratique courante.

Les deux dernières leçons sont consacrées à l'hypertension artérielle et aux syndromes angineux. L'auteur met en garde le médecin contre les « soi-disant merveilleux traitement de l'hypertension ». Le régime et le repos souvent suffisent pour faire disparaître ce qu'il appelle « l'hypertension de luxe. Il conseille très vivement les cures hydrominérales, l'usage du bain carbo gazeux de Bourbon-Lancy et de Royat, mais cela à la période de tolérance, avant la venue des accidents ; à l'époque de l'insuffisance cardiaque, elles peuvent être dangereuses, les malades pleins d'espoirs s'y usent davantage et au retour de la cure ils sont en plus fâcheux, état qu'avant, constituant ce que Mackensie a appelé les « épaves de Nauheim ». Vaquez attribue peu de valeur aux courants de haute fréquence, il croit plus utiles certains agents médicamenteux. Les nitrites n'ont qu'une action temporaire, mais qui, dans certains états paroxystiques, peut être providentielle. On trouve encore les indications du benzoate de benzyle préconisé en France par Laubry et Mougeot, du chlorhydrate de papaverine vanté par Pal et Frigyer, du gui, de l'ail, experimenté par Loeper, du citrate de soude.

Le traitement des syndromes angineux, qui termine le volume, envisage surtout l'angine d'effort. Après avoir montré ce qu'il y a lieu d'attendre des différents médicaments usuels, Vaquez insiste sur une formule heureuse qu'il a réalisée dans les dragées de trinitrine caféinée. Ici encore la chirurgie vient prendre droit de cité et les résultats obtenus par Jonnesco en réséquant le ganglion cervical supérieur, moyen ou le premier thoracique semblent des plus encourageants.

Quelle est la part de la syphilis dans les syndromes angineux. Elle est à coup sûr considérable, aussi l'auteur discute-t-il longuement, pour finir, la manière d'appliquer la médication spécifique chez ces malades.

Ces leçons sont exposées sous une forme à la fois précise, élégante et vivante, elles traduisent à merveille l'enseignement imagé et si personnel du Professeur Vaquez ; leur lecture en est aussi facile qu'agréable. Nous devons savoir le plus grand gré à notre collègue et ami B. Théodoresco de les avoir recueillies au cours de son internat dans le beau service de la Pitié.

E. Schulmann.

---

peut être déterminée par l'intervention d'une quantité prodigieusement petite de réactif ; et J. Duclaux insiste sur l'importance de l'inéversibilité des transformations des colloïdes.

Ces hypothèses, appuyées sur des expériences, rendent bien compte et de la brutalité et de la gravité des accidents. Elles nous expliquent pourquoi de tels accidents ne peuvent être prévus, et pourquoi, déclenchées, ils demeurent la plupart du temps sans remède.

***

On peut attendre des progrès de la chimie des colloïdes le moyen de prévoir l'incompatibilité d'un sérum thérapeutique avec les humeurs du malade à traiter ; mais nous ne connaissons pas encore de moyen pratique de déceler cette incompatibilité dans un cas donné (car il ne saurait vraisemblablement y avoir de règle générale).Les cutiréactions préalables n'ayant pas donné de résultats constants ne procureraient donc pas une sécurité complète.

Il ne saurait être question non plus d'employer en médecine humaine les procédés permettant expérimentalement d'éviter le choc (1). Du moins un seul d'entre eux me paraît devoir être retenu, parce qu'il est certainement inoffensif et qu'il a fait ses preuves pour préserver du choc anaphylactique les sujets soumis à la réinjection de sérums thérapeutiques : c'est la méthode de Besredka (2).

J'ai eu à plusieurs reprises l'impression que l'emploi de cette méthode sur des sujets soumis à une réinjecèion sérique les avait préservés d'accidents très graves. Du moins les accidents observés étaient déjà très émouvants ; il m'a paru qu'ils eussent pu être mortels si les précautions voulues n'avaient été prises.

Il est donc prudent, *dans tous les cas d'injection souscautanée* d'une *albumine étrangère* (sérum antidiphtérique, antitétanique, etc. ; hémostyl ; sérum anthéma; lactoprotéides, et même hématothérapie homologue) *d'user de la méthode de Besredka*, réalisant ainsi soit la tachysynéthie (Roger) soit la tachyphylaxie (Gley) de l'organisme. Diluer 1 cc. du sérum à injecter dans 20 cc. d'eau physiologique ; injecter d'abord 1/5 de cc. de ce mélange ; puis de dix en dix minutes 1/2 cc., 1 cc., 2 cc., 5 cc., 10 cc., du mélange, 1 cc. du sérum pur et enfin la totalité de la dose à employer.

Une telle conduite s'imposera chez les urticariens, les migraineux, les goutteux, les asthmatiques ou leurs descendants, chez les sujets d'hérédité névropathique, bref chez tous ceux dont l'équilibre colloïdal humoral semble surtout instable.

C'est en s'entourant de ces précautions, d'une manière systématique, *même en cas de primo-injection*, qu'on évitera des désastres, comme celui dont j'ai été le témoin attristé, désastres *assez peu exceptionnels* pour ne plus être négligeables dans la pratique ; et ce sera le meilleur moyen de ne pas créer dans le public et chez les praticiens « cet état de sérumphobie qui, périodiquement, a été déjà si préjudiciable à la santé des enfants susceptibles de contracter la diphtérie et à celle des diphtériques cliniquement reconnus » (Lereboullet).

Mais il n'en conviendra pas moins de restreindre au minimum l'emploi de la sérothérapie préventive. En matière de diphtérie, l'anatoxine de Ramon promet à ce point de vue les plus belles espérances et son emploi permettrait d'éviter la sérothérapie. Pour les autres infections — et même pour les vaccins — il semble que la méthode de Ramon permette la préparation d'anatoxines, tout aussi efficaces. Mais en ce qui concerne le tétanos « nous ne savons pas à l'heure actuelle si à l'injection de sérum antitétanique que l'on doit faire après toute blessure souillée on pourra substituer une injection d'anatoxine. Nous ne connaissons pas encore suffisamment la rapidité d'apparition dans l'organisme humain de l'immunité provoquée par l'anatoxine tétatique. Mais cette anatoxine nous paraît dès maintenant tout indiquée au début d'une campagne, pour immuniser solidement et probablement pour toute la durée de cette campagne les combattants.On évitera ainsi non seulement le tétanos mais les incidents ou accidents provoqués par les injections répétées de sérum » (1).

(1) A. Lumière. — *Loc. cit.*
(2) Besredka. — Anaphylaxie et antianaphylaxie. Masson, édit. Paris, 1917.

(1) G. Ramon. — *Annales Inst. Pasteur*, janvier 1925.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 juin 1925.

Note sur la coexistence dans le péricarpe du blé d'un mélange de diastases et de vitamines. — M. *Pouchet* montre qu'il existe dans le péricarpe du blé un mélange de principes des groupes des diastases et des vitamines, actif sur les différents glucosides et polysaccharides et dont on peut encore exalter l'influence par un mode d'extraction approprié.

Après de nombreuses expériences tant au laboratoire que sur les animaux, l'auteur conclut que cette association des diastases et des vitamines dans le péricarpe du blé, association que l'on ne retrouve pas dans d'autres graines alimentaires, permet d'interpréter la remarquable augmentation de valeur alimentaire du pain dit « complet ».

Dans l'état actuel de nos connaissances, il ne croit pas téméraire d'affirmer que la stimulation déterminée par cette « association diastases-vitamines » provoque des réactions biochimiques particulièrement efficaces pour exalter les phénomènes de nutrition intime.

Essais de prémunition par le BCG contre l'infection tuberculeuse de l'homme et des animaux. — Dans cette communication M. A. *Calmette* fait connaître aujourd'hui, en son nom et au nom de ses collègues C. Guerin, B. Weill-Hallé, L. Nègre, A. Boquet, Wilbert et Turpin, les résultats cliniques et expérimentaux de la méthode de vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin BCG que beaucoup de médecins emploient volontiers, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants nés dans un foyer familial contaminé ou menacé.

Ces résultats sont aussi satisfaisants qu'on pouvait le souhaiter. Aucun des nourrissons vaccinés pendant le 1er semestre 1922, c'est-à-dire depuis trois ans, n'est mort d'une affection présumée tuberculeuse. Ces nourrissons étaient au nombre de 178, 94 d'entre eux, revus en mai 1925, sont en parfaite santé et leur croissance a été normale.

Du 1er juillet 1924 au 1er juin 1925, 2070 nouveau-nés ont été vaccinés par le BCG fourni pas l'Institut Pasteur en France et en Belgique. On n'a relevé aucun incident à la suite de cette vaccination qui consiste à faire ingérer trois fois à 48 heures d'intervalle, au jeune bébé, du 3e au 10e jour après sa naissance, une dose de vaccin dans une petite cuillerée de lait.

137 de ces enfants vaccinés entre le 1er juillet et le 1er décembre 1924 dans des familles où ils étaient particulièrement exposés à la contagion, n'ont pas fourni un seul décès par tuberculose, alors que la mortalité des enfants non vaccinés, placés dans les mêmes conditions, est, à Paris, de 32,6 p. 100 au cours de la première année, et de 24 p. 100 dans toute la France.

L'expérimentation montre que le vaccin BCG confère aux singes et aux jeunes bovins une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse naturelle ou artificiellement provoquée. Il semble donc bien qu'on peut considérer cette méthode de prévention de la tuberculose chez les jeunes enfants comme n'offrant aucun danger et que son efficacité ne fasse plus de doute. Les observations accumulées et le temps apporteront les précisions désirables sur sa valeur pratique.

A propos d'une nouvelle méthode chimiothérapique contre la tuberculose. — M. *Léon Bernard* annonce, au nom d'une Commission instituée à l'effet de vérifier la nouvelle méthode de traitement de la tuberculose par la Sanocrysin, méthode innovée au Danemark, que des recherches sont actuellement en cours dans quelques services à Paris, sous le contrôle et la responsabilité de cette Commission, qui publiera ultérieurement les résultats observés ; mais qu'il paraît opportun d'ajourner jusque-là tout jugement ainsi que la diffusion dans la pratique d'une méthode qui, n'étant pas encore réglée, peut offrir des dangers pour les malades.

SOCIÉTÉ MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juin 1925 (*Suite*)

Evolution du Parkinson post-encéphalitique à (propos du procès-verbal. — *M. Harvier*, contrairement à l'opinion de M. Renaut, a pu reproduire chez l'animal un syndrome parkinsonien grâce à l'inoculation d'un virus provenant de microcéphale d'un cas d'encéphalite morte avec un syndrome parkinsonien.

Le syndrome de Parkinson n'est donc pas une séquelle, mais le résultat d'une maladie en évolution.

Remarques à propos d'un cas de respiration de Cheyne Stokes. — *MM. Pr. Merklen, L. Ambard, A Froelich et Schmid* relatent l'histoire d'un malade atteint de respiration type Cheyne Stokes. A la période où le trouble respiratoire était léger et intermittent, la réserve alcaline oscillait autour de 42. A la période où le trouble était constant et accusé la réserve était revenue à 55, c'est-à-dire à la normale. D'autres recherches de réserve alcaline dans les cas de respiration de Cheyne Stokes publiées par Staub et Neyer ne montrent de leur côté aucune modification appréciable. En conséquence les auteurs estiment que les troubles respiratoires urémiques ne sauraient être attribués à une modification de la réserve alcaline.

Pour ce qui est du syndrome respiratoire lui-même, les auteurs insistent sur un élément dont il n'a pas été fait état jusqu'ici, à savoir l'hyperventilation pulmonaire. Pour eux ce serait l'élément essentiel de la respiration type Cheyne Stokes, et ce serait lui qui commanderait la périodicité de la respiration.

M. Labbé partage le même opinion.

Des effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques. — *MM. L. Ambard et F. Schmid.* Avec *Pautrier, Lévy* et *Salmon*, les auteurs ont observé que l'insuline jouissait de propriétés trophiques remarquables chez des sujets non diabétiques (glycémie le matin à jeun 1 à 1.10 %). Comme preuves de ces propriétés, les auteurs citent les effets de l'insuline sur les plaies atones, ulcères variqueux ayant résisté aux traitements usuels, et lésions infectieuses banales de la peau. Par l'administration de 10 unités avant le repas de midi et de 10 unités avant le repas du soir, soit en injection sous-cutanée, soit en application locale, on observe une réparation très rapide des plaies qu'on obtient par nul autre traitement. Les auteurs estiment que ces constatations dépassent l'intérêt d'une recette thérapeutique utile et ouvrent la voie au traitement d'autres affections non diabétiques. En stimulant l'activité cellulaire par l'action de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone, on peut espérer stimuler l'activité déficiente de divers tissus et de divers organes.

Rachitisme et lumière. — *M. Armand Delille* répondant aux remarques qu'a faites dans la précédente séance le professeur Marfan sur les conclusions de son rapport au Congrès de Thalassothérapie, fait remarquer que si la carence solaire n'est pas l'agent essentiel du rachitisme, elle en est certainement la cause principale. Sans nier l'action prédisposante des dystrophies d'origine syphilitique ou entéritique il rappelle que la connaissance du rôle de la lumière solaire ou artificielle dans le rachitisme permet non seulement la guérison rapide des petits malades, mais même, ce qui est plus important, la prévention de la maladie. Par conséquent cette notion à fait faire un pas énorme dans la thérapeutique et la prophylaxie de cette dystrophie des nourissons.

Sur la fréquence insolite des cas d'artérites oblitérantes des membres inférieurs et du sphacèle des pieds. — *MM. P. Emile Weil* et *Lévy-Frankel* ont pu observer dans un seul service à l'hôpital Tenon, de septembre 1924 à mai 1925, dix sujets présentant des phénomènes de sphacèle des membres inférieurs avec refroidissement du membre, diminution extrême ou disparition des battements de la tibiale, abaissement ou disparition de l'index oscillométrique, et d'autre part quatre sujets, présentant également des phénomènes de sphacèle des membres inférieurs, mais sans diminution des battements artériels ni disparition de l'index oscillométrique. Tous ces cas ont paru chez des gens avoisinant ou dépassant la soixantaine ; quatre étaient syphilitiques, un diabétique.

Les auteurs ne font que constater la fréquence anormale de ces faits et demandent si d'autres médecins ont observé semblable phénomène. Doit-on incriminer une action extérieure s'exerçant sur des artères antérieurement lésées chez des gens âgés ? Il ne semble pas qu'on puisse penser à une cause infectieuse (suites de grippe ou d'encéphalite léthargique). Une cause toxique est moins invraisemblable. Les nombreux succédanés introduits dans la fabrication du pain jouent peut-être un rôle. Quoiqu'ils n'en aient aucune preuve, les auteurs se demandent s'il ne faut pas rapprocher ces faits des manifestations toxiques causées par la farine mélangée à l'ergot de seigle.

M. Renaud pense que l'endocardite par un processus embolique peut être un facteur important d'artérite oblitérante.

M. Ménétrier fait jouer un rôle important à la thrombose d'origine infectieuse.

M. Labbé rappelle que dans un certain nombre de cas on a noté de l'hyper-cholestérinémie.

M. Caussade, au point de vue thérapeutique a noté dans deux cas une grande amélioration par les injections intraveineuses de citrate de soude.

Un cas de polioencéphalo-myélite antérieure aiguë syphilitique. — *MM. Fribourg-Blanc et Jausion* — Niepce, Ramond, Fournier et surtout Raymond avaient montré que la poliomyélite antérieure chronique était souvent d'origine syphilitique.

Les importants travaux de A. Léri sont venus confirmer cette étiologie syphilitique, en particulier dans les amyotrophies du type Aran-Duchenne.

MM. F.-B. et J. ont observé en l'espace de trois mois deux cas de ce genre dont la nature syphilitique des lésions était certaine. Il s'agit là de faits courants. Mais les cas de poliomyélite antérieure aiguë syphilitique sont beaucoup plus rares. MM. A. Léri et K. Wilson, rappelant une observation antérieure de Van Gehuchten, en avaient rapporté un cas en 1904. Une autre observation était relatée récemment par MM. Guillain. Alajouanine et Girot.

F.-B. et J. apportent un nouvel exemple typique de poliomyélite antérieure aiguë survenue chez un malade atteint en 1922 d'une syphilis très énergiquement traitée, mais difficilement réductible, qui, à la suite d'un violent traumatisme cranio-rachidien présenta un syndrome de polioencéphalomyélite aiguë avec amyotrophie massive et rapide des membres supérieurs, de la ceinture scapulaire, des muscles dorso-lombaires et du membre inférieur gauche, avec abolition des réflexes, albuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et B. W. fortement positif de ce liquide. Le malade activement traité par injections de novarsénobenzol, de cyanure de Hg et de quiniobismuth fut très notablement amélioré en peu de temps.

Les auteurs discutent les hypothèses d'une névrite arsénobenzolique, d'une polynévrite radio-cubitale et surtout d'une maladie de Heine-Médin, hypothèses qu'ils rejettent pour rete-

nir le diagnostic de poliomyélite aiguë syphilitique, basé sur l'examen du liquide céphalo-rachidien et sur l'efficacité du traitement antisyphilitique. Ils attirent l'attention sur le rôle du traumatisme cranio rachidien localisateur des lésions spécifiques sur les centres nerveux et sur la fréquence des neuro-récidives dans la syphilis traitée par les arsenicaux. Ils concluent que l'infection particulièrement rebelle de leur malade eût nécessité des cures plurimédicamenteuses plus variées et un usage plus précoce du bismuth auquel ils attribuent l'heureuse régression de la poliomyélite.

Séance du 12 juin 1925.

L'insuline dans le traitement des ulcères de la jambe.— MM. *Faure-Beaulieu* et *M. David,* à propos de la communication faite dans la séance précédente par MM. Ambard, Schmid, Pautrier, Lévy et Salmon sur les effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques, exposent les résultats que leur a donnés depuis plusieurs mois le traitement des ulcères de jambe par l'insuline en injection sous-cutanée. Ils ont ainsi traité dix malades porteurs d'ulcères vastes et tenaces et ont obtenu une régression et une cicatrisation remarquablement rapide : fait facile à mettre en évidence chez certains de leurs sujets, récidivistes ayant fait déjà dans le même service d'autres séjours pour la même affection et chez qui le contraste fut flagrant entre l'évolution antérieure de leur lésion et son évolution sous l'influence de l'insuline. Avant de subir ce traitement, tous ces malades avaient été examinés au point de vue de leur glycémie et, bien qu'ils ne fussent pas glycosuriques, on trouva un chiffre élevé (de 1.67 à 2.77) ; quatre autres malades seulement, parmi les porteurs d'ulcères examinés, avaient une glycémie normale et n'ont pas été traités par l'insuline.

Cette notion de l'hyperglycémie fréquente des malades atteints d'ulcères de jambes et non cliniquement diabétiques mérite de retenir l'attention et se trouve en harmonie avec l'action heureuse de l'insuline dans le traitement de cette affection en général rebelle.

La disparition des oscillations dans les artères d'un membre est-elle toujours en rapport avec une oblitération artérielle ? — MM. *H. Vaquez*, *P. Mauclaire* et *René Giroux* à propos de la récente communication de *M. P. E. Weill* insistent.

1° Sur la fréquence des artérites oblitérantes ou sténosantes.

2° Sur un facteur étiologique important ; la maladie se rencontre surtout chez l'homme et souvent chez l'homme jeune de 35 à 45 ans.

3° Sur les renseignements imparfaits fournis par l'oscillométrie sur l'état fonctionnel des artères. Les auteurs ont en effet observé tout récemment un cas d'artérite sténosante avec gangrène du 5e orteil et dans lequel l'examen anatomique des artères immédiatement après amputation a permis de déceler l'intégrité des artères de la jambe, seule l'artère poplitée présentait un caillot adhérent rétrécissant la lumière du vaisseau. Des radiographies du membre amputé après injection de lipiodol permettent de constater que les plus fines ramifications artérielles sont normales.

4° Les auteurs, pour expliquer la gangrène chez leur malade, n'admettent pas l'hypothèse d'un spasme surajouté, l'épreuve du bain chaud étant restée négative. Ils pensent plus volontiers à un facteur infectieux secondaire ou au traumatisme.

La fréquence de la rétention chlorurée sèche dans la néphrite interstitielle. — MM. *Léon Blum* et *Van Caulaert.* — L'analyse du sang pratiquée chez de nombreux malades atteints de néphrite interstitielle montre la fréquence extrême de la rétention chlorurée sèche. Selon la gravité de la lésion rénale, selon la richesse du régime en sel, on peut observer une rétention chlorurée sèche plus ou moins forte : la possibilité de supprimer ou de provoquer la rétention chlorurée sèche par la suppression du sel ou son administration met en évidence le rôle du sel dans ce processus. Chez certains malades un régime même pauvre en sel peut provoquer à la longue cette rétention, ce qui montre combien la tendance à retenir le chlore est prononcée dans les néphrites interstitielles. Dans ces cas le régime déchloruré très strict fait disparaître la rétention chlorurée.

La rétention chlorurée sèche semble être un trouble fonctionnel caractéristique de la néphrite interstitielle.

La rétention chlorurée sèche dans les néphrites interstitelles. — MM. *Léon Blum* et *Van Caulaert.* — Les observations de deux malades atteintes de néphrite interstitielle et présentant une rétention chlorurée importante sans rétention simultanée d'eau permettent aux auteurs de mettre en évidence des altérations caractéristiques du sang : une diminution de la teneur d'eau, une augmentation du taux du chlore, un abaissement du taux du sodium, La concentration anormale du sang et sa richesse en chlore justifient la dénomination de rétention chlorurée sèche. L'explication de l'absence d'hydratation est fournie par la diminution du taux du sodium. La rétention chlorurée sèche fournit ainsi une nouvelle preuve que dans les phénomènes d'hydratation l'élément dominant n'est pas le chlore mais le sodium.

Sous l'effet du régime déchloruré les altérations du sang disparaissent : le sang se dilue, il perd du chlore, il s'enrichit en sodium. L'ingestion de sel reproduit les altérations typiques du sang qu'une nouvelle suppression du sel fait disparaître.

Il a été ainsi possible de reproduire et de faire disparaître à volonté les modifications du sang caractéristiques pour la rétention chlorurée sèche.

Les altérations du sang permettent d'établir le diagnostic de rétention chlorurée sèche d'une façon rapide et sûre : il suffit de déterminer l'eau et le chlore ; on peut se passer pour les besoins du diagnostic du dosage du sodium qui est difficile.

Scléroses aiguës et scléroses lentes. — M. *E. Feuillie* considère qu'on peut obtenir des scléroses de localisations variées par des injections de toxiques divers.

Au niveau du rein, on obtient, soit dans les espaces intertubulaires, soit au contour des glomérules, des infiltrations lymphocytaires énormes aux dépens de l'afflux leucocytaire qui vont constituer des fibroblastes et du tissu conjonctif. On obtient ainsi des scléroses aiguës et même suraiguës puisqu'on en peut constater après 15 jours, 7 jours et même 5 jours.

Il en est de même pour le foie au voisinage de l'espace porte et au centre du lobule. Mais le terme de cirrhose veineuse doit être rayé d'une façon absolue de la pathologie parce que au voisinage de la veine porte c'est autour des canalicules biliaires seulement que se fait l'infiltration leucocytaire et au centre du lobule.

Tous ces flux leucocytaires peuvent être provoqués par des intoxications variées, mais aussi par des chocs peptoniques ou anaphylactiques. Cette facilité de production de la sclérose par des chocs successifs est à rapprocher de la fréquence de la sclérose chez les diathésiques considérés de plus en plus comme des sensibilisés ou encore des hypersensibles.

Séance du 19 juin 1925.

Rachitisme et lumière. — *M. Variot,* à propos de la récente communication de M. A. Delille, rappelle que le rachitisme relève surtout des troubles de l'alimentation, et que chez l'enfant nourri au sein, le rachitisme est rare. Selon lui, on attache trop d'importance à la carence solaire.

M. Comby partage la même opinion.

M. Apert fait remarquer que les deux notions ne s'opposent pas et que l'absence de lumière comme les troubles de l'alimentation prédispose au rachitisme.

M. Léri a pu observer des manifestations rachitiques chez l'adulte, et d'après l'enquête à laquelle il s'est livré, les rachitiques s'observent surtout dans les familles nombreuses et l'alimentation défectueuse et déficiente doit être le facteur important du rachitisme.

M. Lesné, tout en reconnaissant l'importance de l'alimentation dans le développement du rachitisme, considère que l'absence de lumière est une cause prédisposante. Il a obtenu d'excellents résultats par les rayons ultra-violets employés à la campagne et non dans les grandes villes.

M. Jeanselme fait remarquer que dans les pays d'Extrême-

Orient le rachitisme est rare, bien que la syphilis soit fréquente. Il en trouve l'explication dans ce fait que les enfants sont nourris au sein jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans et qu'ils vivent nus jusqu'à l'âge de 6 ans environ.

L'évolution hématologique des ictères hémolytiques congénitaux traités par la splénectomie. — *M. Chauffard.* — Chez les malades atteints d'ictère hémolytique congénital, deux processus bien distincts s'associent, l'érythrolyse et la fragilité globulaire. Mais dès que la rate est enlevée, l'érythrolyse disparaît et, avec elle, la pléiochromie pigmentaire cause de l'ictère ; la guérison définitive de l'ictère est obtenue en quelques jours.

Par contre, on a vu la fragilité globulaire survivre à l'ictère et dans un cas opéré il y a 23 mois elle n'a pas encore disparu, bien que la courbe hémolytique tende de plus en plus à se rapprocher de la normale. C'est que la destruction globulaire est un processus *splénique*, tandis que la fragilité est d'ordre *médullaire*. Il semble que la moelle osseuse, imprégnée depuis la naissance par la splénotoxine, n'arrive que peu à peu et lentement à produire des hématies de résistance normale. Mais cette fragilité, du moment où l'action destructive du parenchyme splénique est supprimée, n'est plus que *virtuelle* et reste sans histoire clinique.

Hémophilie acquise guérie par le traitement spécifique. Hématome sus hyoïdien. — *MM. G. Paisseau, Cayla et Hamburger* rapportent l'observation d'un homme de 63 ans, hypertendu avec aortite chronique, chez lequel survint un syndrome hémophilique complet et pur, caractérisé cliniquement par des hématomes sous-cutanés, un vaste hématome du plancher de la bouche et des hémorragies viscérales (hématuries et hémoptysies).

L'examen hématologique montrait les caractères essentiels de l'hémophilie : retard considérable de la coagulation du sang prélevé par ponction veineuse, avec coagulation plasmatique et rétractilité du caillot, augmentation des hématoblastes, sans modification du temps de saignement.

Les auteurs relèvent dans cette observation l'hématome sus hyoïdien et l'action du traitement spécifique.

L'hématome du plancher de la bouche est une localisation rare qui n'a guère été observée que dans l'hémophilie, comme dans le cas récemment rapporté par Fiessinger et Barbillon.

Bien que les transfusions sanguines eussent, malgré l'extrême gravité des accidents, arrêté les hémorragies, elles ne semblaient pas avoir réussi à modifier l'état général qui restait des plus précaires lorsque, en raison d'un Wassermann positif le traitement par l'arsénobenzol en injections veineuses fut institué et détermina une transformation rapide de l'état du malade dont la guérison se maintient, complète en apparence, depuis trois mois.

On peut donc admettre, eu égard à l'action manifeste du traitement, des relations directes entre l'infection syphilitique et le trouble de la coagulation sanguine qui conditionne l'hémophilie.

Cyanose et asystolie à prédominance ventriculaire droite. — *MM. Paisseau, Oury et Hamburger* rapportent l'observation de deux malades asystoliques dont une cyanose extrêmement intense fut la particularité dominante.

Chez le premier de ces malades, il s'agissait d'une myocardite primitive, ou mieux, d'une myocardie sans aucune lésion valvulaire, pulmonaire ou rénale. Il existait une hypertrophie cardiaque totale, mais très prédominante sur le ventricule droit avec insuffisance tricuspidienne manifeste.

Le second était atteint de sclérose pleuro-pulmonaire et médiastinale avec dilatation secondaire du cœur par gêne de la circulation pulmonaire, dilatation portant presque exclusivement sur le ventricule droit.

Les auteurs étudient les rapports de l'insuffisance ventriculaire droite et de la cyanose, dont Laubry et ses élèves ont montré la signification considérable dans la dilatation du ventricule droit. Ils considèrent l'une de leurs observations comme un exemple rarement rencontré d'insuffisance ventriculaire primitive par myocardite ou par myocardie à prédominance ventriculaire droite et attirent l'attention sur l'absence complète de tout signe d'auscultation de l'insuffisance tricuspidienne dont l'un de ces malades était atteint.

M. Laubry rappelle que dans la myocardie avec insuffisance ventriculaire droite un premier signe est la cyanose, sur laquelle il a particulièrement insisté. L'absence clinique de souffle tricuspidien est la règle ; quand on le note, il s'agit d'un souffle fonctionnel mitral le plus souvent.

M. N. Fiessinger à l'appui de l'opinion de M. Laubry, n'a jamais constaté de communications inter-auriculaires au cours de la cyanose.

M. Ménétrier rappelle avoir signalé un cas de communication inter-auriculaire sans cyanose.

La rétention chlorurée sèche dans les néphrites aiguës. — *MM. Léon Blum et Van Caulaert.* — La rétention chlorurée sèche n'est pas l'apanage des néphrites interstitielles chroniques. On la trouve avec les altérations du sang caractéristiques dans la néphrite aiguë curable.

Dans l'observation rapportée, il s'agissait d'une malade avec urémie à forme éclamptique. La constatation de la coexistence des symptômes cliniques et des modifications humorales pose le problème du rapport qui existe entre la rétention chlorurée sèche et les accidents urémiques de la néphrite aiguë.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 juin 1925.

Les fractures avec luxation de la tête humérale. — M. *Lecène* projette les radiographies du blessé dont il avait parlé dans la séance précédente. Il insiste sur les bons résultats qu'il a obtenus d'un côté par le cerclage de la fracture au niveau du col anatomique et qu'il oppose au résultat moins bon, par la résection de la tête, du côté opposé.

Les voies d'abord du médiastin. — M. *Lecène* insiste sur la facilité d'énucléation des tumeurs bénignes par voie sus-sternale. Dans huit cas, il a pu, par l'incision en cravate avec section musculaire, aborder facilement ces tumeurs, qui sont le plus souvent d'origine thyroïdienne ou parathyroïdienne. Pour les tumeurs malignes, il pratique la résection sternale à la demande.

Traitement du mégacôlon pelvien. — M. *Mocquot* rapporte une observation de M. *Leveuf* (Paris). — Chez une malade en état d'occlusion, M. Leveuf intervient à l'anesthésie locale et trouve à côté d'un cæcum plat, une anse distendue. Il pratique une fistule sur cette anse. La guérison suit avec fermeture spontanée de la fistule. Mais au bout de quatre mois, des accidents d'occlusion font suite à une constipation opiniâtre. Pensant à un mégacôlon pelvien, M. Leveuf réintervient sous anesthésie rachidienne et trouve une anse pelvienne en volvulus, avec une petite perforation au pied de l'anse. Il pratique l'extériorisation avec résection et suture bout à bout immédiate. Les suites furent mouvementées : fistule intestinale au 4e jour, puis accidents graves au 6e nécessitant une cæcostomie d'urgence, mais la malade guérit et 3 mois après on put pratiquer heureusement la cure de la fistule et de la cæcostomie.

Kyste hydatique du foie à symptomatologie pulmonaire. — M. *Gernez* rapporte une observation de M. *Lheureux* (armée) relative à un colonial ayant présenté, en pleine santé, des hémoptysies abondantes. Il s'agissait bien d'un kyste hydatique, mais situé dans le lobe gauche du foie et sans relation avec le poumon. Il fut ponctionné, vidé et suturé sans drainage. La guérison fut simple. Il est difficile d'expliquer la pathogénie de ces hémoptysies qui se renouvelèrent durant la convalescence.

Calculs bilatéraux de l'uretère pelvien. — M. *Bréchot* a opéré un homme de 63 ans atteint de calculs très volumineux et bilatéraux de l'uretère pelvien juxta-vésical. Il pratiqua une cystostomie sus-pubienne verticale, pensant inciser la terminaison des uretères sur les calculs. En réalité, il dut libérer sur les parois latérales de la vessie les deux uretères, les inciser, puis dégager les calculs et refermer les uretères, puis la vessie. Les suites furent d'abord simples, mais au 22e jour il y eut une embolie mortelle.

M. Bréchot discute ensuite les voies d'accès de l'uretère pelvien. Ayant éliminé les voies vaginale (Doyen), intra-rectale et para-rectale, transfessière (Delbet) ; il montre qu'il faut retenir les méthodes intra-péritonéales ou sous-péritonéales, trans ou latéro-vésicales.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 juin 1925.

Troubles vagosympathiques après pylorectomie. — M. *Pron* rappelle la possibilité d'apparitions de troubles vagosympathiques après section de filets du système nerveux gastrique. L'évolution d'un nouvel ulcère ne modifie en rien la portée de cette observation.

Un cas de fracture considérable du bassin. — M. *Rœderer*. — Fracture grave du bassin double, verticale antérieure avec luxation de la symphyse sacro-iliaque d'un côté et diastasie de la symphyse de l'autr.e Grâce à la quadruple fracture du pubis l'aile iliaque non retenue s'était luxée extrêmement haut. Un essai de réduction sous anesthésie a permis de descendre cette aile iliaque dans des conditions notables. Des cals s'établirent en pont entre les fragments demeurés fort disjoints. Mais le résultat physiologique est excellent après quatre mois.

Hémoptysies. — M. *Mélamet*, étudiant les hémoptysies chez 992 tuberculeux ne les trouve que dans 121 cas, 12 %. Proportion plus faible que celle donnée par les classiques. Recherchant la pathogénie des hémoptysies, il ne trouve, ni dans les travaux anatomo-pathologiques récents, ni dans les traités cliniques de réponse satisfaisante à la question qu'il pose : pourquoi certains tuberculeux saignent-ils et pas tous ? La très grande fréquence de réactions de Wassermann positives chez les tuberculeux qui saignent lui fait admettre que la syphilis doit jouer un rôle dausal dans la pathogénie des hémoptysies. A défaut de la syphilis, il pense que les toxines des parasites intestinaux, si fréquents chez les tuberculeux, et dans quelques cas rares, le paludisme, doivent intervenir. D'une façon générale il croit que l'hémoptysie contient une association morbide. La présence quasi constante de B.K. granuleux chez les pulmonaires qu saignent donne à cette variété de B.K. une valeur clinique et pronostique considérable.

De la phrénicectomie ou ventralisation du thorax en dehors du traitement de la tuberculose. Indications nouvelles. — Après avoir cité les cas de Chauffard, Maurer, R tz et Hallé, qui employèrent avec succès la ventralisation du thorax pour le traitement soit de dilatation bronchique, soit de gangrène de la base du poumon M. *Thévenard* rapporte un cas personnel où il eut recours pour la cure d'une pleurésie purulente chronique de la base convertié en pyopneumothorax à la suite d'une poussée aiguë, M. *Thévenard* fait un parallèle entre la bénignité tant immédiate que d'avenir entre cette intervention et celles qui auraient pu lui donner le même résultat : thoracoplastie ou thoracectomie. La première maintient l'intégrité fonctionnelle de ce qui reste du poumon, elle ne comporte aucune gravité opératoire, elle n'est pas mutilante. La thoracoplastie au contraire peut influer sur la statique de la colonne dorsale et nécessiter un appareil de soutien, enfin elle est immédiatement grave par le schock qu'elle détermine et présente toujours, quelles que soient les précautions prises, un sérieux risque d'infection de la plaie pariétale causée par la dissection du lambeau. M. *Thévenard* rapporte une nouvelle et ingénieuse application faite de la ventralisation du thorax par MM. *Aubert* à *L. Artaud*, de Marseille à la cure radicale d'une très volumineuse éventration. C'est la première fois que cette intervention trouve une indication purement chirurgicale.

La malariathérapie dans la paralysie générale. — M. *A Marie* de l'asile clinique, présente les statistiques de 235 cas de paralysie générale traités par leucopyrétothérapie. Plus de 100 malades ont été inoculés au plasmodium vivax de la malaria selon la méthode de *W. Von Jaureg* Comme bien des auteurs étrangers et quelques français (Claude et Targowla notamment) M. *A. Marie* et son élève M. *Kohen* ont complété leurs recherches avec l'inoculation par la spirillose d'Obermeyer et les tuberculines ou nucléinates.

Ils obtiennent aussi une moyenne encourageante de 33 % de rémissions plus ou moins nettes.

Deux cas de volumineux fibromes purs de l'ovaire. — M. *Petit de la Villéon* présente les pièces de deux opérations faites récemment par lui. Il s'agit dans les deux cas de volumineux fibromes purs de l'ovaire.

Le premier concerne une femme de 53 ans : il pesait 1 kilog. 850 gr. le symptôme dominant était la douleur. L'ascite était abondante.

Le second concerne une vieille femme de 78 ans. M. *Petit de la Villéon* fut poussé à opérer par la volonté de la malade qui avait des douleurs abdominales et lombaires intolérables. Le fibrome ovarien pesait 2 kgrs. 200. L'opération dura 9 minutes. Un peu d'ascite.

Dans les deux cas, il s'agissait d'une grosse masse dure, indépendante de l'utérus, de la trompe, du ligament large, et ayant à l'extrémité un long et mince pédicule. Dans les deux cas, l'examen histologique dit : fibrome pur. Guérison.

Présentation d'un endo-dilatateur pneumatique contre les obstructions respiratoires supérieures. — *Pierre Robin*. — L'auteur poursuivant l'idée de la dilatation des narines, présente un nouveau dispositif très pratique que tout praticien peut construire avec une sonde Nélaton, un doigtier et une poire en caoutchouc ? La pression est mesurée par un manomètre et peut être exercée jusque dans le pharynx et plus loin si l'on veut.

A. Lavenant.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 6 juin 1925

Olivier et Leclair (de Lille) présentent quelques considérations anatomiques, physiologiques et pathologiques tirées d'un manuscrit du début du XIXe siècle par Decroix, apothicaire à Lille. Les médecins et les pharmaciens avaient coutume de résumer leurs lectures pour la pratique courante, le manuscrit est un intéressant exemple de cette habitude.

Les travaux de *Torkomian* sur l'ancienne médecine arménienne sont des plus précieux, car ils nous font connaître un chapitre jusqu'ici inexploré de l'histoire de la médecine.

Cette fois Torkomian analyse les manuscrits médicaux arméniens de la Bibliothèque nationale de Paris.

Thibierge évoque la silhouette de quelques maîtres de l'Hôpital Saint-Louis et parmi eux Ernest Besnier, dont il offre le portrait, gravé sur une plaquette, à la Société pour son musée. Cette tête fine, au nez élégant, aux lèvres minces rappelle d'une manière saisissante certains portraits d'Erasme.

Besnier était venu de la médecine générale à la spécialité où il mit en œuvre ses qualités et son soin de la précision poussé usqu'au scrupule. Un des premiers, il chercha à confirmer l e diagnostic par l'examen histologique et la recherche des parasites à l'aide du microscope. Le premier, il pratiqua des biopsies. La rigueur de ses méthodes scientifiques se complétait d'un soin jaloux dans l'exposé des travaux, d'une forme parfaite. Avec ses élèves, il parlait peu, et Thibierge le prit longtemps pour le plus froid des maîtres jusqu'à ce qu'il lui eut prouvé son estime. Ses leçons furent très suivies et dans les congrès il se montra un président incomparable. *Variot* rappelle que Besnier fut un moment titulaire d'une chaire sous le maréchal de Mac-Mahon, mais que le décret qui le nommait ne fut jamais appliqué, en raison de l'opposition du conseil de la Faculté. *Fossoyeux*, à propos de l'Hôpital Saint-Louis précise un point d'histoire. Le mouleur Baretta, qui exécuta la plupart des pièces du musée de cet hôpital ne consentit jamais à livrer son secret. La promesse d'une élection à la Société de Dermatologie, de la rosette d'officier de la Légion d'honneur ne purent l'y décider. Cet ensemble de souvenirs, sur les maîtres de la Dermatologie et l'artiste qui illustra leurs travaux par ses moulages, nous montre comment nos aînés, malgré l'insuffisance de leurs moyens d'études, surent édifier sur de solides bases une science qui depuis s'est imposée à tous.

Dr Jean Vinchon.

VARIÉTÉS

Le guérisseur à la salle Wagram

8 heures et demie, devant la grille fermée de la salle Wagram. Il n'y a plus de place assise à l'intérieur, annonce une affiche pendue après la grille. La foule se presse, mal contenue par les agents. Un enfant est au milieu d'elle, assis dans une petite voiture. Un brigadier des gardiens de la paix déclare qu'il va falloir employer les grands moyens. Tout ce monde parle du guérisseur et dans les premiers rangs, près de la grille, chacun réclame l'entrée et invoque des raisons personnelles de forcer la consigne.

9 heures moins le quart. La foule a trouvé ce quart d'heure bien long, mais elle oublie tout de même son attente, car la grille vient de s'ouvrir. Le cerbère du « Faubourg », qui a organisé la conférence de Béziat, multiplie les recommandations. Il y a là des malades et des infirmes. Il faut faire attention aux escaliers. Mais qu'importe ! La foule, emportée dans son élan, prend insensiblement l'allure des voyageurs du métro quand un train entre en gare. Cette allure s'accélère quand elle avance dans le long couloir. Un agent remarque : « On ne croirait pas que ce sont des malades ».

La foule est arrivée devant la porte. Tout le monde a trouvé comme par miracle le billet de cinq francs exigé avant l'entrée : on ne fait pas la monnaie. La porte s'ouvre et brusquement laisse éclater les lumières au lieu de l'éclairage atténué du couloir.

Tous s'arrêtent : à la hauteur des lustres, au balcon de l'orchestre, un homme parle d'une voix chaude, les bras tendus vers le public. Derrière les fauteuils, après cet instant d'hésitation, le groupe, avec qui je suis entré s'est installé, le plus près possible. Un silence religieux domine l'assemblée.

J'ai résumé ailleurs une des conférences de Béziat. Elles répètent toutes le même thème : l'appel à la confiance dans la charité inépuisable de celui qu'il appelle « La grande source » ou « Le grand foyer ». Ils écoutent de toute leur attention : pas un mouvement, pas un geste dans cette foule. Les visages tendus s'efforcent de ne perdre aucun mot. L'atmosphère de la métairie de La Borie, centre habituel des guérisons de Jean Béziat, est reconstitué. Et au milieu du silence religieux, une voix plaintive implore : « Monsieur Béziat, je vous en supplie, guérissez ma fille ».

Nous sommes maintenant en pleine métaphysique. Le mystère apparaît comme une réalité, sauf à quelques sceptiques.

Les applaudissements éclatent, presqu'unanimes à chaque nouvel appel aux forces salvatrices. C'est un joli tour de force d'avoir réussi à faire applaudir le plus ardent panégyrique de la Providence, par les habitués du club du Faubourg, dont l'esprit aspire d'ordinaire à des buts plus matériels.

Jean Béziat a fini de parler, au milieu de l'enthousiasme déchaîné et les témoins guéris et non guéris vont prendre la parole à leur tour. Humbles témoins, venus les uns de leur province, les autres des quartiers les plus divers de Paris. Leurs voix s'élèvent, timides et hésitantes aux premiers mots, bientôt franchement affirmatives. Un gavroche raconte une cure sensationnelle en égayant son récit de sous-entendus, car sa maladie était mal placée. Un grand jeune homme, encore aphone et l'œil couvert d'un bandeau, emploie le truchement d'une dame, dont les bijoux scintillent sous la lumière. Les habitués du « Faubourg » retrouvent leur verve coutumière à ce moment de la conférence. Là-haut au balcon, la sonnette s'agite et les appels au calme et au respect des orateurs se succèdent. A ce moment j'entrevois dans les courants d'air d'un ventilateur, une pancarte qui annonce une danse. Le charme est rompu. La Borie est bien loin, avec les grasses vallées du pays gascon, sous l'ombre légère des peupliers. Béziat lui-même s'est couvert d'un large feutre. Il rêve les yeux perdus au loin, regrettant peut-être ses champs.

Les contradicteurs succèdent aux témoins, tous unanimes à reconnaître la bonne foi de Béziat, mais unanimes aussi à proposer d'autres explications des cures miraculeuses. Le mot d'auto-suggestion est lancé et accueilli par le public, mais avec un enthousiasme moins complet que l'appel du guérisseur aux forces mystérieuses.

Je ne veux pas critiquer ce mot, mais peut-être jamais ne m'a-t-il apparu à ce point comme un truisme facile, quelque chose comme le « Voilà pourquoi votre fille est muette ». L'auto-suggestion n'est qu'un temps dans une cure morale et ce n'est pas le premier. Mais il est le plus apparent et celui qui termine la cure. Voilà le motif de son succès.

Parmi les contradicteurs, médecins spécialistes des maladies nerveuses ou journalistes, deux ont au moins montré clairement quelques-unes des raisons de l'action du guérisseur et la raison de la limite de cette action.

Paul-Emile Lévy et Rehm ont envisagé le problème en médecins : le premier, très averti des particularités des cures morales et de la valeur d'une médecine presqu'absente de nos livres de thérapeutique, le second « pour qui « le sens commun n'est pas la chose du monde la plus mal partagée », utilisant l'expérience que lui offre le contact quotidien avec la vie, dans un grand journal.

La conclusion de Béziat, malgré que la voix se soit faite plus chaude et les gestes plus pressants, a été inférieure à la première conférence. Le charme ne revenait plus. Mes voisins bavardaient depuis l'audition des témoins.

Dans la tribune même, parmi les amis personnels, les





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services Automobiles de la Bourgogne

Pour permettre la visite des vignobles fameux et des sites pittoresques de la Bourgogne, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation des Services automobiles designés ci-après :

Les dimanches et jeudi, du 20 juin au 25 septembre, un circuit passant par Clos-Vougeot, Beaune, Pouilly-en-Auxois, Valzon, Talant. Prix : 45 francs.

Les mercredi et samedi 20 juin au 23 septembre, un circuit passant par St-Seine-l'Abbaye, Alise Ste-Reine, Flavigny, Semur, St-Thibault, Vitteaux et Sombernon. Prix : 55 fr.

Les voitures assurant ces services partent de la gare de Dijon à 8 h. et y reviennent pour permettre aux voyageurs de prendre le train express n° 102 pour Paris (départ 18 h. 30).

visages étaient plus mobiles. Pour mon compte, je pensais que dans quelques jours les mêmes scènes allaient se renouveler devant un autre tribunal, armé celui-là de sanctions plus réelles que l'innocente guillotine du « Faubourg ».

Le guérisseur Jean Béziat retournera dans sa métairie de la Borie, avec le souvenir d'un triomphe. Dans les journaux, à son domicile, les malades se sont précipités en foule dès l'annonce de sa venue. Au moins une fois, à notre connaissance, il a réussi à reconstituer l'atmosphère du lieu ordinaire de ses guérisons. Mais cette fois encore, je n'ai pas assisté à des cures miraculeuses, malgré plusieurs visites. Cela ne veut pas dire que je les crois impossibles. La foule, malléable et plastique, est, bien plus que l'individu isolé, l'objet qui convient à des expériences de ce genre.

Dr Jean Vinchon.

BIBLIOGRAPHIE

La tétanie infantile, par le Dr A. R. Turpin. Préface du Dr Lesné. Un vol. de 230 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1925.

La tétanie, par le nombre considérable de recherches qu'elle a suscitées dans le cours de ces dernières années, est une question d'actualité.

Dans cet ouvrage, l'auteur, après avoir envisagé les différentes conceptions pathogéniques antérieures à ses travaux, expose ses recherches personnelles sur les tétanies cliniques et expérimentales. Il nous montre, après un aperçu critique des théories calciprive, parathyréoprive, toxique, comment il fut amené à étudier les variations du taux du calcium ionisé du sang. Il nous montre également pourquoi il importe, dans l'étude de l'électro-diagnostic, de substituer au signe classique d'Erb, la mesure de la chronaxie, seule conforme aux données de l'électrophysiologie moderne.

Après une longue introduction historique, cet ouvrage se divise en quatre parties.

La première est consacrée à l'étude des caractères cliniques des tétanies infantiles latentes et manifestes à l'étude de la chronaxie dans ces états et aux perturbations humorales contemporaines. A ce propos, l'auteur rappelle, assez longuement pour rendre son exposé explicite, les conceptions modernes sur l'équilibre acides-bases du sang, l'intérêt de la mesure du pH et de la réserve alcaline de ce milieu.

Le second chapitre est entièrement consacré à l'étude de la tétanie parathyréoprive. A propos d'un cas observé en clinique humaine, l'auteur a poursuivi sur ce sujet des recherches entièrement nouvelles.

L'étude des tétanies expérimentales dites par hyperalcalose provoquée est envisagée dans le troisième chapitre. C'est en particulier la tétanie par hyperpnée volontaire et prolongée que l'auteur de cet ouvrage a étudiée, analysant ses manifestations cliniques, suivant les variations de la chronaxie qu'elle détermine, modifications de l'excitabilité neuro-musculaire parallèles aux variations phsico-chimiques du sang.

Le dernier chapitre concerne la thérapeutique de la tétanie. Est envisagée en particulier l'action sur le milieu sanguin du chlorure de calcium, de la lumière, du chlorure d'ammonium, et des inhalations de mélanges gazeux riches en CO^2.

L'ouvrage se termine par des conclusions générales dans lesquelles l'auteur expose la conception physiopathogénique et les conséquences thérapeutiques qui résultent de ses recherches.

La biologie de l'éthique, par Max Nordau. Un volume in-16 de 235 pages. Bibliothèque de philosophie contemporaine. Librairie Félix Alcan Paris, 1924.

Voici un livre intéressant que les psychologues, les moralistes et les psychiâtres devraient lire. Ils ne s'ennuieraient pas à en prendre connaissance et malgré eux ils se surprendraient à méditer les réflexions ou les théories de l'auteur, toujours documenté parfois un peu paradoxal, mais profondément intéressant. La biologie est la science de la vie et pour Nordau l'éthique doit être étudiée à ce point de vue.

Aussi y examine-t-il le phénomène moral objectivement. Il en considère l'aspect biologique et montre que la morale est une

institution née des besoins de la société, donc artificielle. Mais elle s'adapte à des organes et qualités naturels chez l'homme et se transforme par là de phénomène sinologique en phénomène biologique.

Partant de ce principe l'auteur établit les relations de la morale et du droit, présente des considérations très neuves sur la moralité individuelle et l'immoralité collective, et aborde le grand problème de la liberté et de la responsabilité.

Deux chapitres sont intitulés morale et progrès, la structure de la morale.

G. P.-B.

La bibliothèque romantique. *Une collection de textes français du XIXe siècle.*

Le romantisme est un grand fait européen. Ce rajeunissement de toutes les formes de l'art, de la pensée et de l'action, s'est d'abord produit en Angleterre, puis en Allemagne, avant d'apparaître en France. Mais nulle part ce renouvellement ne se manifesta avec une plus souveraine universalité qu'en France autour de 1830.

Comme à l'époque de la Renaissance, on vit au XIXe siècle fraterniser non seulement peintres, sculpteurs, musiciens et poètes, mais encore la philosophie fut poétique et la science élargit l'horizon de l'action.

Un élan qui se constate dans la politique et la science aussi bien que dans l'industrie et les mœurs, devait renouveler la langue et la littérature françaises et ce sont ces transformations que la Bibliothèque romantique permet d'étudier. Elle ne s'adresse pas seulement aux lettrés qui lui sauront gré de mettre en lumière par l'inédit ou la réédition, des œuvres singulières, rarissimes mais, comme elle compte publier quelques *éditions critiques* des grandes œuvres romantiques, telles que l'*Allemagne* ou bien *Volupté*, ou *Lélia*, elle s'assurera la clientèle des philologues et des historiens de l'histoire littéraire.

Quand une pareille collection de textes inédits judicieusement réédités, empruntés aux œuvres les plus diverses, géniales ou simplement *significatives*, permettra d'embrasser l'effort des deux ou trois générations qui ont travaillé depuis la Révolution à la formation de la France moderne, elle aura atteint son but qui est de contribuer d'une façon originale au *renouvellement de la documentation* et de permettre dans quelques années à un véritable historien d'écrire avec objectivité l'histoire du romantisme.

Ouvrages déjà publiés : Emile DESCHAMPS: *Un manifeste du romantisme.* — *La préface des études françaises et étrangères*, publié par Henri Girard : 8 fr. — Alphonse RABBÉ. — *Album d'un pessimiste*, publié par Jules Marsan : 10 fr. — Alfred LE POITTEVIN. — *Une promenade de Belial et œuvres inédites*, publié par René Descharmes : 12 fr. — Jules LEFEBVRE-DEUMIER. — *Les vespres de l'abaye du Val*, publié par Georges Brunet : 10 fr. — Ximenès DOUDAN. — *Les révolutions du goût*, publié par Henri Moncel : 10 fr. — Théodore JOUFFROY. *Le cahier vert* suivi de *Comment les dogmes finissent* et de *Lettres inédites*, publié par Pierre POUX : 10 fr. — *La couronne poétique de lord Byron*, par George Roth : 8 fr. — SENANCOURT. — *Aldomen ou Le bonheur dans la solitude*, publié par André Monglond : 8 fr. — *Lettre du marquis de Custine au marquis de la Grange*, publié par le comte Albert de Lupé : 9 francs.

Etudes romantiques : Fernand BALDENSPERGER. — *Sensibilité musicale et romantisme* : 8 fr. — Pierre TRAHARD. — *Le romantisme défini par « Le globe »* : 8 fr. 50. Librairie Guillaume Budé, 95, boulevard Raspail, Paris VIe.

La Revue hebdomadaire publie dans son numéro du 27 juin la 1re partie du nouveau roman de C. F. RAMUZ : **La grande peur dans la montagne** et la suite de l'enquête d'Henry RUFFIN : **Reverrons-nous la guerre ?**

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Le sinus sphénoïdal. Anatomie. Exploration. Chirurgie, par G. CANUYT et J. TERRACOL, 278 p., 134 fig. : 25 fr. (Masson).

La Physique des rayons X à l'usage des médecins, par LOISEL et LOMON, 150 p., 49 fig. : 10 fr. (Masson).

Etudes neurologiques (2e série), par G. GUILLAIN, 360 p., 50 fig. : 26 fr. (Masson).

Le Gérant: A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 28. Le Numéro : 50 Centimes 11 JUILLET 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr

Belgique et Italie .... 40 fr

Union postale................ 50 fr.

Etudiants :

Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance Publique.

Concours de chirurgien des Hôpitaux. — *Epreuve de consultation écrite.* — Séance du 25 juin. — MM. Gatellier 18 ; Moulonguet 18, Richard, 16 ; Wilmoth, 19.

Nota. — La note donnée à M. Gatellier à la séance du 23 juin est rectifiée et portée de 10 à 17.

Séance du 29 juin. — MM. Michon, 12 ; Charrier, 12 ; Fey, 17 ; Boppe, 17.

Séance du 1er juillet. — Nota : la note donnée à M. Boppe à la séance précédente est relevée de 17 à 18.

MM. Quénin, 16, Bloch (René) 16, Oberlin 16, Senèque 19.

Candidats admissibles : MM. Moulonguet 66 points, Boppe et Gatellier 63, Senèque 61, Quénu 60, Oberlin 59, Richard et Wilmoth 57.

Epreuve opératoire. — Séance du 3 juillet. — Ligature de l'artère auxillaire dans l'aisselle. — Désarticulation médio-tarsienne par la méthode dite de Chopart. MM. Moulonguet 27, Senèque 26, Wilmoth 25, Quénu 26, Gatellier 27, Boppe 25, Oberlin 27.

Epreuve orale. — Séance du 4 juillet. — Question donnée. Lithiase salivaire. MM. Gatellier 18, Boppe 19, Moulonguet 18, Senèque 17.

Les autres candidats se sont retirés.

Epreuve clinique. — Séance du 5 juillet. — MM. Gatellier Boppe et Moulonguet 20. M. Senèque s'est retiré.

A la suite de ce concours MM. Moulonguet et Gatellier sont nommés chirurgiens des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 2 *juillet.* — Mlle ILIESCO. Du pronostic dans l'infection puerpérale. — M. LA BURTHE. L'investigation faradique des phénomènes électriques accompagnant la contraction musculaire est-elle possible ?. — M. PUECH (G.). Le kala-azar d'origine française. — M. LABADILLE (Ch.). Les anévrysmes de l'oreillette gauche.

M. WELSER. La myocardite. — M. FOUGERAT. L'homme et la lumière. — M. NEIS (P.). La goutte aiguë du rhino-pharynx. — M. CORNEAU (G.). De la péricardite tuberculeuse. — M. DUPUIS (A.). Etude de l'action de la pilocarpine dans les rétentions d'urine. — M. BRETON (P.). Etude de la gravité de la syphilis d'après la souche. Syphilis conjugale.

(Thèses vétérinaires). — M. CARNEIRO. Etude de l'entérite chronique hypertrophiante des bovins. — M. CAUCHERNEZ. Technique et recherches de coprologie microscopique chez le mouton et le porc. — M. LANG. La Nouvelle-Calédonie (climat, flore, faune, etc.). — M. GOULAY. Le vétérinaire arbitre-expert.

3 *juillet.* — M. FABRE. La mécanique des phénomènes sphygmomanométriques. — M. TCHILINGUIRIAN. Les selles biliaires et leur réaction. — M. LION. Origine du journalisme médical. — M. QUENOUILLE. Déséquilibre mental de Beethoven. M. RITEL. Etude expérimentale de la réaction de Botella sur le rat. — M. ZIMMER. Traitement des affections douloureuses gastro-duodénales. — M. HELD. Le salicylate de génésérine dans le traitement des hyperexcitabilités. — M. BAS (J.). Etude sur la pathogénie de la migraine.

6 *juillet.* — Mlle FRIEDMANN. Tuberculose de l'adénome prostatique. — M. DUPUY (J.). Etudes des verumontanites. — M. SAMARNA (L.). Paralysies associées des nerfs craniens. — M. VILENSKI. L'adrénaline dans l'anesthésie en oto-rhino-laryngologie. — M. RAOUL (René). Des papillomes du larynx et leur traitement. — M. BLANCHON. Etude des résultats de la transplantation tendineuse. — M. DJOUROVITCH. Etude des fistules pleurales pariétales non tuberculeuses. — Do CONTO. (Edison). Etude sur l'invagination de l'appendice. — M. VERGER. Traitement des épithéliomes du maxillaire supérieur. — M. LÉVY-NEUMAND. Les ruptures traumatiques du foie. — M. DAGUSÉ (P.). Etudes des localisations obtenues des lymphocytomes. — M. METZGER Etude des ulcères gastro-duodénaux. — M. BEAUPUY. Etude de la radiothérapie dans les cancers du sein. — M. MEYER-MAY. La lithiase du cholédoque.

(Thèses vétérinaires.) — M. CARDON. La valeur de la formule hémoleucocytaire chez le cheval. — M. CREMONT. La lutte contre la tuberculose bovine.

Un Congrès spécial de malariologie se tiendra à Rome les 4, 5, 6 octobre 1925, sous la présidence de M. le professeur E. Marchiafava. Le Comité exécutif se compose de MM. les professeurs V. Ascoli, A. Bignami, vice-présidents ; A. Dionisi, G. Gaglio, B. Gosio, M. Sella membres, G. Bastianelli, secrétaire général ; A. Nazari, vice-secrétaire.

Les savants qui désirent participer à ce Congrès et y faire quelques communications sont priés de vouloir bien en informer directement M. le professeur Bastianelli, secrétaire général du Congrès, via XXIV Maggio, 14, Rome.

Quatrième congrès médical international des accidents du travail et des maladies professionnelles, Amsterdam, 1925. — *Programme des séances et des fêtes.* — Samedi, 5 septembre 1925 : 3 h. Ouverture de l'exposition nationale. — Lundi, 7 septembre 1925 : 10 h. 30. Réunion du « Comité permanent international. » ; 12 h. 30. Déjeuner offert aux membres du « Comité permanent international » ; 2 h. 30. Ouverture solennelle du Congrès ; 4 h. 30. Afternoon-tea offert par quelques familles d'Amsterdam. Visite à l'exposition ; 7 h. Diner offert aux représentants officiels des diverses nations par la Municipalité d'Amsterdam ; 9 h. Réunion familière au « Pavillon Y », offerte par le « Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst » (Société médicale de la Hollande), en cas de mauvais temps au Pavillon Vondelpark.

Mardi, 8 septembre 1925 : 9 h. et 11 h.50. Séance plénière. *Pour les dames* : 10 h. Visite d'une taillerie de diamants ; 2 h. et 4 h. 50. Réunion en sections. *Pour les dames* : 2 h. Visite de la ville ; 8 h. 30. Soirée dans les jardins de la vieille propriété « Frankendael », actuellement pépinière de la ville d'Amsterdam. Jeu de plein air.

Mercredi, 9 septembre 1925 : 9 h. et 12 h. Réunion en sections. *Pour les dames* : Visite de l'île de Marken et du village Volendam ; 1 h. 30 et 4 h. Séance plénière ; 4 h. 15. Excursions en bateau et en automobile à travers la ville ; 7 h. Diner inofficiel et facultatif au restaurant de l'hôtel « Krasnapolsky ».

Jeudi, 10 septembre 1925 : 9 h. et 12 h. Réunion en sections. *Pour les dames* : 9 h. 15. Excursion en bateau à Zaandam ; 1 h.30. et 5 h. Réunion en sections. *Pour les dames* : 2 h. 45 Visite de la collection de tableaux « Six » ; 8 h. 30. Représentation au théâtre « Tuschinsky », (cinématographe et cabaret).

Vendredi, 11 septembre 1925 : Excursions. Groupe A (300 participants au plus). 9 h. 30 Départ par train spécial pour Rotterdam. Réception par la municipalité dans le nouvel hôtel de ville. Excursions à travers la ville. Déjeuner offert par la société anonyme « Rotterdamsche Droogdokmaatschappij » (Société de bassins de carénage). Croisière par les ports de Rotterdam, offerte par la

municipalité. Visite à l'aérodrome. Afternoon-tea ; 6 h. Départ par train électrique spécial pour Schéveninque. — Groupe B. 9 h. Excursion en bateau par les canaux et les lacs pour Leyde. Déjeuner à bord. Visite de Leyde (Musée, Hôtel de ville, l'Université, (la collection d'art égyptien) ; 6 h. Départ par train électrique pour Schéveninque.

Groupe C. — 9 h. Croisière par les ports d'Amsterdam et ensuite par les canaux pour Harlem, offerte par la société anonyme de navigation « Nederland ». Déjeuner. Visite à Harlem. (Musée de tableaux de Frans Hals, etc.) ; 6 h. Départ par train spécial pour Schéveningue ; 8 h. 30. Schéveningue. Soirée de gala offerte par la municipalité de la Haye.

Samedi, 12 septembre 1925 : 9 h. et 12 h. Séance plénière à Schéveningue ; 2 h. Excursions en automobile pour visiter la Haye et ses environs ; 4 h. Réception officielle par le gouvernement Néerlandais ; 7 h. Banquet de gala. Cabaret.

Office d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département de l'Oise, 40, rue St-Jean, Beauvais (Oise). — Un concours de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Office d'hygiène sociale est ouvert dans l'Oise, pour le secteur de Beauvais. Concours sur titre.

Les demandes sont reçues jusqu'au 6 août au siège social de l'Office 40, rue St-Jean à Beauvais, qui enverra tous renseignements.

Médecins Parisiens de Paris. — Le 24 juin dernier, les médecins Parisiens de Paris se réunirent pour la dernière fois avant les vacances. Etaient présents : les Docteurs Baillière, Prof. Balthazard, Barry, Bloch (André), Blondel, Blondin père et fils, Bongrand, Bourguignon, Cachera, Cousin, Dartigues, Devraigne, Didsbury, Doin, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Gillet, Gréder, Guébel, Lenormand, Le Roy des Barres, Le Savoureux, Lobligeois, Lotte, Papillon, Prost, Schaeffer, Schreiber, Sée, Tarrius, Viguerie, Vitry, Vimont et Wallon.

Ce dîner présenta une note toute particulière de simplicité amicale. Au dessert, le Dr Dartigues, qui inaugurait sa présidence, prononça quelques mots. Il adressa les félicitations des « Médecins Parisiens de Paris » au Dr Coutela promu officier de la Légion d'honneur et au nouveau professeur Ombredanne dont il rappela la belle leçon inaugurale. Enfin, ayant remercié son prédécesseur à la présidence, M. le Prof. Balthazard, de l'heureuse impulsion qu'il avait donnée à la Société, il se laissa entraîner par sa verve habituelle et évoqua quelques souvenirs imagés avec cette « blague » parisienne faite à la fois de rire et de sentiment. Ensuite, M. le Prof. Balthazard, gagné par l'ambiance, put, grâce à une chanson, retrouver cette gaîté dont le souvenir est encore resté dans les salles de garde. En résumé, dîner très cordial, au cours duquel ont pu se nouer ou se resserrer bien des liens d'amitié.

Pour tous renseignements concernant cette Société amicale, s'adresser au Secrétaire général, Dr Pierre Prost, 119, Boul. Malesherbes, Paris 8e.

Diplôme universitaire et diplôme d'État de visiteuse d'hygiène sociale de l'enfance. — Le 1er octobre 1925, s'ouvrira à l'école de Puériculture de la Faculté de médecine de Paris, rue Desnouettes 64, un cours d'enseignement pour sages femmes diplômées et infirmières ayant accompli une année d'études générales dans une école reconnue (Ecoles professionnelles d'infirmières et Ecoles des Sociétés de croix-rouge).

Enseignement élémentaire, préparatoire au certificat. 4 mois : Sessions commençant les 1er octobre, 1er février. — Enseignement supérieur, préparatoire au diplômo. 8 mois : Sessions commençant les 15 février, 15 juin. — Internat et externat.

Les demandes d'admission doivent être adressées à l'école de Puériculture (téléphone 75.78) avant le 15 septembre prochain).

La direction de l'Ecole signale le nombre croissant des postes offerts aux titulaires des diplômes, actuellement encore supérieur au chiffre des élèves diplômées.

Association française de chirurgie. — Le 34e Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 5 au 10 octobre 1925, sous la présidence de M. Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du Congrès.

1° Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum. Rapporteurs : MM. Gaudier (de Lille) et Anselme Schwartz (de Paris).

2° Traitement de la tuberculose du genou, à partir de l'adolescence (15 ans). Rapporteurs : MM. Fredet (de Paris) et Vignard (de Lyon).

3° De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. Rapporteurs : MM. Guyot (de Bordeaux) et Rouvillois (Armée).

MM. les membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août, le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris (6e).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au Secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut de ses anciens chefs de service.

Nécrologie. — Dr Auburtin. — Dr Lucien Schotte.

CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS

Des méningites à pneumocoques chez les enfants [1]

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

M. le Professeur NOBÉCOURT.

La semaine dernière, nous avons eu à soigner un bébé de 11 mois atteint d'une méningite purulente à pneumocoques. L'année dernière, en avril, nous avons traité un bébé de 18 mois atteint de la même affection. Ces deux observations méritent de retenir votre attention.

Le premier de ces enfants est né le 10 juin 1924, à terme. Il a eu la varicelle, la rougeole à 9 et à 10 mois. La maladie qui l'a amené à l'hôpital a débuté brusquement le 9 mai dernier.

Ce jour-là, il est très agité et a un vomissement ; sa température s'élève à 40°. La nuit suivante, il ne dort pas. Le lendemain 10, il a quatre vomissements, une température de 40°2, est toujours très agité, dyspnéique; on l'amène le soir à la salle Husson.

Nous l'examinons le lendemain 11. C'est un bébé de 11 mois, qui mesure 68 cm. pèse 8 kil. 150, un peu rachitique. Sa température est de 39°9 ; il est dyspnéique. Nous trouvons dans la région supérieure du poumon droit quelques signes discrets, une légère submatité et un léger souffle expiratoire, qui font penser à une pneumonie. Le foie et la rate sont un peu gros. Surtout on est frappé par la fontanelle qui est très distendue et fait saillie.

Ce signe engage à pratiquer une ponction lombaire. Elle retire 15 cmc. d'un liquide très hypertendu, louche, où on trouve de très nombreux polynucléaires altérés ; sur les lames, on voit des pneumocoques, qui cultivent facilement ; nous n'avons pas pu en préciser la variété ; M. Cotoni, qui s'est spécialisé dans l'étude du pneumocoque, nous dit qu'ils ne rentrent pas dans les trois variétés habituelles, I, II ou III.

Le 12 mai, la température reste élevée, à 40°3. On trouve les mêmes signes thoraciques. De plus, il y a de la raideur de la nuque, une hyperesthésie généralisée, mais pas de signe de Kernig. Malgré cela, l'enfant reste éveillé, l'œil assez vif. La fontanelle est toujours très bombée.

On fait une nouvelle ponction lombaire, qui donne 25 cmc. du même liquide que la veille. On ponctionne la fontanelle : quand on enfonce l'aiguille obliquement, en rasant la face interne du crâne, on retire de l'espace sous-arachnoïdien, un liquide trouble, semblable au liquide retiré par la ponction lombaire ; quand on pénètre dans le ventricule, on retire 4 cmc. d'un liquide plus clair.

Le même état persiste les jours suivants, 13 et 14. Enfin, le 15, septième jour de la maladie, la température monte à 41°5, le matin, et atteint 42°5 dans l'après-midi : l'enfant meurt dans la soirée.

Pendant l'évolution de la maladie, nous avons traité l'enfant par des bains chauds, par des ponctions ventriculaires et lombaires répétées, et, en outre, par des injections de sérum antipneumococcique : l'enfant a reçu en injections intralombaires 50 cmc. de sérum, les 12, 13 et 14 mai ; en injections intraventriculaires, 10 cmc., les 13 et 14 mai ; enfin en injections intramusculaires 60 cmc., les 12, 13, 14 mai ; au total 120 cmc.

L'autopsie est pratiquée.

La convexité du cerveau est recouverte par un exsudat purulent, jaune verdâtre. Les veines sont dilatées. Au niveau de la fontanelle, il existe un épanchement sanguin, grand comme une pièce de 5 francs, dû à la piqûre d'une veine au cours des ponctions ; le sang est au-dessus de l'exsudat méningé, avec lequel il n'est pas mélangé. L'hémorragie n'a certainement pas été cause de la mort.

A la base, le long des vaisseaux, des scissures et des sillons, on voit quelques traînées de pus jaune verdâtre, beaucoup moins abondant qu'à la convexité.

Au niveau des scissures interhémisphériques, l'exsudat descend d'un centimètre environ sur la face interne de l'hémisphère.

Les ventricules sont moyennement dilatés ; ils contiennent des traces de pus. Les plexus choroïdes sont intacts.

Sur le cervelet, on trouve quelques traînées purulentes.

La moelle est recouverte de pus sur toute sa surface.

Les poumons sont normaux, ne présentent pas trace de pneumonie. Le cœur est normal. Les reins ont, sur la coupe, l'aspect blanchâtre qui traduit l'existence d'une néphrite parenchymateuse.

L'enfant que nous avons soignée l'année dernière est une fille née le 17 septembre 1922. Son histoire n'offre rien d'intéressant jusqu'à la maladie qui l'amène à l'hôpital, le 7 avril 1924, à l'âge de 18 mois.

L'enfant est de taille à peu près normale, un peu maigre. Elle n'a pas de fièvre, le jour de son entrée. Le lendemain, la température s'élève en clocher à 40°, on constate une bronchite généralisée prédominant à la base gauche, où la respiration est soufflante. On remarque une légère parésie faciale gauche, attribuable à une otite ancienne.

Les jours suivants, la température s'abaisse et reste normale, avec des poussées fébriles, à 38°5-39°, les 13, 14, 15 ; à 39°, le 19 avril.

Le 20 avril, la température s'élève le matin à 38°5, le soir à 40°8. On constate une angine à points blancs et, à la partie moyenne du poumon droit, une légère submatité, une respiration soufflante, qui font penser à une broncho-pneumonie. Il existe, en outre, une légère raideur de la nuque. Une ponction lombaire retire un liquide trouble, contenant de nombreux polynucléaires et un grand nombre de pneumocoques. Il n'existe aucun doute sur le début d'une méningite à pneumocoques. L'oreille gauche ne présente rien de nouveau, mais on trouve une otite droite, et on pratique la paracentèse qui laisse sortir une gouttelette de pus.

Les 21 et 22 avril, la température se matintient à 39°8-40° les symptômes méningés sont les mêmes.

Le 23 au matin, quatrième jour de la méningite, la température s'élève à 41°4, et l'enfant meurt. On a fait, le 22 avril, une injection intrarachidienne de 20 cmc de sérum antipneumococcique et une injection intramusculaire de 10 cmc.

L'autopsie montre l'existence de quelques noyaux de broncho-pneumonie dans le lobe inférieur gauche. Sur la convexité de l'encéphale nous trouvons des traînées purulentes, une couche de séro-pus comblant les sillons. Au niveau de la moelle, il existe des traînées de pus à la région postérieure.

* * *

L'étude de la MÉNINGITE A PNEUMOCOQUES a suivi de très près la découverte du pneumocoque par Talamon, en 1883.

(1) Leçon du 23 mai 1925, recueillie par le Dr LAPORTE.

Dès 1887, M. Netter publiait un mémoire sur les *méningites à pneumocoques avec ou sans pneumonie*, et, peu de temps après, en 1891, Maurice Boulay, dans sa thèse sur les *affections à pneumocoques indépendantes de la pneumonie franche*, rapporte un certain nombre d'observations de méningites à pneumocoques, recueillies chez les adultes.

La connaissance de ces méningites a pris un grand essor du jour où est entrée dans la pratique la ponction lombaire pratiquée par Quincke, en 1890. Grâce à elle, on a pu les diagnostiquer, les différenicer des méningites dues à d'autres germes, et enfin établir que des syndromes cliniques analogues sont dus tantôt à des méningites purulentes tantôt à des réactions encéphalo-méningées, sans formation de pus, survenant au cours des pneumococcies, que le professeur Hutinel a qualifiées de méningites séreuses.

Aujourd'hui je n'étudierai que les *méningites purulentes.*

Les méningites purulentes à pneumocoques s'observent à tous les âges, chez l'adulte comme chez l'enfant ; on les rencontre dans la petite, la moyenne et la grande enfance, et même assez souvent chez des nouveau-nés.

Sans être très fréquentes, elles ne sont pas très rares. Comme ordre de fréquence, elles viennent après les méningites à méningocoques, mais bien avant les méningites dues à des germes divers. Leur fréquence relative par rapport aux méningites à méningocoques dépend de l'existence d'épidémies de ces dernières. C'est ainsi que Concetti, au XIIIe *Congrès international de médecine*, tenu à Paris en 1900, dans son rapport sur les *méningites aiguës non tuberculeuses chez les enfants*, écrit que, sur 29 méningites bactériennes, il en a trouvé 12 dues au pneumocoque et 12 au méningocoque. Moi-même, j'ai dit à la *Société médicale des hôpitaux* le 20 avril 1917, avoir observé avec M. Peyre, chez les soldats, 29 méningites à méningocoques ou paraméningocoques et 2 méningites à pneumocoques.

Il n'est pas étonnant que le pneumocoque cause assez souvent des méningites chez les enfants, car il joue un rôle important dans leur pathologie. Il est l'agent fréquent des rhino-pharyngites. Du pharynx, il envahit les oreilles et les sinus de la face ; il gagne les bronches et les poumons, réalise des trachéo-bronchites, des broncho-pneumonies et des pneumonies ; il passe dans la circulation sanguine et cause des septicémies.

Au cours de ces processus multiples, le pneumocoque peut envahir les méninges, soit par effraction ou par les gaines lymphatiques des nerfs craniens, soit par voie sanguine quand l'affection est éloignée de la tête. Quand la première localisation du pneumocoque est manifeste, la méningite est dite *secondaire*. Quand, la première localisation est occulte, la méningite peut être considérée comme *primitive*.

Les *symptômes* des méningites purulentes à pneumocoques sont ceux des méningites aiguës non tuberculeuses.

La description en est donnée tout au long dans les livres. Mais, en général, elle est un peu trop schématique. En réalité, quand on observe les malades, on se rend compte qu'il est difficile de donner une description univoque de la méningite purulente à pneumocoques ; on rencontre assez rarement le tableau clinique complet. Il est plus conforme aux faits de passer en revue des types cliniques, que contribuent à réaliser, soit l'âge des malades, soit surtout les conditions dans lesquelles se développe l'infection méningée.

Nous étudierons successivement les *méningites dites primitives* et celles consécutives à une pneumonie ou broncho-pneumonie, les *méningites métapneumoniques* ou *métabroncho-pneumoniques* ; ensuite les méningites survenant au cours même de ces deux affections, dites *parapneumoniques* ou *parabroncho-pneumoniques* ; puis les méningites survenant *au cours de lésions pneumococciques des cavités du crâne ou de la face*, la méningite otitique, dans l'espèce ; enfin des méningites qui surviennent *au cours des septicémies pneumococciques.*

***

Voyons tout d'abord les MÉNINGITES PRIMITIVES et les MÉNINGITES MÉTAPNEUMONIQUES OU MÉTABRONCHO-PNEUMONIQUES.

L'existence de *méningites primitives* a été admise depuis longtemps. M. Netter les mentionnait déjà en 1887.

Leur fréquence est bien difficile à apprécier, car on peut toujours se demander s'il n'existe pas quelque part un foyer qui a passé inaperçu Concetti, en 1900, sur 12 méningites à pneumocoques, en trouve 3 métapneumoniques et 9 primitives, c'est-à-dire 75 %. Churchill, en 1907, sur 170 méningites à pneumocoques, en trouve seulement 7 primitives soit 5 %.

Les *méningites métapneumoniques* et *métabroncho-pneumoniques* ne sont pas très fréquentes chez les enfants ; elles se rencontrent surtout dans la moyenne et la grande enfance. Elles débutent après une période d'apyrexie plus ou moins complète de 3 à 7 jours. La méningite débute alors comme si elle était véritablement primitive.

Le *début* de ces méningites primitives ou métapneumoniques est brusque ou rapide, comme celui d'une pneumonie. La température atteint d'emblée 39° ou 40°, le malade a quelques vomissements alimentaires, puis bilieux ; s'il est déjà grand, il se plaint de céphalée, de courbature, de frissons ; s'il est petit, il a souvent des convulsions.

Au bout d'un ou deux jours, apparaît la *période d'état*. La température se maintient à 39°, ou 40° en plateau ou avec quelques petites oscillations de 0°5 à 1°.

A ce moment, les vomissements cessent. Il y a de la constipation ou assez souvent de la diarrhée. Chez les grands enfants, la céphalalgie, la rachialgie persistent. Il peut y avoir de l'agitation et quelquefois une véritable excitation délirante. D'autres malades ont de la torpeur, ou bien ont des alternatives d'excitation et de dépression. Il existe de l'hyperesthésie cutanée, des modifications variables des pupilles, de la douleur à la pression des globes oculaires. Si la fontanelle n'est pas fermée, elle est distendue et fait une saillie qui constitue un symptôme important. On constate une raideur de la nuque, plus ou moins marquée, du signe de Kernig, les signes de Brudzinski, à savoir le réflexe contro-latéral et le signe de la nuque.

Chez les petits, il y a assez souvent des convulsions, tantôt partielles, tantôt généralisées.

La respiration est régulière et plus ou moins fréquente. Le pouls est fréquent, variable, inégal.

Il n'est pas rare de voir de l'herpès aux lèvres, aux narines, quelquefois dans la région anale, et des érythèmes.

La durée de cette période est variable suivant les cas.

Enfin, survient la *période terminale.*

Dans les cas les plus fréquents, le malade a des convulsions et tombe dans le coma, sa température s'élève à 41° ou 42°, son pouls devient très rapide et irrégulier ; il meurt en vingt-quatre ou trente-six heures.

Dans des cas plus rares, on assiste à une atténuation des symptômes et l'enfant peut guérir.

L'*évolution* est très différente d'un malade à l'autre. Elle permet de décrire plusieurs *formes cliniques.*

Il y a, une *forme foudroyante*, presque *apoplectique* : le malade tombe dans le coma, a ou non des convulsions; la température est très élevée; la mort survient en 12, 24 ou 36 heures.

Cette forme apoplectique peut se rencontrer chez les nouveau-nés. Voici, à titre d'exemple, une observation que Mademoiselle Condat a relatée dans un mémoire sur la *méningite aiguë chez le nouveau-né*, publié dans les *Archives de médecine des Enfants* de 1917.

Un enfant nait à terme d'une mère bien portante. A l'âge de 4 jours, il est pris de convulsions et sa température s'élève à 38°6. Le lendemain, la température est de 38°2. Les convulsions persistent. On note du strabisme, une fontanelle tendue, de la raideur de la nuque. La ponction lombaire retire un liquide louche, contenant de rares polynucléaires et de très nombreux pneumocoques. L'enfant meurt ce deuxième jour... Sur les hémisphères cérébraux, on trouve une couche de pus verdâtre Dans les poumons, il n'existe aucune lésion.

Il y a une *forme suraiguë*, dans laquelle la mort survient au bout de 3 ou 4 jours. Les accidents, écrit Concetti « éclatent et évoluent d'une façon tumultueuse ; leur forme est toujours très grave, leur marche très rapide ».

Il cite trois cas de méningite métapneumonique :les trois malades meurent en trois jours.

Voici une courbe de température qui est reproduite dans mon *Précis* (fig. 18 de la 4e édition). C'est celle d'une fille de 22 mois qui entre à l'hôpital, en janvier 1910, pour une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. La défervescence se produit. Puis, pendant sept jours, il y a apyrexie, mais incomplète. Enfin, surviennent des convulsions, la température s'élève brusquement à 39°5 ; c'est le début d'une méningite suppurée à pneumocoques. La fièvre reste élevée : le quatrième jour, la température monte à 40°6 et l'enfant meurt.

Il y a une *forme aiguë* ; c'est la forme type.

Le premier de nos malades, en est un exemple. Le début est brusque, marqué par une température de 40°, des vomissements, de l'agitation. La température reste en plateau pendant six jours ; il y a de la raideur de la nuque et des membres. Le septième jour, la température s'élève à 41°5, puis 42°, l'enfant tombe dans le coma et meurt.

Cette forme aiguë peut être un peu plus longue. Il y a des cas où la maladie dure 10, 12 et même 15 jours. Assez souvent, on note sur les courbes de température une légère rémission, le cinquième ou le sixième jour.

Il y a des *formes prolongées*. Concetti les signale dans son mémoire de 1900. Il en cite deux cas.

Une fille de 7 mois a une méningite aiguë qui débute d'une façon tumultueuse, ; puis les symptômes s'atténuent. Le treizième jour, une ponction lombaire retire un liquide trouble, contenant des pneumocoques. L'enfant guérit.

Une fille de 15 mois, par contre, a également une maladie longue, mais elle se termine par la mort, au bout de trois semaines.

On trouve dans la littérature quelques observations de formes prolongées qui se sont terminées par la guérison.

M. Auché, de Bordeaux, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* de 1904, rapporte le fait suivant.

Un garçon de 5 ans tousse pendant quelques jours ; puis sa température s'élève à 39° et on lui trouve un « léger point de broncho-pneumonie ». L'amélioration est rapide. La température s'abaisse. Quatre jours après le début, apparaissent des symptômes méningitiques : céphalalgie intense, vomissements répétés, constipation, photophobie, mydriase, raideur de la nuque et du tronc, signe de Kernig, rétraction du ventre, raie méningitique, pouls rapide, parfois un peu inégal. Il n'y a pas de délire, d'agitation, de convulsions, de paralysies. La température est très irrégulière ; elle oscille de 2° ou 3° dans la même journée ; certains jours restent apyrétiques. Au bout d'un mois, la température tombe à 37°, les symptômes méningitiques disparaissent . Au bout de 5 mois, après une longue convalescence, l'enfant sort complètement guéri.

Au cours de la maladie, on a pratiqué trois ponctions lombaires. La première a retiré un liquide louche, la seconde un liquide un peu plus louche, la troisième un liquide moins louche. Ces liquides donnent un coagulum fibrineux, contiennent des polynucléaires et des pneumocoques. L'auteur signale la virulence faible de ce pneumocoque, qui ne tue pas le lapin.

En dehors de ces trois ponctions lombaires, on s'est borné à traiter l'enfant par des bains chauds.

Dans *Archivos latinos Americanos de Pediatria*, de 1914, M. José Banaba publie l'observation d'une fille de trois ans. Elle est prise de fièvre, de constipation, d'abattement. Le quatrième jour, surviennent des signes de méningite. Une ponction lombaire retire un liquide trouble contenant 89 % de polynucléaires et des pneumocoques. Pendant une huitaine, de jours les mêmes symptômes persistent. Puis l'amélioration commence et s'accuse, le liquide céphalo-rachidien s'éclaircit, les diplocoques deviennent de plus en plus rares. Au bout d'un mois et demi environ, l'enfant sort guérie de l'hôpital.

Il y a enfin des *formes légères*.

Concetti rapporte « deux cas très bénins et à issue favorable, mais toujours rapide ». Il s'agit d'une fille et d'un garçon, âgés tous deux de 20 mois.

En 1914, M. Lorenzini publie l'observation d'un enfant qui, à l'âge de 56 jours, présente, comme seuls signes de méningite, de l'agitation et de l'hyperesthésie.

Une ponction lombaire retire un liquide trouble, contenant des pneumocoques. La guérison survient en dix jours.

Ces exemples vous montrent qu'à côté de la grande méningite suppurée à pneumocoques, soit primitive, soit secondaire à une pneumonie ou à une bronchopneumonie, qui se traduit par de grands symptômes et est très grave, il y a toute une série de types dégradés à symptomatologie atténuée et curables.

Considérons maintenant les MÉNINGITES PARAPNEUMONIQUES OU PARABRONCHO-PNEUMONIQUES, celles qui évoluent en même temps qu'une pneumonie ou une broncho-pneumonie.

La méningite purulente est rare dans la *pneumonie*. La lecture des éditions successives du *Traité clinique des maladies des Enfants* de Rilliet et Barthez en donne la preuve. Dans la première édition de 1843, ils écrivent en avoir vu deux cas, au cours d'une pneumonie primitive et d'une pleuropneumonie secondaire à une néphrite. On retrouve à peu près les mêmes phrases dans la deuxième édition de 1853 et dans la troisième, donnée par Barthez et Sanné, en 1884, où on lit : « Deux fois, nous avons vu une *méningite* franche survenir dans les premiers jours de la maladie. L'inflammation de la méninge était franche. Elle entraina rapidement la mort. »

D'autre part, les traités, même les plus récents, ne consacrent que quelques mots à la méningite purulente parapneumonique.

Dans les *broncho-pneumonies*, les méningites purulentes à pneumocoques sont un peu plus fréquentes, ce qu'explique le jeune âge des malades et la sévérité de l'infection.

Voici la statistique que Roger Voisin donne dans sa thèse, de 1904, sur *les méninges au cours des infections de l'appareil respiratoire* (*broncho-pneumonie et pneumonie*). Il a pratiqué dans le service du professeur Hutinel, aux Enfants-Assistés, — et souvent nous avons poursuivi ces recherches en collaboration —, des ponctions lombaires dans 83 pneumonies ou broncho-pneumonies ; 38 malades présentaient des phénomènes méningés. Or, 4 fois seulement, au cours de broncho-pneumonies, la ponction lombaire a retiré un liquide trouble ou purulent, et, à l'autopsie, on a trouvé une méningite purulente. Sur ces 4 cas, deux fois il y avait des pneumocoques, deux fois des streptocoques.

Les méningites purulentes à pneumocoques au cours des broncho-pneumonies ne sont donc pas très communes.

Qu'il s'agisse d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, la méningite peut apparaître au début, éventualité assez exceptionnell,e, au cours ou à une période avancée, éventualité plus habituelle.

Quand la méningite apparait au début, il existe des symptômes de méningite et de pneumonie associés.

Quand la méningite se déclare au cours de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie, quelques symptômes de la méningite en marquent le début.

Enfin, quand la méningite se produit à la période terminale d'une pneumonie ou broncho-pneumonie pseudo-lobaire, les symptômes généraux ne s'amendent pas, la fièvre persiste ou il se produit seulement une ébauche de défervescence et on voit apparaître des symptômes méningés.

Il s'agit généralement de petits enfants. Quelques exemples valent mieux qu'une description schématique.

Un enfant de 4 mois, dont j'ai publié l'histoire résumée avec Paraf dans notre *Étude clinique et thérapeutique sur les pneumococcies des nourrissons*, parue dans la *Presse médicale* du 28 août 1919, et dont l'observation plus détaillée se trouve dans la thèse de mon élève Renard, soutenue en 1920, a une broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Du quatrième au sixième jour, les symptômes pulmonaires s'améliorent, mais la fièvre persiste, à 40°. Enfin, le septième jour, apparaissent des symptômes méningés. Le regard est anxieux, la nuque raide ; il y a de l'hyperesthésie ; l'enfant crie dès qu'on le touche ; la fontanelle est tendue. Le malade meurt très rapidement.

Un enfant de 23 mois, soigné par Roger Voisin, a une broncho-pneumonie double. Le quatrième jour d'hospitalisation, il est pris de tremblement des membres supérieurs, de raideur de la nuque et des membres inférieurs ; il meurt quatre jours après. Le premier jour de la méningite, le liquide est clair, contient quelques lymphocytes et des pneumocoques ; le deuxième jour, le liquide est trouble, riche en polynucléaires et en pneumocoques. A l'autopsie, les hémisphères cérébraux sont recouverts d'un œdème séro-purulent.

Un enfant de deux ans et demi, soigné également par Roger Voisin, est pris, au septième jour d'une broncho-pneumonie, de convulsions. Le liquide céphalo-rachidien est trouble, riche en polynucléaires et en pneumocoques. L'enfant meurt le même jour. On trouve une broncho-pneumonie et une pleurésie purulente doubles, une péricardite purulente à pneumocoques et sur le cerveau un œdème séro-purulent.

Somme toute, les méningites qui surviennent au cours des broncho-pneumonies, se traduisent rarement par le tableau complet de la méningite aiguë. Généralement, surviennent des convulsions, partielles ou généralisées. L'enfant tombe dans la torpeur et dans le coma.

Chez les grands enfants, il y a quelquefois du délire. On constate ou non un peu de raideur de la nuque et des membres, un léger Kernig, la tension de la fontanelle. L'enfant meurt rapidement, en deux, quatre ou cinq jours. Quelquefois même l'évolution est très rapide ; l'enfant est pris de convulsions, de coma, et meurt en quelques heures.

J'arrive à la troisième catégorie de faits, aux MÉNINGITES COMPLIQUANT UNE OTITE OU D'AUTRES LÉSIONS DE VOISINAGE.

Autrefois, on pensait volontiers que les méningites purulentes à pneumocoques étaient presque toujours la conséquence d'une *otite*. En effet, l'otite à pneumocoques est fréquente chez l'enfant. Mais, en réalité, la méningite otitique est assez rare, car le plus souvent l'infection reste cantonnée à l'oreille moyenne, le pneumocoque ne gagne pas l'oreille interne et il n'y a pas de mastoïdite ; or, ces localisations réalisent l'intermédiaire nécessaire entre l'otite moyenne et la méningite qui peut la compliquer.

La méningite otitique à pneumocoques peut revêtir les différentes formes que je viens de décrire ; mais elle revêt plus volontiers la *forme foudroyante* ou *apoplectique*.

Voici, par exemple, l'observation d'un soldat que j'ai publiée avec Peyre dans le mémoire cité tout à l'heure.

Le 6 décembre 1915, à midi, il tombe dans le coma et a trois vomissements. On l'amène à mon ambulance, à 20 heures. Je le trouve dans le coma, en opisthotonos, couché en chien de fusil, avec une respiration irrégulière. Il a de la raideur de la nuque, un signe de Kernig très accentué, un léger strabisme divergent, une hémiparésie faciale droite. Je constate une otite droite qui, paraît-il, date de trois jours et quelques signes de mastoïdite. Une ponction lombaire retire un liquide purulent, contenant en grand nombre des polynucléaires et des pneumocoques. Le docteur Poyet confirme l'existence d'une mastoïdite et pratique aussitôt la trépanation de la mastoïde. Les cellules mastoïdiennes renferment un peu de pus, où on trouve des pneumocoques . Le malade meurt le lendemain à 9 heures.

Il y a des cas complexes, comme celui d'une malade d'Ortmann, dont l'observation est citée par Boulay dans sa thèse. Il s'agit d'une fille de 13 ans. Elle est prise de frissons, de fièvre, d'un fort coryza, de conjonctivite. Au bout de trois jours, apparaissent de l'œdème des paupières et du visage, une respiration stertoreuse, des convulsions de l'avant-bras et du visage, de la somnolence, d'un léger opisthotonos, du trismus. Finalement elle tombe dans le coma et meurt le cinquième jour. A l'autopsie, on trouve une périostite et une ostéite du sphénoïde, une méningite à pneumocoques et une thrombo-phlébite des sinus.

Cette observation montre que les accidents cérébraux apparaissant au cours de ces otites ne sont pas toujours la conséquence d'une méningite. Ils peuvent être, et sont peut-être plus souvent la conséquence d'une thrombophlébite des sinus, associée ou non à une méningite et alors le tableau clinique est complexe.

Il me reste à envisager les méningites suppurées à pneumocoques qui surviennent au cours des SEPTICÉMIES PNEUMOCOCCIQUES.

Dans ces cas, la méningite survient au cours d'un état infectieux et accompagne des localisations diverses du pneumocoque.

On a décrit une *forme méningitique de l'endocardite maligne aiguë*, qui peut être due à divers germes et notamment

aux pneumocoques. « En réalité, comme je l'ai dit dans une leçon sur l'endocardite maligne, reproduite dans mes cliniques sur les *affections de l'appareil circulatoire*, il s'agit plutôt d'un processus infectieux, qui s'est localisé à la fois sur les méninges et sur l'endocarde ».

Il y a des cas où la septicémie pneumococcique cause du *purpura*, une *arthrite suppurée*, une *méningite suppurée*. C'est surtout chez les petits enfants qu'on observe ces faits. En voici quelques exemples.

Dean, en 1912, voit une fille de trois ans prise de vomissements. Deux jours après apparaissent du purpura et des signes de méningite. Le liquide céphalo-rachidien est purulent et contient des pneumocoques. L'enfant meurt en trois jours. On trouve, à l'autopsie, une méningite suppurée à pneumocoques, des granulations sur l'endocarde mitral et, sur les parois du ventricule droit, des caillots adhérents recouvrant une petite ulcération superficielle.

Rolland et Buc, à la *Société de Pédiatrie*, le 12 mai 1914, publient l'observation d'un garçon de 15 mois qui a une otite suppurée droite, sans mastoïdite, et de la fièvre. Le troisième jour, ils constatent une légère raideur de la nuque, sans aucun autre symptôme méningé, un petit foyer de râles sous-crépitants dans un poumon, une température de 40°5. La température reste élevée et un purpura pétéchial apparaît ; l'enfant est abattu, a de la raideur de la nuque et des membres, du signe de Kernig. La ponction lombaire retire un liquide purulent contenant des polynucléaires et des pneumocoques. On trouve également ce germe dans le pus de l'otite. L'enfant meurt au dixième jour.

A l'autopsie, les plèvres et les poumons sont intacts. Il y a une péricardite purulente et hémorragique à pneumocoques, une rate grosse, contenant du pneumocoque, enfin une méningite purulente discrète avec une hémorragie encéphalo-méningée.

Avec René Mathieu, j'ai relaté dans un mémoire sur le *purpura dans les pneumococcies des nourrissons*, paru dans les *Archives de médecine des Enfants* de 1920, l'histoire d'un bébé, qui, à l'âge de quinze jours, présente une éruption érythémato-purpurique, prédominant aux membres inférieurs, avec un peu d'œdème. Il n'a pas de fièvre ; l'état général est satisfaisant. Le septième jour, alors que l'apyrexie persiste, l'enfant pousse des cris plaintifs et a des convulsions. Il n'a ni raideur de la nuque, ni tension de la fontanelle. Il meurt dans la nuit. A l'autopsie, nous trouvons une méningite purulente généralisée à la convexité des hémisphères, qui sont recouverts par un pus jaune, très épais ; un abcès d'une côte à l'union avec le cartilage, un abcès de la fosse iliaque gauche, une endocardite végétante de la tricuspide. Le pus des abcès et des méninges renferme du pneumocoque.

Zerbino, en 1920, observe dans le service du professeur Morquio, un garçon de 10 mois. Pendant dix jours il tousse et a un peu de fièvre. Puis apparaît une arthrite tibio-tarsienne droite, de l'amaigrissement, de la diarrhée verte. La ponction de l'articulation retire du pus à pneumocoques. Deux jours après, la température s'élève à 39°, l'enfant a des convulsions. Le liquide céphalo-rachidien, louche, contient des polynucléaires et des pneumocoques. Cinq jours après, l'enfant présente des convulsions, de la raideur de la nuque et des membres. Il tombe dans le coma et meurt. On a fait deux injections de 10 et 13 cmc. de sérum antipneumococcique.

L'exposé clinique que je viens de faire montre bien la difficulté de donner une description d'ensemble de la méningite purulente à pneumocoques.

On pourrait multiplier les formes. Je pourrais vous citer, notamment, une *forme tétanique*, décrite par MM. Guinon et Vieilliard à la *Société de Pédiatrie*, en mars 1908. Un nouveau-né a, à trois jours, une conjonctivite purulente, à six jours, des convulsions suivies de contractures généralisées. Celles-ci s'accentuent ; l'enfant présente une rigidité complète, totale, semblable à celle de la tétanie. Il meurt à trente-trois jours. On trouve à l'autopsie une méningite purulente à pneumocoques.

La PONCTION LOMBAIRE, dans les cas typiques, retire un *liquide trouble* ou franchement *purulent*, quelquefois épais et visqueux. On y trouve des polynucléaires altérés et des pneumocoques généralement assez nombreux ; on les voit facilement sur lames et il est facile de cultiver.

Il y a des cas où le liquide est *clair*, contient de rares leucocytes, lymphocytes et polynucléaires, et un grand nombre de pneumocoques. Il existe une véritable dissociation cyto-bactériologique. Alors tantôt le malade meurt rapidement, avant qu'on ait eu le temps de renouveler la ponction lombaire ; tantôt la maladie évolue plus lentement et une deuxième ponction retire du liquide purulent.

Il y a des cas où le *liquide clair* contient quelques pneumocoques, des polynucléaires et des lymphocytes en nombre médiocre. A l'autopsie, on peut trouver une méningite purulente. Si le malade guérit, on hésite pour conclure s'il s'est agi d'une méningite suppurée ou d'une simple méningite dite séreuse.

Chez les petits enfants, on pratique encore la *ponction de la fontanelle*. Les résultats sont variables suivant qu'on enfonce l'aiguille au ras du crâne, c'est-à-dire dans les espaces sous-arachnoïdiens, ou qu'on va jusque dans le ventricule. Notre premier malade est un exemple de cette dissociation dans l'aspect du liquide. M. Blechmann a rapporté un fait analogue, obs rvé chez une fille de six mois, à la *Société de pédiatrie*, le 21 décembre 1920.

A L'AUTOPSIE, on trouve, sur la convexité des hémisphères, de l'œdème séro-purulent avec des traînées purulentes dans les sillons et les scissures ou une couche épaisse de pus verdâtre très fibrineux.

Comme l'ont constaté MM. Ménétrier et Aubertin, puis M. Roger Voisin, le pus occupe la zone sous-pie-mérienne, en contact direct avec l'encéphale. Dans la méningite à méningocoques, au contraire, le pus est séparé du cerveau par de l'œdème sous-pie-mérien.

Les *ventricules* contiennent un liquide plus ou moins trouble. Les lésions y sont relativement minimes ; les plexus choroïdes paraissent peu touchés, à l'opposé de ce qui se voit dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques ; dans celle-ci, ces plexus sont notablement altérés, si bien que M. Lewkowicz peut dire qu'il n'y a pas véritablement méningite, mais avant tout choroïdo-ventriculite.

Au niveau de la moelle, on trouve du pus surtout à la partie postérieure ; il est à la surface de la pie-mère, qui est épaissie et infiltrée seulement dans la région postérieure.

* * *

La méningite purulente à pneumocoques peut rester *occulte* et constituer une découverte d'autopsie.

Quand il existe des signes de méningite, il faut rechercher s'il s'agit d'une méningite tuberculeuse ou d'une méningite aiguë non tuberculeuse ; ce diagnostic est en général facile.

Beaucoup plus difficile, par contre, est, dans la seconde éventualité, de savoir le germe en cause : méningocoque, pneumocoque, streptocoque, etc. Aucun caractère clinique

ne différencie les méningites que causent ces germes. On pense au pneumocoque si le malade a ou vient d'avoir une pneumonie ou une bronchopneumonie pseudo-lobaire, s'il prépsente de l'herès, du purpura, une arthrite suppurée. Mais l'herpès, le purpura, le srthrites s'observent également dans les méningites à méningocoques.

Il ne faut pas se hâter d'affirmer que les symptômes méningitiques observés dans une pneumonie ou une broncho-pneumonie sont le fait d'une méningite purulente.

Le même tableau clinique peut être réalisé qu'il y ait ou non de pus dans les méninges à l'autopsie. Je ne reviens pas sur ce point que j'ai traité longuement dans une leçon sur *les réactions encèphalo-méningées dans la pneumonie et les broncho-pneumonies des enfants*, publié dans mon livre de cliniques sur les affections de l'appareil respiratoire.

Il y a parfois des difficultés particulières. J'ai suivi un enfant dont le professeur Hutinel a cité l'observation dans une leçon sur les *réactions méningées e t les méningites* dans l'urémie parue dans le *Bulletin médical* du 26 janvier 1914. Cet enfant a une néphrite aiguë probablement scarlatineuse avec dyspnée, anasarque, grosse albuminurie ; le cinquième jour, sa température s'élève à 39° et 40° ; il est pris de vomissements, de céphalée, de somnolence, puis de fortes crises convulsives et tombe dans le coma. Le lendemain, on trouve de la raideur de la nuque et des membres inférieurs. La ponction lombaire décèle une méningite purulente à pneumocoques que confirme l'autopsie.

La *ponction lombaire* permet seule d'affirmer une méningite purulente à pneumocoques, en tenant compte des réserves à faire quand le liquide céphalo-rachidien est clair.

Cependant le fait de trouver du pneumocoque dans un liquide céphalo-rachidien ne permet pas toujours d'affirmer qu'il est le seul agent responsable. Il peut, en effet, envahir le liquide céphalo-rachidien au cours de méningites tuberculeuses, de méningites à méningocoques ou de méningites causées par d'autres germes.

Le PRONOSTIC des méningites à pneumocoques est très grave. Le plus souvent elles se terminent par la *mort*. Cependant on trouve de loin en loin dans la littérature cités des cas de *guérison*. Il s'agit, en général de méningites primitives ou métapneumoniques à forme prolongée : les faits de Concetti, d'Auché, de Bonaba, que j'ai cités tout à l'heure, rentrent dans ce groupe. Parfois ce sont des formes légères, comme pour les malades de Concetti et de Lorenzini.

Il est plus exceptionnel de voir guérir une forme grave. MM. Netter et Césari ont rapporté le 25 mai 1923, à la *Société médicale des hôpitaux*, le cas d'un garçon de 8 ans, atteint d'une forme grave, qui guérit.

Chez certains malades, le liquide céphalo-rachidien est clair et contient cependant des pneumocoques. Tel est le cas de l'enfant de 2 ans cité par Porter Parkinson, en 1904.

Je n'ai pas la prétention de citer tous les cas de méningite à pneumocoques guéries. Il en existe d'ailleurs un certain nombre observés chez des adultes.

Le TRAITEMENT des méningites à pneumocoques comme celui des autres méningites aiguës consiste dans les bains chauds et les ponctions lombaires répétées. Certains médecins conseillent de donner par la voie buccale de la formine. Dans quelques cas, on a pratiqué des injections intra-rachidiennes de sérum antiméningococcique sans obtenir d'effets favorables.

Il est légitime de faire des injections de *sérum antipneumococcique* dans le liquide céphalo-rachidien et dans les muscles. En général, conclut Paraf dans les *Annales de médecine* d'août 1921, elles « sont restées complètement inefficaces ». Les cas de guérison attribuables au sérum sont exceptionnels.

M. Netter a traité l'enfant de 8 ans, dont j'ai parlé tout à l'heure, par des injections de sérum antipneumococcique et un *abcès de fixation*. Il attribue à ce derinier une action favorable, car il a pu mettre en èvidence la présence d'antigène dans le pus de l'abcès.

Pour juger des différentes méthodes de traitement, il convient de se rappeler les guérisons spontanées ou survenues sous l'influence des bains et de quelques ponctions lombaires, snas aucune thérapeutique spéciale.

Nos deux malades sont morts. Le second n'avait reçu qu'une fois du sérum antipneumococcique, l'avant-veille de sa mort. Le premier avait été traité correctement par la sérothérapie antipneumococcique. Son exemple ne plaide pas en faveur de l'activité de cette dernière. Rappelez-vous toutefois que nos enfants avaient 11 et 18 mois, qu'avant deux ans les méningites sont particulièrement graves et que la méningite à méningocoques elle-même, à cette période de la vie, donne encore, malgré le sérum, une mortalité élevée.

ACTUALITÉS

La leucopédèse gastrique (1)

Dans un travail très documenté ouvrant d'intéressants aperçus sur la physiologie de l'estomac et de l'intestin, Marchal expose les résultats de ses recherches sur la leucopédèse gastrique, entreprises depuis 1922 dans le service de son maître Loeper. Il montre l'importance et la constance de ce phénomène véritablement physiologique, qu'il a étudié par la recherche systématique des globules blancs et leur mesure objective dans les différents liquides de digestif gastrique extrait par tubage. A la vérité, nombre d'auteurs avaient déjà insisté sur l'évolution des leucocytes dans le tractus digestif, l'étudiant par la seule méthode histologique et surtout dans l'intestin. Leurs conclusions restaient incertaines et contradictoires ; et en ce qui concerne l'estomac, la chute des leucocytes dans la cavité gastrique leur apparaissait comme un phénomène fortuit, dont les rapports avec les périodes digestives n'étaient pas précisés, dont l'origine aux dépens de la masse sanguine ou des formations lymphoïdes de la muqueuse était discutée.

Le rôle physiologique (mécanique, fermentaire ou antitoxique) de cet exode leucocytaire n'avait guère retenu l'attention.

Après ce rappel historique, M. relate ses recherches personnelles. Il utilise la méthode du tubage gastrique au moyen de la sonde d'Einhorn légèrement modifiée ; après injection par le tube d'un repas d'épreuve liquide, il prélève, à intervalles déterminés, des échantillons du contenu gastrique sur chacun desquels il pratique :

1° Une numération, à la cellule de Nageotte, des leucocytes, qui se différencient facilement des cellules pavimenteuses du pharynx et de l'œsophage.

2° Une coloration sur lame, à l'hématéine-éosine, du culot de centrifugation, qui permet d'établir un pourcentage (poly et mononucléaire) et de reconnaître une faible proportion d'éosinophiles.

3° Un dosage des acides du suc gastrique au moyen du tube de Binet-Verpy.

4° Une étude de la vitalité des leucocytes gastriques soit par l'ultra-microscope, soit par la méthode de coloration au rouge neutre.

(1) G. MARCHAL. — Thèse Paris, 1925.

5° Enfin, une étude du pouvoir protéolytique (tube de Mett) amylolytique et saponifiant (monobutyrine) des leucocytes préablement lavés, après adjonction ou non d'HCl. ou de pepsine.

Ses conclusions sont les suivantes :

Causes de la leucopédèse. — Toute substance alimentaire protéique, grasse ou hydrocarbonée, provoque un processus important de leucopédèse. La proportion des polynucléaires est la plus élevée avec les substances albuminoïdes, la plus faible avec les graisses. Les cristalloïdes agissent dans le même sens, leur effet est maximum quand le liquide gastrique devient isotonique. L'alimentation est la cause majeure de la leucopédèse, mais non la seule ; les sécrétions glandulaires de l'estomac et du duodénum, la simple sensation de faim (repas fictif) interviennent aussi. Egalement l'ingestion de substances irritantes (vinaigre, amers, antipyrine, HCl à un taux de dilution supérieur au taux physiologique) mais d'une façon peu intense et fugace.

Leucopédèse et sécrétion glandulaire de l'estomac sont deux fonctions solidaires, mais elles n'évoluent pas parallèlement (la leucopédèse précède la sécrétion chimique) et elles sont souvent dissociées. Dans les liquides résiduels ramenés par tubage à jeun, on trouve presque toujours des leucocytes. S'ils sont en grand nombre, ils permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un liquide de provenance gastrique et non de salive ou de liquide duodénal reflué.

Le système neuro-végétatif n'est pas sans influer sur la leucopédèse. La section des deux pneumogastriques chez le chien, l'administration d'atropine chez l'homme, créent une véritable hyperleucopédèse, en même temps qu'elles abaissent la chlorhydrie ; ces effets sont plus intenses, plus constants, plus précoces, quand le médicament est donné par voie digestive.

La pilocarpine, l'ésérine, réalisent une dissociation de sens contraire. L'adrénaline enfin, en injections, augmente la leucopédèse en même temps que la chlorhydrie. De ces faits résulte donc que le pneumogastrique inhibe le sympathique, excite la leucopédèse.

Fonctions des leucocytes dans l'estomac. — Les leucocytes tombés dans la cavité gastrique ne peuvent exercer que d'une façon passagère et imparfaite leur rôle de phagocytose. Leur protoplasme est en effet rapidement altéré par le suc gastrique. Mais leurs ferments ainsi libérés jouent un rôle digestif important surtout vis-à-vis des albuminoïdes. Cette activité protéolytique est considérablement augmentée par le complexe chlorhydro-peptique. Les acides lactique et acétique interviennent dans le même sens quoiqu'à un degré moindre (ainsi s'explique la suppléance digestive que peuvent apporter les leucocytes à un estomac cancéreux). Ce ferment protéolytique dont l'action de désintégration ne dépasse pas le stade peptone est analogue à la propepsine glandulaire.

Les ferments amylolytiques des leucocytes peuvent commencer dans l'estomac la digestion des hydrates de carbone. Leur action est entravée par HCl, mais favorisée par le reflux des sécrétions biliaire et pancréatique dans l'estomac, reflux fréquent comme Boldyreff l'a montré un des premiers.

La graisse peut être absorbée par les leucocytes encore vivants. Elle est plutôt attaquée par une lipase provenant des lymphocytes désintégrés, dont l'action est intensifiée par le reflux dans l'estomac des secrétions pancréatiques.

C'est encore la leucopédèse qui fournit au suc gastrique *le pouvoir antitoxique* qu'on lui accordait. Mais l'HCl, est nécessaire pour libérer les ferments leucocytaires, qui opposent ainsi une première barrière à l'agression de nombreuses substances ingérées. Cette action est surtout nette dans les intoxications alimentaires d'origine protéique.

La leucopédèse a-t-elle une *valeur diagnostique* ? Cette question nécessite d'autres recherches. Toutefois les ulcères, les intoxications alimentaires, abaissent l'afflux leucocytaire dans des proportions notables et ceci d'une façon assez constante pour qu'on puisse donner à ce fait une valeur diagnostique non négligeable.

Au point de vue thérapeutique, l'hyperleucopédèse produite par la peptone, le sucre, l'atropine, explique le mode d'action de ces médicaments dans les intoxications alimentaires, et dans l'ulcère. Dans ce dernier cas, l'atropine, outre ses propriétés anti-spasmodiques, hypo-sécrétoire et sédative, aiderait à la cicatrisation de l'ulcus.

Pour terminer, M. discute les rapports de la leucopédèse et de la leucocytose digestive : aucune relation constante n'existe entre les deux phénomènes Il compare enfin la leucopédèse dans l'estomac et dans l'intestin. Etudiant expérimentalement cette dernière, il remarque qu'elle est toujours beaucoup moins intense que la leucopédèse gastrique, la plupart des leucocytes ne franchissent pas la muqueuse qu'ils infiltrent seulement.

« Ce contraste ne peut surprendre, car des lois fort différentes régissent les fonctions de l'estomac et de l'intestin. La structure de l'estomac est adaptée *à la sécrétion* et l'activité de la muqueuse tournée presque exclusivement dans le sens de la cavité gastrique. La structure de l'intestin est adaptée à *l'absorption et à la sécrétion*, et l'activité de la muqueuse prédomine dans le sens de *l'absorption* ».

A. Lemaire.

CHRONIQUE

Les Instituts Pasteur d'Indochine

« Je vous ai adressé le premier numéro de nos *Archives des Instituts Pasteur d'Indochine*, m'écrit un confrère de Saïgon ; vous n'y trouverez rien de sensationnel ; seulement des mises au point sincères et de la pathologie vécue. »

Rien de sensationnel ? J'avoue que, même si ce recueil de plus de 100 pages et ces illustrations à rendre jaloux le professeur Masson, n'avaient aucun intérêt, il serait encore sensationnel que les auteurs aient fourni une grosse somme de travail *là-bas*, là où toutes les conditions de travail sont pénibles. Rien que pour avoir surmonté les difficultés, on pourrait déjà citer nos confrères à l'ordre du jour médical. Mais quoi qu'en pense la modestie de mon correspondant, on peut aussi les citer pour tout ce qu'ils ont fait de réellement sensationnel.

***

Les établissements des Instituts Pasteur de Paris en Indochine sont dirigés par Yersin, — qu'il n'est pas besoin de présenter, — et par Noël Bernard, — digne héritier d'un nom illustre dans la Biologie générale Toute une pléiade de travailleurs y poursuit des recherches : à Saïgon, MM. F. H. Guérin (tuberculose, hygiène sociale) ; Jean Bablet (service des vaccins, anatomie pathologique) ; René Pons, Marcel Advier (microbiologie) ; Jean Guillerm et Emile Leleux (chimie biologique et fraudes alimentaires) ; A. Lambert (étude et essais des caoutschouc) ; J. Petavin (microbiologie animale) ; — et à Nhatrang, MM. Schein (peste bovine), H. Jacotot, (sérum antipestique) et A. Gallois (section agricole). Des médecins, pharmaciens et vétérinaires indochinois leur apportent un concours précieux et estimé : MM. Pham-van-Lai, Le-Hung-Long, Dao-van-Dé dit Ngao ; Dang-van-Tiêng ; Nguyên-dinh-Lam ; Bui-quang-Phuong.

Voyons maintenant l'œuvre de « l'équipe ».

Le fasicule que j'ai reçu contient d'abord divers travaux originaux sur les dysenteries en Cochinchine, (P. Noël Bernard, J. Bablet et R. Pons) avec une bibliographie

très étendue : les lésions histologiques dans un cas d'hépatite amibienne, (J. Bablet) avec de nombreuses illustrations ; la vaccinothérapie dans les affections gangréneuses à association fuso-spirillaire (R. Pons, Lalung-Bonnaire et Pham-van-Luu); la séro-infection ; la vaccination préventive contre la peste bovine (H. Schein et H. Jacotot) ; l'action anticryptogamique du fluosilicate de soude et de l'acide hydrofluosilicique dans la coagulation du caoutchouc (A. Lambert).

Le volume se continue par une analyse des travaux publiés par les Instituts Pasteur d'Indochine en 1923, et 1924 et débute par le « morceau de choix » c'est à savoir un résumé des quatorze notes publiées par Noël Bernard, seul ou avec Guillerm et Bablet sur le béribéri.

Les nombreuses recherches de ces dernières années ont conduit à conclure, en se fondant sur l'observation du béribéri expérimental, que le béribéri humain est une maladie par carence, une avitaminose due à l'absence du facteur B dans l'alimentation. La théorie toxi-infectieuse a été à peu près abandonnée.

On réalise le béribéri, par suppression du facteur B dans l'alimentation, le plus souvent sur de petits animaux, pigeons, poules, rats. Ces accidents, dits béribériques, sont obtenus par des régimes extrêmement sévères, par le chauffage à haute température ou par des traitements chimiques des substances alimentaires utilisées. Or l'homme contracte le béribéri dans des conditions différentes : les aliments sont simplement portés à l'ébullition ou non chauffés ; ils comportent, même dans les cas de régimes pauvres, une certaine variété et l'on ne connaît pas en dehors de quelques exemples de béribéri sur les voiliers ou en temps de guerre, de circonstances où la carence complète de vitamines ait pu être réalisée.

D'autre part, on envisage surtout, dans les discussions sur le béribéri, la symptomatologie de la polynévrite constituée, terme final d'un processus pathologique inconnu. Mais dans sa forme aiguë, le béribéri manifeste toutes les caractéristiques d'un état toxi-infectieux : rechercher la cause du béribéri au stade des paralysies et amyotrophies est une opération comparable à la recherche de la cause de la diphtérie au stade de paralysie dyphtérique.

Les faits établis en ce qui concerne l'existence d'une polynévrite expérimentale, due à l'absence de vitamines B, dans le régime alimentaire, et rappelant le béribéri, restent acquis. Mais, pour un certain nombre d'observateurs, ces faits n'entraînent pas obligatoirement la conclusion que le béribéri humain soit la reproduction, dans la nature, de cette maladie expérimentale par carence. Les recherches de Noël Bernard et de ses collaborateurs montrent qu'un germe pathogène, *Bacillus asthenogenes*, morphologiquement très proche de *Bacillus megatherium*, provoque, par ingestion chez le jeune porc, une toxi-infection qui présente avec le béribéri humain des analogies frappantes. On peut donc opposer au béribéri expérimental par avitaminose, un béribéri expérimental infectieux. Tout en se montrant très circonspect sur l'interprétation des faits observés, il est légitime de les apporter à la discussion toujours ouverte sur l'étiologie du béribéri.

Ce bacille, agissant sur les hydrates de carbone du riz, donne une fermentation, dont les produits terminaux sont nuisibles au tube digestif. D'autre part, il a pour effet de minéraliser le phosphore des divers aliments et par conséquent de diminuer le phosphore assimilable.

Le bacille a été isolé par Noël Bernard, en 1919, dans le sang et le tube digestif de malades présentant les symptômes d'un embarras gastrique fébrile (état saburral de la langue, constipation, courbature, myalgie, asthénie, insomnie, céphalée). Inoculé au porcelet, par la voie stomacale, il donne une maladie expérimentale qui reproduisit les traits essentiels de la maladie humaine, qui peut guérir, ou devenir mortelle, ou se prolonger par des paralysies.

Les lésions, en cas de mort sont les mêmes chez l'homme et chez le porcelet, ainsi que l'ont montré N. Bernard et Bablet.

On peut isoler une toxine qui permet de reproduire les principaux traits de la maladie.

Le riz poli, par sa faible teneur en éléments nutritifs autres que l'amidon, par la culture du B asthenogènes qu'il favorise, par l'hyperacidité volatile de sa fermentation sous l'action de ce bacille, par l'altération des sécrétions gastriques et l'hypochlorhydrie qui en sont la conséquence, par la production d'une constipation opiniâtre, par le retard qu'il apporte à l'évacuation du contenu de l'estomac, est un des facteurs essentiels de la maladie expérimentale du porcelet.

Le son exerce une action protectrice contre l'infection, par sa valeur nutritive élevée, par son rôle physiologique dans les phénomènes digestifs, par ses propriétés laxatives qui évitent la constipation et la rétention du bol alimentaire dans l'estomac et dans l'intestin, par l'obstacle qu'il apporte ainsi à la multiplication du germe infectieux et à l'élaboration *in vivo* de sa toxine. L'existence du facteur B dans le son, complète l'effet utile de ces conditions.

Citons après ces travaux importants d'autres recherches bactériologiques sur les spirochètes, sur l'encéphalite léthargique, sur la peste, sur le bactériophage du pyocyanique, sur la diffusion de la tuberculose en Cochinchine, sur les vers intestinaux, sur l'anatomie pathologique des maladies tropicales, sur la possibilité de l'existence de deux fièvres aphteuses, sur la peste bovine, sur l'anémie pernicieuse des bovidés, causée par un bacille du groupe colityphique, sur le syndrome de Recklinghausen du bœuf, sur le taux de la magnésie dans les eaux saumâtres, etc., etc.

La troisième partie est consacrée aux services pratiques rendus par les Instituts : 21.037 examens microbiologiques et 151 diagnostics histopathologiques ont été effectués en 1924.

L'Institut a dirigé de concert avec M. de Taste, administrateur de la grande ville de Cholon, une enquête médico-sociale destinée à étudier les conditions nécessaires pour « acclimater » en Indo Chine la lutte antituberculeuse. Cette documentation, qui nécessite un travail considérable, permettra de définir le problème de la tuberculose tel qu'il se pose en Cochinchine et de préciser les moyens d'action à employer pour combattre efficacement ce fléau dont l'importance, dans ce pays, retient l'attention des médecins et des pouvoirs publics.

Traitement antirabique. — En 1924, 887 personnes se sont présentées pour suivre le traitement antirabique : 219 ont interrompu le traitement, l'animal mordeur ayant été reconnu indemne de rage ; 668 ont suivi le traitement complet, dont 93 Européens et 575 asiatiques (2 décès).

Vaccins et sérums. — Le laboratoire de vaccins a livré 3.763.710 doses de vaccin antivariolique : il a fabriqué 146.828 cc. de divers vaccins, il a fourni 300.000 cc. de vaccins au Japon lors du tremblement de terre ; il a commencé la préparation et l'administration du vaccin B.C.G. de Calmette ; il a enfin produit de grandes quantités de sérums, de la tuberculine et de la malléine.

Analyses. — Un grand nombre d'analyses chimiques ont été faites pour les diverses recherches scientifiques, pour la répression des fraudes alimentaires et pour les essais des caoutchoucs.

Lutte contre la peste bovine. — Les Philippines importent du Cambodge des buffles et des bœufs. Or le gouvernement américain exige que tout bétail importé soit rendu réfractaire à la peste bovine par une immunisation permanente et un certain pourcentage des animaux de chaque envoi est éprouvé, à l'arrivée, par inoculation de 10 cc.

L'INSERTION en est GRATUITE

Renseignements destinés à la prochaine édition de MEDICUS

Nom et prénom usuel ______

Date de thèse ...... *Décorations* ......

Titre (1) ______

Spécialité principale ......

......

(*Pour* chaque *spécialité en plus de la principale, et, par spécialité,* 5 *fr. — Pour nos souscripteurs* 2 *fr. — A joindre en timbres, condition indispensable*).

Jours et heures de consultations ______

Adresse ______ *Téléph.* ______

Ville ______ *Départ.* ______

Ancienne adresse (2) ______

(1) Pour l'indication Ancien Interne, bien mettre : Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, ou Ancien Interne de ...... La mention seule Ancien Interne ne sera pas admise.

(2) Prière d'indiquer le nom du prédécesseur, s'il y a lieu, et sa résidence actuelle si possible.

BON GRATUIT de 2 mois au PROGRÈS MÉDICAL

...... *Le* ...... 19 ......

Je soussigné, prie M. ROUZAUD, *Editeur*, 41, *Rue des Ecoles, Paris, de m'adresser à titre d'essai et gratuitement,* **Le Progrès Médical** *pendant* 2 *mois.*

Le ...... 19 ......

Signature

Adresse très lisible

......

......

BIBLIOGRAPHIE

Les Amoureux passe-temps, ou choix des plus gentilles et gaillardes inventions du XVIe et XVIIe siècles depuis Ronsard jusqu'à Théophile, colligées sur les manuscrits et les éditions originales par Fernand Fleuret ; un vol. in-16 jésus, illustré de bois originaux de Sima. N° 4 de la collection de « Gai Savoir », tirage à 2500 ex. : 500 pur fil Lafuma : 60 fr. ; 2000 alfa bouffant : 30 fr. Editions Montaigne, Impasse de Conti n° 2, Paris.

« C'est la somme de la poésie licencieuse de près d'un siècle » avertit honnêtement Fernand Fleuret qui, dans un avant-propos badin, nous éclaire ainsi sur la véritable portée de son anthologie de haute saveur.

La Revue de l'Art. — Sommaire du n° de juin 1925 :

I. Histoire générale de l'Art : L'Exposition du paysage français, de Poussin à Corot (I) par L. Hourticq. — L'Art ancien roumain par H. Focillon. L'Exposition des Arts décoratifs : les Pavillons de la province et de l'étranger, quelques aspects (fin), par Y. Rambosson. — La Sculpture à l'Exposition des Arts décoratifs : I. « Le Héros » de Paul Landowski, par L. Hourticq.

II. Chroniques. *Art contemporain* : Les salons de 1925 (I), par R. Bouver. — *Notes et documents* : Autour de Claude Gillot : III. Une lettre de l'architecte Cartaud à Gillot.

III. Bulletin. — Notre tribune : Léonce Bénédite, par André Dezarrois. — Echos et nouvelles. — Informations. — Expositions et concours. — La curiosité. — Le mouvement artistique à l'étranger. — Le carnet du Liseur. — Les grandes ventes : la collection Léon Michel-Lévy.

Gravures hors-texte : Expositions des Arts décoratifs : Le Pavillion de la Ville de Paris ; le Parc des attractions, photogravure.

Le Mur des légendes ; le mur de Prométhée, par Paul Landowski, photogravure.

Le Mur du Christ ; le mur des Hymmes, par Paul Landowski, photogravure.

L'Enseigne, de Watteau (collection M. Lévy), photogravure.

90 illustrations dans le texte.

Le n° 12 fr. 50. Abt un an : France : 100 fr. Etranger : 150 fr. La Revue de l'Art, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

La Vie amoureuse de Richard Wagner, par Louis Barthou. 1 vol. de la collection « Leurs amours ». Prix : 7 fr. Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Animé d'une vie intense, captivant, empoignant, le récit de M. Louis Barthou ressuscite non seulement la physionomie de Richard Wagner et de celles qu'il a aimées, mais il nous restitue avec une admirable puissance d'évocation l'atmosphère de fièvres et d'orages où s'est débattu, jusqu'au seuil de la vieillesse, le génie passionné du grand musicien.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois, du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 3 fr. Abonnement un an : 40 fr. Librairie Boivin, 3 et 5, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juin 1925 : J. Babinski : Discours prononcé à l'occasion du centenaire de la naissance de Charcot. — A. Puech : Héraclès (XIII). — P. Cloché : L'Italie (VII et VIII). — E. Meyer : Diderot moraliste. — Th. Grabowski : Introduction à l'histoire de la littérature polonaise (VI). — L. Villat : Napoléon Empereur (V). — *Bibliographie* : Le mouvement des idées dans l'émigration française (Pierre Francastel).

L'Art d'être maman. Eléments de puériculture pratique, par le Pr E. Weill et le Dr Charles Gardère. Préface de Edouard Herriot. 1 vol. 208 p., illustré de dessins et photos. Prix : 10 fr. Les Editions du Fleuve, 42, Quai Gailleton, Lyon.

Cet ouvrage, après bien d'autres, a été écrit pour vulgariser les notions d'hygiène infantile qui ont une portée pratique, pour lutter une fois de plus contre les préjugés sans nombre qui règnent dans le public et sont particulièrement dangereux pour la vie des nourrissons. Sa lecture ne demande aucune connaissance scientifique spéciale, encore moins de connaissances médicales. Cet ouvrage, de la plus haute inspiration et cependant accessible à tout le monde, devra, demain, être dans tous les foyers.

Larousse mensuel illustré. N° de juillet. La seule revue véritablement encyclopédique, embrassant toutes les manifestations de la vie contemporaine. Le numéro, contenant 22 articles sur la littérature, les arts, la science, la politique, l'histoire, la géographie, l'économie politique, l'industrie, etc., 93 gravures : 3 fr. Abonnement un an : France : 32 fr. Etranger : 38 fr. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris.

de sang pleinement virulent. L'Institut Pasteur a réalisé l'adaptation au bétail cambodgien du procédé d'immunisation par séro-infection et on a installé à Pnom-Penh un petit centre de production de virus pestique, par passage sur chèvres.

Cette mise au point s'est très heureusement effectuée et pendant plus d'une année, les envois ont été éprouvés à Manille sans réaction appréciable lorsque, en juin-juillet 1924, plusieurs chargements donnèrent à l'épreuve, un pourcentage élevé d'hyperthermies. Le Service vétérinaire américain des Philippines prévint le Gouvernement général de l'Indochine qui envoya le vétérinaire SCHEIN en mission, d'abord à Pnom penh, puis à Manille.

Ces missions permirent de constater que la majeure partie des pseudo-réactions relevait de maladies intercurrentes (anaplasmose), mais aussi que les passages par chèvres avaient atténué pour le bœuf le virus entretenu à Pnom penh. Ces constatations, faites en présence du Service vétérinaire américain, donnent la garantie de pouvoir expédier un bétail auquel on ne puisse faire d'objection sanitaire et entraînent des conséquences favorables pour l'élevage et le commerce du Cambodge.

Congrès de l'Association d'Extrême-Orient de médecine tropicale. — L'Institut a participé à ce Congrès tenu à Singapore du 3 au 5 septembre 1923 (Singapore, Etats malais, British Borneo, Indes, Birmanie, Siam, Indochine, Indes néerlandaises, Philippines, Hong-Kong, Macao, Chine, Formose, Japon, Australie.)

La principale question débattue fut celle du Béribéri. La délégation des Philippines ayant demandé de voter un vœu par lequel était imposé la consommation d'un riz standard d'une teneur en phosphore déterminée, le Congrès a rejeté cette proposition à l'unanimité.

La délégation de l'Institut Pasteur a fait la déclaration suivante : « Jusqu'à ce jour aucune théorie n'a été définitivement reconnue exacte. Mais, que l'on adopte la théorie de l'avitaminose ou l'une des théories toxi infectieuses, l'expérience a montré que le son est préservatif par excellence du béribéri chez les mangeurs de riz. Le devoir des hygiénistes est de préconiser le mode de décortication qui laisse adhérent au riz la plus grande partie possible de son enveloppe. Il est désirable que l'éducation des agriculteurs, des industriels et des consommateurs soit faite dans ce sens.

« Mais les hygiénistes ne peuvent apporter aucune précision sur :

« *a*) le procédé de conservation des riz incomplètement décortiqués :

« *b*) l'estimation de la quantité de phosphore P^2O^5) indispensable à la détermination d'un riz sûrement antibéribérique ou sur tout autre méthode standard :

« *c*) l'accueil que les populations feraient à un tel riz.

« Dans ces conditions, les producteurs de riz et les industriels n'ont aucune base pour se conformer aux prescriptions des hygiénistes. Toute réglementation internationale apporterait un trouble profond à l'agriculture et au commerce. Dans l'état actuel de la science, cette réglementation serait prématurée.

« La délégation de l'Indochine émet l'opinion suivante :

« 1° une réglementation internationale est désirable au point de vue de la santé publique :

« 2° cette réglementation ne peut s'appuyer, à l'heure actuelle, sur aucune base définitive : elle doit donc être momentanément écartée comme prématurée :

« 3° le 5e Congrès doit proposer aux gouvernements intéressés de prescrire les recherches nécessaires pour fixer les précisions scientifiques indispensables et de faire présenter les résultats de ses recherches au Congrès prochain, l'orientation de ces travaux étant donnée par les discussions du Congrès actuel. »

Le Congrès alors vota que, par suite des divergences de vues qui se sont révélées dans les déclarations des délégués officiels, toute action internationale était actuellement impraticable. Il a affirmé sa croyance que le béribéri est un désordre de la nutrition et que, en Extrême-Orient, le principal facteur de son existence est un régime dont le riz poli forme la base. Il a invité les Gouvernements intéressés à encourager de nouvelles recherches sur les questions suivantes qui sont en relation avec la prophylaxie du béribéri : *a*) la standardisation du riz : *b*) les effets du transport et de l'emmagasinage du riz : et à désigner un représentant qui adressera un rapport au prochain Congrès et qui fournira les observations systématiques et les données statistiques concernant les résultats des méthodes prophylactiques employées.

HENRI VIGNES.

Cérébrologie I. — A la gloire de Charcot, fondateur de la cérébrologie

Je ne crois pas inutile de noter quelques réflexions au sujet du savant dont l'histoire non seulement relatera qu'il fut un des médecins éminents du XIXe siècle, mais dont elle établira qu'il fut un des plus grands hommes de l'humanité : Charcot.

Un médecin éminent du XIXe siècle ? Je ne pense pas que nul confrère dénué de passion, que ce confrère soit de France ou de l'étranger, puisse dénier ce titre à Charcot : l'ampleur, la variété, l'originalité de l'œuvre sont incontestables : elles sont incontestées : elles ne peuvent pas être sérieusement, elles ne peuvent pas être sincèrement mises en doute.

Mais pourquoi dire de Charcot qu'il doit compter au nombre des plus grands hommes de l'Humanité ?

Pour une raison simple, sinon facile à exprimer : Charcot a brisé la tradition ou, si l'on préfère, l'habitude d'abstentionnisme qui était celle de quiconque traitait du cerveau, de la pensée, du langage. A la façon d'un conquérant, il a, en élucidant et en professant quelques notions élémentaires, fondé la cérébrologie.

Avant lui rien de comparable aux simplicités qu'il osa. Des philosophes étudiaient, du seul point de vue philosophique, le langage, l'esprit et ses opérations : parallèlement à eux étaient venues se développer les doctrines issues du pseudo-empirisme de Gall, doctrines pour lesquelles Auguste Comte ne semble avoir eu que trop de considération.

A vrai dire la conception de Charcot avait trouvé pour s'étayer ce que comporte d'admirable la découverte de Broca.

On conçoit pourquoi je ne dis pas : *la découverte admirable de Broca* mais bien ce que comporte d'admirable *la découverte de Broca*. Car ce qui impressionna et enthousiasma le public ce fut le côté apparent de la découverte c'est-à-dire la précision avec laquelle le siège du langage articulé fut attribué à F^3.

F^3 étant déboulonnée, le public entend déboulonner Broca, injustice parfaite car si la localisation de l'organe de Broca est sujette à contestation, l'organe de Broca n'en existe pas moins. Et ce, pour la raison péremptoire, *qu'il ne peut pas ne pas exister*. Je compte le démontrer ou plutôt le redémontrer quelque jour.

Enrichi du bagage important — encore que mal étiqueté — de Broca, Charcot réunissait les conditions optima pour faire autre chose qu'une découverte due au hasard, car le hasard peut enrichir d'une découverte un pauvre d'esprit et même un esprit faux.

Relevons parmi les conditions optima : le goût vif de la matière à traiter : des instincts de dominateur, plus exactement de conquérant, faculté et l'originalité d'esprit qui permettent d'apercevoir des rapports qui n'apparaissent pas de prime abord, qui n'apparaissent pas au commun : une connaissance et une pratique des sciences médicales, un acquit commandant le respect, imposant l'attention : le manque de l'appréhension fré-

quente, même chez les plus éminents, de contrarier les idées admises ; — une culture générale étendue permettant de pénétrer classiques, philosophes et écrivains ; — enfin une hypothèse.

Retenons le mot hypothèse.

L'hypothèse comporte évidemment des dangers : elle aveugle les esprits faibles ou passionnés, risque d'être confondue avec le fait démontré, peut masquer aux intellects vigoureux, s'ils acceptent d'être trop fortement dominés par elle, des perspectives, des aperçus féconds, des voies dont l'exploration serait profitable.

Mais le *hypotheses non fingo* réserve infiniment plus de stérilité que l'élaboration d'hypothèses même exagérément audacieuses, même désordonnées. Aussitôt dépassé le stade de l'observation servile d'un organe, comment concevoir l'interprétation de son fonctionnement si l'imagination ne vient pas au secours de la constatation purement objective ? Comment se sont faites et continuent de se faire l'histoire de la physiologie du rein, du foie, du grand sympathique..., sinon par l'édification d'une série d'hypothèses dont les unes apportent un bloc, les autres une parcelle à l'édifice, dont les plus fausses elles-mêmes servent par les réfutations qu'elles suscitent, par la nécessité qu'imposent ces réfutations de creuser davantage le sujet, d'en approfondir la matière dans toutes les directions ?

Encore une fois le hasard peut favoriser un sot d'une découverte, mais en règle générale ce ne sont pas les sots qui font les découvertes. Il faut, pour tenter de découvrir, de l'imagination servie par une méthode à la fois persévérante et souple. Partir pour les Indes et découvrir l'Amérique ne fut pas la victoire du hasard, ce fut au contraire la confirmation de l'hypothèse de Colomb ; mais ce fut aussi la révélation de ce que, pour audacieuse qu'était l'hypothèse de Colomb, elle ne l'était pas suffisamment puisqu'elle ne conduisit le Génois qu'à mi chemin de son but, les Indes.

En général c'est par sécheresse et par timidité que pèchent les hypothèses.

Ni l'imagination, ni l'audace dans l'imagination, ni la méthode, ni la souplesse dans la méthode, n'ont caractérisé les essais de cérébrologie tentés avant Charcot et je crains que depuis qu'il a disparu, nous ne soyons sollicités de régresser vers le chaos qui le précéda.

Ce n'est pas que des hypothèses n'eussent été faites avant Charcot. Tout ce qui se trouve d'exact c'est-à-dire de conforme aux faits, aux réalités chez un philosophe, strictement et exclusivement philosophe comme fut, depuis lors, Victor Egger par exemple, la plupart des réalités fragmentaires mises au jour par les anatomistes, tout cet acquit est dû aux hypothèses qui se firent jour, régnèrent ou règnent encore sur le monde des chercheurs. Mais ceux qui firent ces hypothèses non seulement manquèrent généralement d'audace et de largeur mais de plus, si séparés fussent-ils les uns des autres, si hostiles furent-ils les uns aux autres, ils s'obstinèrent dans une erreur commune : partis pour les Indes et ayant abordé en des terres qui n'étaient pas les Indes, ils ne cessèrent pas d'affirmer que ces terres étaient les Indes.

Les philosophes disaient : je n'ai rien à apprendre : la *res cogitans* est immatérielle, que m'importe la matière cérébrale ?

Les anatomistes, plus étroitement liés aux imaginations de Gall qu'ils ne l'avouaient et même ne le pensaient, disaient : le problème est simple : la destruction de ce groupe de cellules entraîne la perte du langage, donc voici l'organe du langage ; avec quelque patience, je découvrirai de même l'organe de l'idéation, celui de la volonté, etc.

C'est dans cette confusion prétentieuse que Charcot réussit à mettre de l'ordre et à jeter les fondements d'une science.

Charcot établit solidement et de façon magnifique les bases rationnelles de l'étude du langage. Il avait perçu que la fonction langage, fonction caractéristique de l'espèce humaine, était en cérébrologie le point d'attaque ou si l'on préfère le point de départ pour les découvertes.

L'importance capitale de l'étude de la fonction langage plus ou moins pressentie par les uns et par les autres, n'avaient donné que des résultats partiels parce que les uns — les philosophes — n'avaient étudié le langage qu'en tant que modalité d'expression de la pensée, alors que les autres, anatomistes, physiologistes et cliniciens, tentés généralement de confondre pensée et langage, ne s'intéressaient qu'à l'appareil du langage et à son mécanisme, sans se douter que, pour essentielle que soit leur importance, organe et fonction du langage sont organe et fonction *subordonnés*.

A larges traits, Charcot expose un enseignement qui permet de distinguer entre langage et pensée et, par l'initiative la plus féconde, la plus riche en promesses, il introduit dans l'examen des données anatomiques, physiologiques et cliniques, les données analytiques de la pensée et du langage fournies par le raisonnement, par l'observation, par l'interrogatoire du sujet normal, par l'introspection. Il fonde ainsi la cérébrologie, la nantissant comme don d'avènement de la connaissance dans ses grandes lignes du *langage intérieur*, clef de voûte de l'édifice à découvrir, à explorer et à étudier pour parvenir à la connaissance de ce que sont pensée et cerveau, ou, tout au moins, à la connaissance précise de ce que sont leurs rapports et des modalités de ces rapports. Car, selon toute vraisemblance, et hors le cas improbable du concours de circonstances, d'un hasard favorables, c'est l'étude du langage intérieur, c'est l'élucidation de cette *fonction mixte* qui, éclairant les apports les plus disparates provenant de directions et de terrains les plus divers, permettra la solution du problème posé devant le philosophe et devant le médecin depuis le début des temps (1).

Charcot permet de distinguer entre pensée et langage ; il émet une doctrine, fonde une méthode. Dès lors tout s'éclaircit. Le schéme de la cloche est le fil conducteur qui permet d'instaurer de la logique sur les ruines du pathos ; Gilbert Ballet expose la découverte du maître et dès lors, au dam du jargon, le médecin peut se faire une idée approximative, exacte dans ses directives générales, du problème de l'aphasie sinon du problème et des problèmes qui se posent à l'occasion de la plupart des cas d'aphasies, problèmes hérissés de difficultés, problèmes dont la complexité échappe à la plupart des observateurs, problèmes inentrevus avant Charcot et enténébrés, semble-t-il, depuis sa mort, puisque paraît devoir refleurir l'abstentionnisme, je veux dire le nihilisme doctrinal, père du pathos, du jargon et de la confusion.

Il n'est que juste, d'ailleurs, de discerner que — tout au moins pendant un temps très long — les aphasies, résultat de lésions brutales, ne pourront pas promettre au clinicien quant à l'étiologie, quant à la détermination des dégâts, quant aux possibilités thérapeutiques beaucoup plus que ce qu'elles lui fournissent actuellement.

La stupidité de la blessure par arme à feu, la stupidité de l'inondation sanguine d'une partie de matière cérébrale ne permettent pas de fonder sur la clinique *proprement dite* (et surtout aussi longtemps que la cérébrologie ne sera pas mieux éclaircie) l'espoir de pénétrer beaucoup plus avant dans la compréhension des phénomènes. Prétendre reconnaître sur le seul vu des résultats du fléau les rapports précis qui existèrent entre les choses dans un terrain bouleversé par les eaux ou secoué et raviné par un tremblement de terre est un problème ardu pour le géologue et pour le géographe, bien plus exactement documentés cependant que ne peut l'être le physiologiste placé en face d'une destruction de cellules et de fibres dont il ignorait les fonctions, tout au moins les spécialisations fonctionnelles.

(1) Voir parmi les derniers travaux l'œuvre de Henri Delacroix, professeur à la Sorbonne : *Le Langage et la Pensée*, Paris Alcan 1924.

J'ai dit la *clinique proprement dite*, parce qu'en dehors des cas de la clinique existent quantité de symptômes légers ou fugaces (voire de syndromes) lesquels n'intéressent généralement pas le médecin et dont l'étude serait de la plus grande importance : ainsi à titre d'exemple les *mnésies*, amnésies ou hypermnésies même et peut être surtout dans leurs formes les plus légères, celles qui proviennent de la fatigue, de l'abus du tabac, de l'ivresse, d'un faible degré d'ébriété, etc... Ces études ainsi que celle de l'homme normal, celle du sommeil normal et des états qui parfois le précèdent ou le suivent, l'étude de la cérébrologie animale me paraissent indispensables pour que puisse progresser la compréhension du mécanisme cérébral, et par voie de conséquence de la relation entre la lésion et les symptômes. C'est parce qu'il a étudié non seulement l'aphasie mais aussi la fonction langage chez l'homme normal que Charcot, jetant ainsi à l'endroit nécessaire un pont entre des chercheurs explorant des territoires différents, a posé les fondements d'une science nouvelle, ouvert une voie où nul ne pourra désormais s'engager fructueusement sans passer par lui, je veux dire sans prendre au départ la connaissance claire de ses conceptions ou tout au moins de ses directives.

On pourra entasser mémoires sur mémoires, négations sur négations, interprétations sur interprétations, nul n'arrivera à une compréhension exacte de la fonction langage tant à l'état normal qu'à l'état pathologique sans commencer par reconnaître le chemin tracé par Charcot. Sans doute Charcot ne vit pas — il ne pouvait pas les voir à ce moment — toutes les conséquences, toutes les complexités des problèmes qu'il posait : sans doute, en cérébrologie, une partie de son œuvre fut elle principalement schématique, mais qui donc, médecin ou non médecin, était capable de poser le problème, comme il le posa ? qui donc était de taille à tracer un pareil schéma ? qui, hors lui, eût osé l'affirmation d'un mécanisme cérébral, mécanisme qui à quelque école que l'on se rattache (matérialiste, spiritualiste, panthéiste) ne peut pas ne pas exister, et dans une partie essentielle (*langage, langage intérieur*) n'existe pas ne peut pas exister autrement qu'il conçut et qu'il constata ? Ceux qui prétendront rétablir, dans la question subsidiaire et complexe des aphasies, exactitude et clarté, ne pourront pas échapper à l'obligation de se remettre à son école.

Charcot a posé un bloc qui défiera les temps ou bien si l'on préfère une autre image, il est et il est seul le phare à l'éclat magnifique qui marque l'entrée du port. Des nuées passent... si la flamme ne devait pas reparaître plus vive que jamais, c'est que l'humanité serait en régression, que la barbarie aurait repris l'avantage.

Simples prophéties, diront certains, assertions hasardeuses, conviction sans argument et sans preuve.

Je l'accorde volontiers pour cette page. Mais comme j'ai passé une douzaine d'années à étudier ce dont je parle et que j'ai étalé faits et arguments au long de plusieurs centaines de pages de texte serré, je n'ambitionne pas de pouvoir *démontrer* en quelques colonnes d'un article et ne puis que renvoyer à mes écrits antérieurs (1).

La disparition d'une personnalité comme celle de Charcot n'est pas sans occasionner de remous. Il est du naturel de l'homme de tenter — consciemment ou inconsciemment — d'abaisser ce qui a dominé de haut. Puis sur le gros bagage de Charcot on découvrit quelques étiquettes mal placées et ce fut la joie de ceux qui n'avaient sur leur valise ou sur leur petit paquet qu'une étiquette paraissant mise au bon endroit, la joie surtout de ceux qui n'avaient pas de bagage du tout.

On reconnut aussi que des faits avancés par Charcot sont inexacts alors que sur d'autres points apparurent des complexités supérieures à celles qu'il avait pu imaginer.

Il est naturel que les choses se soient passées ainsi de même qu'il est naturel et déplaisant que ce soit surtout la terminologie qui ait prêté à critique. Là où le cerveau le plus puissant avait conçu, fondé une doctrine, éclairé superbement les faits, la chicane oppose la sécheresse d'une définition. Ce n'est pas l'ensemble du monument que l'on voit, c'est l'emplacement défectueux ou la forme de certains piliers dont on affecte de s'effaroucher. Qu'on me permette de dire que je n'avais pas attendu que ce fût de mode pour signaler ce que la conception *centre* comporte d'étroitesse (2), étroitesse inéluctable au moment où Charcot conçut. Une science ne sort pas toute faite de l'intellect d'un inventeur, cet intellect fût-il le mieux doué, le plus étendu et le plus subtil du monde. Le premier télégraphe électrique comptait vingt-cinq fils, un pour chacune des lettres de l'alphabet et il a fallu bien du temps et bien de l'invention pour qu'il n'en comptât plus du tout.

Enfin et c'est par là que je terminerai cette note, une partie du public fait à l'œuvre de Charcot le grief, dont sans doute les médecins ne manquent pas de s'étonner, d'être matérialiste.

Je comprends mal le reproche.

Mieux vaut un chercheur qui se met au travail avec l'hypothèse matérialiste : *le cerveau produit la pensée* que le chercheur qui se met au travail sans hypothèse.

Mieux vaut un chercheur qui se met au travail avec l'hypothèse spiritualiste : *pensée et matière nerveuse sont d'essences distinctes non transformables l'une en l'autre* que le chercheur qui se met au travail sans hypothèse.

Un point capital du problème est précisément d'établir si la pensée a ou non son coefficient de transformation dynamique, si elle peut se muer en l'une des forces que nous connaissons, être produite par l'une de ces forces, n'être qu'une modalité de l'une de ces forces ou bien si la *res cogitans* et la *res extensa* ne font que s'affronter, agir, réagir l'une sur l'autre sans que la *res extensa* puisse en quelque manière et en quelque mesure que ce soit devenir *res cogitans*.

Voilà, n'est il pas vrai, l'un des objets de notre curiosité ?

Je me demande comment on peut entreprendre de tenter des études dont le résultat sera, espérons-le, de satisfaire quelque jour cette curiosité si l'on n'a pas en tête l'une des deux hypothèses fondamentales où une hypothèse dérivant de l'une d'elles.

Si, lorsqu'ils travaillent, les chercheurs n'ont pas présente à l'esprit l'une de ces hypothèses bienfaisantes, nécessaires, fructueuses, alors j'en viens à comprendre le nihilisme, l'abstentionnisme et aussi le manque de résultat, la stérilité des efforts.

Notez que je ne parle pas de *foi* matérialiste ou spiritualiste, je parle d'hypothèse. La foi matérialiste ou spiritualiste, religieuse ou laïque, doit être laissée à la porte du laboratoire quitte, à être reprise, lorsqu'il en sort, par celui qui a l'agrément de la posséder.

Qui dit foi dit conviction profonde, et même certitude, donc résultat acquis. Comment cette certitude — à supposer même qu'elle soit destinée à être quelque jour confirmée, à s'imposer irréfutablement à tout homme de bon sens — comment cette certitude, ce *c. q. f. d.* ne constituerait-il pas, dans le décours des recherches, une incessante, une invincible tentation de sous-estimer ce qui semble aller contre cette foi, de surestimer ce qui semble être en sa faveur ?

Au contraire l'état d'esprit du chercheur doit être *au cours de ses recherches* celui que l'on désigne sous le nom de *scepticisme philosophique*. Ce scepticisme ne retient ni

(1) Dr G. SAINT-PAUL. — *Essais sur le langage intérieur.* (Paris, Masson, 1892). — *Le langage intérieur et les paraphasies.* (Paris, Alcan, 1904). — *L'art de parler en public, l'aphasie et le langage mental.* (Paris O. Doin, 1912). On trouvera au Chapitre V de ce dernier ouvrage ce que je ne puis développer ici. — A d'autres points de vue, je signale parmi mes articles : *Revue philosophique*, Oct. 1913 : *Pensée, image, et conscience chez l'animal et chez l'homme.*

(2) Dr G. SAINT-PAUL. — *Le langage intérieur et les paraphasies*, 1904 (P. 211.)

de l'ardeur au travail, ni de la passion de découvrir : mais, dans le travail, il impose de ne pas cesser de discerner entre ce qui constitue *le fait* et ce qui est *hypothèse*, distinction à laquelle beaucoup, parmi les plus éminents, ne parviennent que rarement à se maintenir.

Quant à l'hypothèse, qu'elle soit audacieuse (elle ne le sera jamais trop) et qu'elle ne cesse pas d'être présente à l'esprit mais que l'esprit soit assez libre pour la sacrifier à tout moment, pour la renverser, pour la remplacer dès qu'elle se révèle inadmissible, que l'imagination fasse au besoin éclore des gerbes d'hypothèses, et que la confiance en soi demeure assez fermement assurée pour permettre une coquetterie profitable et large d'horizons, au matérialiste la coquetterie de travailler parfois sur l'hypothèse spiritualiste, au spiritualiste la coquetterie de travailler parfois sur l'hypothèse matérialiste. Alors nous serons loin du nihilisme, de la stérilité et de leur conséquence, le pathos. Alors nous nous reprendrons à conquérir.....

Advint-il, advint-il fréquemment que chez Charcot une foi domina l'hypothèse ? Je n'ai pas connu le Maître et n'ai pas d'opinion sur la question. Je relève seulement que si l'accident se produisit, Charcot, a manqué, en le subissant, le record d'une originalité qui eût vraisemblablement fait de lui un être unique au monde.

Ce que je sais bien, c'est que, guidé par une foi ou par une hypothèse, Charcot, ne cesse de dominer tant spiritualistes que matérialistes de toute la hauteur, de toute l'originalité, de tout l'éclat de ce à quoi s'attache une notion passablement obscure qu'exprime cependant un mot parfaitement intelligible, le mot *génie*.

G. Saint-Paul,
Médecin-Principal.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 juin 1925

Variole atténuée. Variole alastrim. — M. *Arnold Netter*. La variole qui semblait sur le point de disparaître des pays civilisé, a présenté dans ces dernières années dans deux pays voisins une reprise inattendue.

En Suisse, on n'avait enregistré pour les six années de 1915 à 1920 que 14 cas. Ce chiffre monte brusquement à 595 en 1921 ; 1159 en 1922 ; 2145 en 1923 ; 1245 en 1924. Il est tombé à 156 pour les cinq premiers mois de 1925.

En Angleterre il avait été déclaré 5 cas en 1917 et 63 en 1918. Le chiffre en 1919, 1920 et 1921 monte à 311, 280 et 336.

En 1922 il s'élève à 973 ; en 1923 à 2054 ; en 1924 à 3.395 chiffre qui sera encore dépassé cette année où pour les cinq premiers mois il a atteint 3.008.

Cet accroissement est dû à l'influence de la propagande antivaccinatrice dans ces deux pays. Du fait de cette dernière, les réglementations en matière vaccinale ont été transférées du pouvoir central aux autorités cantonales à partir de 1876 et surtout de 1888 l'obligation a été abrogée dans la plupart des cantons de langue allemande, aussi ces derniers ont-ils compté de 1921 à 1923 : 1910 cas de variole pour un million d'habitants, alors que les cantons de langue romande n'en enregistraient que 24.

En Angleterre c'est la *clause de conscience* qui laisse les parents maitres de s'opposer à la vaccination s'ils déclarent estimer que cette pratique peut être nuisible à l'enfant. Actuellement 50 p. 100 des enfants échappent de ce fait à la vaccination.

Tandis que le nombre des varioles augmentait dans de telles proportions, celui des décès n'augmentait point, tout au contraire. La mortalité en effet reste toujours inférieure à 1 p. 100, souvent même à 1 par 1.000.

La virulence variolique a donc été atténuée.

Cette atténuation se poursuit dans les passages ultérieurs.

Sous ce point de vue comme sous celui des caractères cliniques elle rappelle les caractères de cette maladie des pays exotiques désignée le plus communément sous le nom d'*alastrim*.

Si en Suisse, en Angleterre, aussi bien qu'aux Etats-Unis où les cas de ce genre sont connus depuis 1896, la nature variolique est à peu près universellement admise, l'accord est loin d'être fait pour l'alastrim ainsi qu'en témoignait ici même en 1923 notre collègue Léon Bernard et à l'office international d'hygiène en octobre 1924 le professeur Ricardo Jorge, de Lisbonne.

L'argument principal des dualistes est tiré de la possibilité des récidives à courte échéance et de la fréquence des revaccinations positives assez peu de temps après la guérison. On a noté ces dernières 22 fois p. 100 à la Jamaïque, 46 ou 58 p. 100 au Brésil, 90 p. 100 dans le centre du Cameroun.

Mais ces résultats ont été obtenus chez des noirs et chez ces derniers l'immunité contre la variole et la vaccine est infiniment moindre que chez les blancs, à ce point que les revaccinations doivent être renouvelées tous les deux ans.

Quand l'alastrim affecte des sujets de race blanche — et il existe des épidémies importantes dans des localités habitées exclusivement par des blancs, l'immunité vaccinale est la même qu'après la variole commune ou la vaccination. Le fait a été constaté dans la Nouvelle Galles du Sud (plus de 2.000 cas avec 3 décès en 1913) et dans les Açores (plus de 15.000 cas avec 10 décès à partir de 1923).

La nature variolique des épidémies d'Angleterre, de Suisse et de l'alastrim ne s'affirme pas seulement par ses caractères cliniques et par ses relations avec la vaccine. Elle est mise en évidence par toutes les réactions humorales ou expérimentales qui différencient la variole de la varicelle. On trouve dans le sérum les mêmes *anticorps* neutralisant le virus vaccinal ou fixant la sensibilisatrice et déviant le complément. L'épreuve de l'*allergie* utilisée par Tièche montre la présence des *antigènes* dans la sérosité, le pus et les croûtes.

L'*inoculation à la cornée* du lapin provoque la formation des *corpuscules intracellulaires de Guarneri* et le développement de *vésicules visibles à la loupe et même à l'œil nu.* (Réaction de Paul.)

Les *inoculations à la peau* chez le singe, le lapin, la génisse, donnent des résultats tout à fait comparables à celles de la variole. On est même arrivé après plusieurs passages à obtenir chez la génisse le développement du cow-pox.

Nous sommes donc en présence de manifestations provoquées par le virus variolique ; mais par un virus spontanément atténué et qui est fixé dans cette atténuation.

La preuve est faite que les effets de cette atténuation, de cette mutation du virus variolique se sont maintenus pendant plusieurs années ; mais on ne saurait affirmer qu'ils soient définitifs. Tout au contraire des observations recueillies aux Etats-Unis et même en Suisse en 1921 semblent prouver que les varioles bénignes peuvent être le point de départ d'épidémies graves.

On ne saurait donc du fait de cette bénignité négliger les mesures auxquelles on a recours dans la variole commune.

Au sujet d'une épidémie de variole bénigne en Suisse. — *M. L. Camus* présente, au nom du docteur Alcay (de Nîmes), le résumé d'une documentation importante, recueillie au cours d'un voyage d'étude, sur la variole qui sévit en Suisse depuis l'année 1921, et dont parlait plus haut M. Netter.

Il s'agit d'une épidémie particulièrement bénigne mais présentant cependant les caractères de la variole et contre laquelle la vaccination a conservé toute sa puissance protectrice.

Les cartes dressées par le docteur Carrière, directeur des services fédéraux de l'hygiène, et par le docteur Stiner, directeur adjoint, permettent de suivre la marche de cette épidémie.

Tous les cantons de Suisse allemande où la vaccination n'est que facultative ont été tous envahis ; les cantons de Suisse romande où la vaccination est obligatoire n'ont pas été éprouvés par l'épidémie.

Des mesures exceptionnelles de vaccination obligatoire ont enrayé l'épidémie dans tous les endroits où elles ont été appliquées. Une telle manifestation des avantages de la vaccination

obligatoire aurait dû amener le Conseil fédéral à imposer la vaccination obligatoire préventive à toute la Suisse, mais le gouvernement tenant compte des difficultés soulevées par le projet d'obligation de 1882 et aussi de la bénignité de l'épidémie actuelle n'a décrété qu'une obligation vaccinale de circonstance pour certains groupes de la population.

Cette absence de l'obligation permanente générale de la vaccination vient de coûter à la Suisse quelques milliers de malades et un petit nombre de morts. Mais quel désastre en eût été la conséquence si l'épidémie actuelle avait eu la gravité ordinaire des épidémies de variole ?

Empoisonnements barbituriques. — MM. *Achard*, *C. Mouzon* et *S. Bloch*.

Cinématographie du cœur isolé dans l'étude des arythmies. — M. *Lutembacher* montre une série de fort beaux films cinématographiques de cœurs normaux et de cœurs atteints de troubles de la contractilité, d'arythmie, de tachycardie, de cœurs à battements lents ou atteints de lésions valvulaires. Il y a là pour l'enseignement une ressource vraiment précieuse.

Taux élevé des mastzellen après radiothérapie efficace des leucémies myéloïdes. Eosinophilie postradiothérapique des leucémies lymphogènes. — M. *Sabrazès* On a beaucoup étudié l'action des rayons X sur la leucémie myéloïde. M. Sabrazès a contribué à montrer que les leucocytes à granulations basophiles ou mastzellen persistent en grand nombre dans le sang après de nombreuses irradiations. Même quand le chiffre des globules blancs par millimètre cube est devenu normal, le pourcentage des mastzellen reste généralement très élevé.

Cette particularité qui ressort d'un bon nombre d'observations personnelles permet encore de reconnaître la maladie, alors même que ce traitement en a fait disparaître les principaux stigmates cliniques et hématologiques.

M. Sabrazès s'est demandé s'il en était de même dans la leucémie lymphogène chronique traitée par les rayons X. Mais les documents sur les modifications du sang produites par la radiothérapie de cette modalité de leucémie sont insuffisants. La leucémie lymphogène est plus rare que la myéloïde ; aussi les observations utilisables pour cette étude sont-elles jusqu'à présent peu nombreuses.

M. Sabrazès apporte un cas dans lequel il a enregistré les réactions sanguines aux rayons X pendant plusieurs années et dans lequel la radiothérapie a amené une rétrocession des foyers leucémiques accompagnée d'un peu de monocytose et d'une petite poussée de mastzellen. Elle a entraîné surtout une éosinophilie considérable qui a persisté longtemps après la radiothérapie.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 22 juin 1925

Action curative de l'acétyloxyaminophénylareinate basique de bismuth dans la syphilis. — MM. *L. Fournier* et *A. Schwatz* ont employé chez 20 syphilitiques atteints de chancre ou présentant des accidents secondaires l'acétyloxyaminophénylarsinate basique de bismuth dont M. Lavaditi a observé les effets curateurs dans la syphilis expérimentale du lapin.

Dix-neuf malades ont reçu chacun comme unique traitement 12 injections intra-musculaires de 2 cmc. d'une suspension huileuse à 10 pour 100 (soit au total 0 gr. 984 bimétal et 0 gr. 36 As). Un seul malade a reçu deux séries de 10 injections à un mois d'intervalle, à raison, comme les autres de 2 injections par semaine.

Ce médicament nouveau est parfaitement toléré, et ne présente pas les inconvénients ordinaires (courbature, amaigrissement, fatigue...) du traitement bismuthique. L'influence favorable sur l'état général a été des plus nettes.

L'action sur le tréponème et les accidents syphilitiques est aussi rapide qu'avec les meilleures préparations antisyphilitiques. Plusieurs mois après une seule cure de 12 injections les lésions n'ont pas récidivé.

L'action sur la réaction de fixation et sur la floculation est des plus nettes ; la réaction négative peut être obtenue après une seule série de douze injections.

M. Phisalix.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 juin 1925.

Appendicite et grossesse tubaire. — A propos d'une observation de M. *Tussau*, de Lyon, rapportée et commentée par M. *Blanc*, M. *Lutaud* a opéré une malade chez laquelle, le diagnostic d'appendicite ayant été porté, on trouva une grossesse tubaire gauche, compliquée d'une torsion d'un kyste de l'ovaire à droite.

Méniscite chronique. Résection du ménisque. — Chez le malade dont il apporte l'observation, M. *Peugniez* vit la résection du ménisque suivie, comme c'est la règle, de la disparition de tous les symptômes et en particulier d'une douleur violente à la pression au niveau de l'interligne du genou, un peu en avant et au-dessus de la tête du péroné. Il s'agissait d'une lésion du ménisque externe, rouge, épaissi, ne tenant plus au tibia que par ses deux extrémités fixées aux épines. Histologiquement, il y avait transformation partielle du tissu cartilagineux en tissu fibreux. Si ces constatations ne peuvent permettre d'appliquer aux lésions observées le nom de *méniscite* chronique, l'A. pense qu'on ne peut les expliquer que par une poussée inflammatoire ancienne qui s'est résolue en la masse du tissu fibreux constaté. Il s'agit donc des séquelles d'une inflammation apaisée d'une méniscite ancienne.

Pyopneumothorax chronique à poussées aiguës de la base gauche traité et guéri par phrénicectomie. — M. *Thévenard*. — La résection du nerf phrénique qui semblait indiquée seulement primitivement pour suppléer au pneumothorax artificiel dans le traitement de certaines formes de tuberculose, a été employée ensuite avec succès pour le traitement de dilatations bronchiques ou de gangrène de la base. L'A. rapporte un beau cas de guérison d'une vieille pleurésie purulente chronique de la base ouverte dans les bronches. Il insiste sur la bénignité et la facilité de l'acte opératoire.

Volvulus de l'intestin grêle et mégarectum. Diagnostic du volvulus par le point sus ombilical. — Dans cinq ou six cas de volvulus qui lui sont personnels, M. *Thévenard* a constaté le « point sus-ombilical ». Ce point correspond à peu près à l'origine de la mésentérique toujours intéressée par la torsion quand il s'agit de volvulus comprenant une anse d'étendue importante à plus forte raison la totalité du grêle.

Cancer du rein. Néphrectomie par voie lombaire. — M. *Pasteau* rapporte cette observation dont l'intérêt opératoire repose sur ce fait qu'il a été relativement facile de faire l'extirpation de la tumeur dans de très bonnes conditions sans recourir à une autre incision que l'incision oblique ordinaire. Le nettoyage complet de la région avec l'ablation des ganglions a pu être mené à bien et la reclinaison de la masse abdominale a été au moins aussi aisée qu'avec une incision transversale. Il ne faut donc pas être exclusif dans le choix du mode d'intervention.

Ostéo sarcome de la cavité cotyloïde. — M. *Judet*, à propos d'une observation très complète, montre combien la pathologie de la hanche est complexe et peut exposer à des erreurs.

Cancer érosif de l'estomac. Gastrectomie. — M. *V. Pauchet* présente une pièce de gastrectomie. L'examen externe de l'estomac atteint de cancer érosif simule l'ulcère simple, avant l'ouverture de la cavité gastrique. Chaque fois que l'opérateur constate, après laparotomie, la présence d'un ulcère chronique, il doit pratiquer la gastrectomie : *a*) parce que c'est le seul procédé pratique pour guérir les ulcères ; les autres procédés ne réussissent qu'exceptionnellement ; *b*) parce que l'ablation des ulcères prévient la dégénérescence néoplasique. La gastrectomie, avec un peu d'entraînement n'est pas plus grave que la gastrec-gastro-entérostomie. Elle donne une guérison plus certaine ; elle arrête sûrement les hémorragies et les douleurs, et surtout elle prévient la dégénérescence cancéreuse. Les ulcères duodénaux ne donnent jamais de cancer. L'examen systématique des ulcus simples de l'estomac montre qu'il y en a un sur dix en voie de transformation néoplasique. La majorité des cancers d'estomac ont poussé sur des anciens ulcus.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches sur le champ visuel des vertébrés, étude de physiologie comparée, par le Dr Jean DUBAR, Thèse de Paris, 1925 (Arnette, éditeur.)

La méthode et les appareils employés pour l'étude générale du champ visuel des vertébrés ont fait le principal objet de ce trevail : les résultats ont été donnés à titre d'exemples pour en illustrer l'exposé ; ce sont des déterminations approximatives et non pas des faits d'interprétation physiologique intangible. Il semble bien établi actuellement que tous les vertébrés, sauf peut-être quelques types aberrants, par exemple le requin-marteau, le caméléon, quelque latéralement que soient dirigés leurs globes oculaires, possèdent un champ de vision dans lequel l'image d'un objet se forme dans les deux yeux à la fois : il y a là une certaine étendue de vision binoculaire probable, mais dont l'interprétation ne permet nullement de décider de l'existence d'une fusion analogue à celle de l'homme, ni de la nature des perceptions centrales.

Ce champ binoculaire est d'autant plus restreint que les yeux sont plus latéraux, mais l'animal regagne en champ visuel total ce qu'il perd en champ commun et il n'est pas impossible que certaines espèces voient, sans bouger la tête, tout autour d'eux.

Chez aucun vertébré « les champs visuels ne sont pas entièrement indépendants l'un de l'autre, toujours ils se superposent quelque peu dans le prolongement de la tête, c'est-à-dire dans le sens de la direction de l'animal. Le premier usage du champ visuel binoculaire serait donc de guider la progression ». De plus l'existence d'un champ binoculaire ne semble nullement liée à celle d'un entrecroisement partiel des fibres des nerfs optiques, pas plus que l'indépendance des pupilles chez les oiseaux ne semble liée à une indépendance de leurs champs visuels ; il y a là un problème encore bien obscur des connexions avec les centres cérébraux.

Aussi l'étude approfondie du champ visuel dans ses divers caractères depuis l'homme jusqu'au plus simple des vertébrés, — les invertébrés étant encore plus difficiles à étudier, — est une préface nécessaire à l'étude des voies optiques et des relations de la rétine avec les centres percepteurs corticaux, tant il est vrai, dans ces questions surtout, que « la physiologie est le flambeau qui doit éclairer l'anatomie. » Ce travail aussi savant qu'utile intéressera les anatomistes et les médecins.

G. P.-B.

Manuel pratique de l'infirmier annamite, par TRAN VAN BANG. (Paris, Vigot frères, éditeurs, 23, place de l'Ecole-de-Médecine.)

Ceux de nos confrères qui emploient des Annamites sont surpris de leur intelligence, de leur habileté, de leur désir de s'instruire. Les Annamites peuvent faire au chirurgien et au médecin de *très bons infirmiers* sous la réserve qu'il est nécessaire de s'intéresser à leurs efforts et de ne pas leur ménager les compliments lorsqu'ils en méritent.

L'auteur du manuel s'est proposé de familiariser les infirmiers annamites avec les noms français et avec la connaissance précise de tout ce avec quoi leurs fonctions d'infirmiers les mettent en contact : locaux, personnel, aliments et régimes, matériel et matériel technique. Chaque fois qu'il est nécessaire le texte français est placé en dispositif juxta-linéaire en face du texte annamite.

Il ne s'agit pas d'un simple dictionnaire ; les chapitres comportent en langue annamite des développements explicatifs ordonnés de façon à faciliter à l'infirmier l'acquisition des connaissances qui lui sont indispensables : notions élémentaires d'anatomie, pansements et traitements susceptibles d'être confiés à des infirmiers, soins d'urgence. Un grand nombre de figures explicites facilitent la compréhension du texte.

Ce manuel rend de grands services à ceux des Annamites qui faisant leur service militaire en qualité d'infirmier, y puisent de grandes facilités pour saisir rapidement ce qui leur est demandé éventuellement pour la préparation de l'examen du *Caducée*.

Le manuel de M. TRAN-VAN-BANG sera d'une grande utilité à tout chirurgien et à tout médecin appelé à dresser et à employer des infirmiers annamites. Quant à ceux-ci, ils trouveront dans ces pages un moyen efficace de se munir d'une documentation et d'une instruction dont ils bénéficieront particulièrement après leur retour en Indo-Chine puisqu'ils y seront en état d'assurer, sous l'égide du médecin, des soins méthodiques aux populations.

E. de M.

Les arythmies en clinique, par A. Clerc. (Masson, éditeur).

L'étude des arythmies, que les progrès de l'expérimentation et surtout les révélations de l'électrocardiographie ont considérablement fait avancer depuis quelques années, paraît aujourd'hui très ardue à beaucoup d'étudiants et de médecins. Il s'agit pourtant, comme le dit l'auteur dans son avant-propos, « d'une langue possédant sa grammaire, ses règles fondamentales, illustrées d'exemples... » Et, plus qu'une grammaire, ce livre est un guide sûr et précis qui ouvre à tous cette « tour d'ivoire » où paraissait enfermée la question des arythmies.

Pour y pénétrer, des notions d'anatomie et de physiologie sont indispensables. En quelques pages concises, M. Clerc les donne d'abord ; puis expose les différentes méthodes mécaniques, électrographiques et pharmacodynamiques, qui ne sont plus aujourd'hui du domaine exclusif de la physiologie, mais qui apportent a la clinique une aide si précieuse au diagnostic et au traitement des affections cardiaques.

Vient ensuite l'étude clinique des arythmies. Des plus simples aux plus complexes, nous suivons avec aisance la description et l'explication des arythmies sinusales, des extrasystoles, des rythmes dissociés par troubles de la conductibilité intracardiaque, des bradycardies, des tachycardies, de la tachysystolie auriculaire, de l'arythmie complète, de la fibrillation ventriculaire, de l'alternance du cœur, et des arythmies plus complexes.

Fidèle au titre de son ouvrage, l'auteur donne à la partie purement clinique des descriptions l'importance fondamentale qu'elle mérite et que réclament l'étudiant et le praticien. Mais il fallait au cours de chaque chapitre rappeler les données essentielles de l'anatomie pathologique et de l'expérimentation, pour aider à comprendre le mécanisme et la pathogénie des troubles, compréhension sans laquelle il ne saurait y avoir de thérapeutique rationnelle. Et surtout M. Clerc a donné à la partie graphique toute la place qu'elle mérite pour ce qu'elle apporte de données indispensables à la clinique. Son livre est abondamment illustré de tracés : cardiogrammes, phlébogrammes, et électro-cardiogrammes, dont l'ensemble forme un véritable atlas des arythmies, dans lequel chaque dessin porte son commentaire.

Dans la dernière partie de l'ouvrage est exposée la thérapeutique des arythmies. Après nous avoir montré l'action générale du système nerveux sur le cœur, et l'action des principaux médicaments utilisés en thérapeutique cardiaque, M. Clerc nous indique la conduite à tenir en présence de chaque variété particulière d'arythmie.

Débarrassé de toute discussion théorique inutile, rédigé dans une langue simple et claire, abondamment illustré, ce livre, dont un grand mérite encore est de nous donner à propos de chaque sujet l'opinion personnelle d'un homme dont on sait toute la compétence, prendra place dans la bibliothèque de l'étudiant et du médecin soucieux de faire profiter leurs malades des connaissances qu'il leur apporte.

Jacques Decourt.

Séméiologie cardio-vasculaire. Les troubles fonctionnels, par Ch. Laubry. Doin, éditeur.

M. Laubry nous donne dans cet ouvrage la substance des belles leçons cliniques professées dans son service et tant goûtées de ses auditeurs.

Sans souci d'une documentation livresque, il laisse sa grande expérience s'épancher librement et nous instruire à chaque page. Les troubles fonctionnels des affections cardio-vasculaires, ce n'est point là sujet nouveau ; mais M. Laubry le fond dans un creuset personnel, l'enrichit de sa méditation, et nous l'expose dans un style d'une rare séduction.

La première leçon nous rappelle que la séméiologie est la médecine même, puisqu'elle constitue ce qu'il y a de durable dans la médecine. Et cela est vrai surtout pour les affections cardio-vasculaires, qui ne se laissent pas facilement intégrer dans des cadres didactiques basés sur la pathogénie, mais où tout réside dans les symptômes et leur interprétation.

Puis voici, superbement décrits, expliqués, interprétés, ces troubles fonctionnels si variés dont est constituée la plainte de nos malades, mais dont il faut connaître les nuances, pour pouvoir en provoquer la description plus précise, en extraire le sens.

Voici quatre leçons sur les douleurs cardiaques, sur l'angine de poitrine, une leçon sur les palpitations. Viennent ensuite trois chapitres sur les dyspnées cardiaques, depuis la dyspnée simple

commune, jusqu'aux grands paroxysmes de l'asthme cardiaque et de l'œdème aigu du poumon : un chapitre sur la respiration de Cheyne-Stokes, un autre sur les petits signes respiratoires et thoraciques d'origine cardio-vasculaire. Plus loin, six belles leçons développent les troubles fonctionnels cérébraux secondaires aux affections circulatoires : la céphalée, les troubles du sommeil, les troubles psychiques, les troubles moteurs et sensoriels, le vertige, la syncope. M. Laubry nous décrit ensuite le syndrome abdominal et les hémorragies viscérales dans les affections cardio-vasculaires, puis le syndrome périphérique : les troubles fonctionnels des membres. Il termine avec l'étude approfondie des troubles généraux et en particulier de la fièvre dont il montre tout l'intérêt au cours des affections cardiaques comme des affections vasculaires.

Une analyse ne peut dégager toute l'atmosphère qui enveloppe ce livre. Tout y est pesé, discuté, interprété, non seulement avec la haute compétence que l'on sait, avec une multitude d'aperçus originaux, mais encore avec un talent d'expression qui rend la lecture de ce livre infiniment attachant.

Jacques DECOURT.

Les Possédés, par DOSTOIEWSKI, suivis de *La Confession de Staroguine*. Seule traduction intégrale et conforme au texte russe, par Jean Chazeville, 3 vol. in-12. 1180 p. Prix : 27 fr. Editions Bossard, 43, rue Madame. Paris.

Dans ces trois volumes, on trouvera, traduite pour la première fois l'œuvre la plus hallucinante et la plus actuelle de Dostoiewski, prophète de la révolution.

Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications, résultats), par L. DELHERM et MOREL-KAHN, in-8, 252 pages, 134 figures hors texte. Prix : 25 fr. Maloine éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine. Paris, VIe.

Les auteurs ont voulu faire un livre pratique permettant au spécialiste de trouver des renseignements souvent épars, et au praticien de comprendre les résultats de l'examen radiographique.

Ils ont, dans cette double intention, divisé leur travail en trois parties : la description des positions principalement utilisées en radiographie, en insistant sur les principales précautions à observer ; la deuxième rappelant les résultats obtenus, la troisième, les principales indications. C'est ainsi que la première partie étant un guide-mémoire pour le spécialiste, les deux autres s'adressent plus particulièrement au praticien qu'une table guidera avec facilité. A côté des positions classiques, les auteurs ont fait une large place à quelques positions encore peu utilisées, par exemple : positions de Hirtz pour la radiographie du crâne, position de profil pour l'étude de la colonne cervicale, de la hanche, de la vésicule biliaire, etc.

Sans avoir la prétention d'être complet, ce livre est, tel qu'il a été conçu, et grâce à l'abondance des figures, appelé à rendre de grands services.

Manuel élémentaire de puériculture, par le Dr Clotilde MULON. Deuxième édition entièrement refondue. 1 volume de 234 pages avec 21 figures : 10 fr. Masson et Cie, éditeurs.

Le manuel élémentaire de Puériculture du Dr Clotilde Mulon s'adresse toujours aux femmes qui veulent apprendre leur métier de mère, aux infirmières visiteuses, au personnel des crèches, des pouponnières, des chambres d'allaitement, des garderies. En outre, la puériculture s'étant convenablement développée au point d'être admise comme spécialisation dans le diplôme de l'Etat français; et les Sociétés de la Croix Rouge l'ayant toutes imposée dans la plupart de leurs sections, ce petit manuel permettra de jeter le plus souvent les bases de cet enseignement.

Poitrinaires et grandes amoureuses. Deuxième série, par le docteur CABANÈS. édité par les laboratoires Cortial, 10, rue Bérenger, Paris.

Cette plaquette est consacrée à Elvire et à Rachel.

Elvire, la muse du poète de Lamartine, qui, après les amours passagères de la jeune Graziella, fut Mme Charles, femme du grand physicien. C'est surtout d'elle que nous parle le Dr Cabanès. Cette grande amoureuse fut-elle aussi tourmentée par ce mal inéluctable qui lui valut sept semaines d'une affreuse agonie, loin de son poète qui apprit à Milly la mort d'Elvire. Neuf mois plus tard, Lamartine venait prier sur la tombe de celle dont il n'avait pas eu la consolation de fermer les yeux.

L'histoire de *Rachel*, non moins attachante, est plus courte. Comme le disait elle-même la grande tragédienne, ce fut un rêve, un beau rêve, la vie de la fille de ce petit colporteur israélite, née dans une misérable auberge suisse. Paris consacrait son génie, alors qu'elle n'avait pas 20 ans. Dès l'âge de 22 ans, elle commence à souffrir de ce terrible mal qui peut-être ne fut pas étranger aux ardeurs irrésistibles avec lesquelles elle remplit au théâtre les rôles d'*Adrienne Lecouvreur*, d'*Angelo*, de *Phèdre*, et des grandes amoureuses qu'elle immortalisa. Tant fêtée du public du monde entier où elle dispersa son talent, elle mourut à peine âgée de 37 ans, laissant le souvenir d'une artiste qui ne fut guère égalée depuis.

De nombreuses figures reproduisent les traits du poète, homme d'Etat, A. de Lamartine, et les sites charmants où il rencontra Elvire, ainsi que les portraits de Rachel illustrent le texte de l'auteur.

Les médecins sauront gré aux laboratoires Cortial d'avoir fait éditer à leur intention cette luxueuse plaquette.

Collection « Les villes d'art célèbres », Tolède, par Elie LAMBERT, 1 vol. in-8°, 113 gravures. Broché : 12 fr. H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris VI°.

Il manquait à la collection des « Villes d'art célèbres » un volume sur *Tolède*, une des plus belles villes d'art qu'il y ait au monde, la vieille cité métropole où dans un paysage extraordinaire l'Orient et l'Occident ont accumulé au cours des siècles tant d'œuvres admirables.

M. Lambert était particulièrement qualifié pour écrire ce livre, car, après s'être spécialisé dans les études d'art comparé, il vient de passer plusieurs années en Espagne où il a enseigné l'histoire de l'art aux Instituts français de Madrid et de Barcelone. De cette ville aussi complexe qu'émouvante, il a su nous faire comprendre et sentir la beauté ; et son livre nous retrace par là même dans un vaste tableau d'ensemble l'histoire presque entière de la civilisation et de l'art espagnols

Les phases si diverses de l'histoire de Tolède sont tour à tour évoquées. Après nous avoir montré ce qu'on y retrouve de Rome, des Visigoths, des Arabes, et ce qu'a été l'évolution de l'art « mudéjar », l'auteur décrit la célèbre cathédrale, élevée loin de France dans le style gothique français, puis enrichie prodigieusement, les œuvres de la grande époque des rois catholiques, celle de la Renaissance, italianisées de plus en plus. Enfin, une étude spéciale est consacrée au Greco, le peintre mystérieux et attirant qui a passé à Tolède la plus longue part d'une vie énigmatique.

Une superbe illustration complète le texte et donne au livre sa pleine valeur. Dans une ville abondamment exploitée par les photographes professionnels. M. Lambert a su trouver de nouveaux et magnifiques aspects, et un grand nombre de photographies inédites rappellent les merveilleux tableaux où se combinent à Tolède la beauté des monuments, la grandeur du paysage et la magie de la lumière.

Les Réincarnations du Père Ubu, par Ambroise VOLLARD, avec un portrait de l'auteur par Georges Rouault. 1 vol. Le Divan, 37, rue Bonaparte, Paris.

On connaît les aventures du Père Ubu à la guerre, au Service de Santé, dans les P. T. T. Publiées en plaquettes séparées, elles connurent un vif succès. Les amis du Père Ubu seront heureux de les trouver réunies en un seul volume.

Le galant gynécologue, par Fernand AUBIER. Roman. Bois originaux de Sima. 1 volume sur alfa bouffant. Collection des Lettrés n° 3, 10 fr. Ed. Montaigne. Impasse Conti, 2, Paris

Le gynécologue dont l'histoire est si puisamment racontée par Fernand Aubier semble avoir une double puissance, humaine et divine. Résumer en quelques lignes les savoureuses péripéties de ce roman exposerait à en donner une idée fausse. Le thème est en effet d'une rare audace. Mais l'auteur, avec une souplesse surprenante, évite le détail qui pourrait choquer les délicats. Jamais le freudisme n'avait inspiré un livre plus amusant. La conclusion ? L'auteur semble l'avoir trouvée dans cette phrase de Saint-François de Sales, qu'il épingle en exergue de son XXV° chapitre : « Ne permettez jamais Philothée qu'aucun ne vous touche ni civilement, ni par manière de folastrerie, ni par manière de faveur ».

Précis de thérapeutique, par le Dr CARNOT et les professeurs agrégés, F. RATHERY et P. HARVIER. Un vol. de 640 pages, in-8°. Librairie J.-B. Baillière et fils. Prix : 32 fr.

On sait à quel degré de perfectionnement M. Carnot a porté l'enseignement de la thérapeutique à la Faculté, grâce à la méthode qu'il a su y introduire, grâce aussi à l'aide précieuse qu'il a trouvée en MM. Rathery et Harvier. De là est né le Précis de thérapeutique dont vient de paraître le Tome Ier, consacré à l'*Art de formuler* et aux *Médications générales*, les autres devant comprendre, le second les médications d'organes, et le dernier, la diététique, la physiothérapie et la créno-climatothérapie.

M. Carnot débute par l'art de prescrire et ses principes. Il montre ensuite comment traiter soit les maladies à protozoaires (paludisme, amibiase, etc.), soit les maladies infectieuses générales, que ces dernières appellent un médicament spécifique (syphilis, rhumatisme) ou antiseptique d'ordre général.

M. Rathery s'occupe des médications spécifiques proprement dites : bactériothérapie, vaccination, sérothérapie, à côté desquelles doivent prendre place les méthodes d'activité moins immédiate. L'auteur finit par une revue des intoxications diverses et des moyens de les combattre.

M. Harvier enfin a rédigé les chapitres substantiels consacrés aux maladies de la nutrition (diabète, goutte, obésité, etc.) et présenté l'état actuel de l'opothérapie. Nous signalons particulièrement les pages consacrées à l'insuline et à son rôle thérapeutique.

Sans doute, rien n'a été négligé pour que chaque partie représentât une soigneuse mise au point de la question correspondante ; mais ce qui est non moins remarquable c'est l'esprit dans lequel le livre a été rédigé. Connaissant, grâce à leur expérience de chaque jour, quelles difficultés techniques assaillent l'étudiant, et soucieux, avant tout, de les aplanir, les auteurs, bien que fournissant les renseignements les plus précis et multipliant les formules les plus pratiques, se sont efforcés d'éviter dans le texte tout ce qui pouvait le compliquer ou l'alourdir. Seule une constante collaboration pouvait aboutir à un ensemble où la clarté le dispute à l'unité. Un pareil précis ne pourra manquer de trouver auprès du public médical tout le succès qu'il mérite et l'apparition de ce premier volume fait désirer vivement celle, prochaine, des deux autres.

A. CLERC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les Suppurations péripharyngiennes. Etude Technique et thérapeutique, par P. TRUFFERT, 1 vol. des **Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales**, 156 p., 6 fig. : 12 fr. (Les Presses Universitaires de France.)

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Album de photographie en héliogravure, la Vallée du Rhône et ses Villes d'art.

La Compagnie P.-L.-M., qui a déjà publié deux albums de photographies en héliogravure consacrés, l'un, au Dauphiné et la Savoie et l'autre à la Côte d'Azur, vient d'en éditer un troisième sur les villes d'art de la Vallée du Rhône.

Sous couverture en couleurs au format 20/15, le nouvel album comporte 24 illustrations, d'une haute valeur artistique, qui synthétisent la région et évoquent son passé.

Comme les précédents, il est mis en vente, dans les principales gares du réseau au prix de 4 fr.

Les demandes d'envoi recommandé, par poste, doivent être accompagnées de la somme de 4 fr. 70 pour la France et de 5 fr. 35 pour l'étranger et être adressées à l'Agence P.-L.-M., rue Saint-Lazare ou au Service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 29. Le Numéro : 50 Centimes 18 JUILLET 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie .... 40 fr
Union postale........ 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. *7 juillet.* — M. GIRARD. Les égagropiles. — M. GUEULLETTE, De l'invagination intestinale. — M. VIVAS (A.) Fractures méconnues de la colonne vertébrale. — Mlle MIRCOUCHE. A propos de la myomectomie pendant la grossesse. — M. JULIEN (Robert). Etude sur les tumeurs du testicule chez l'enfant. — Mlle CREMER (M.). Etude du procédé de Le Fort. — M. DESOUBRY. Des interventions chirurgicales dans les rétentions placentaires.

— M. LENFANT. La cure dite de Luxeuil. — M. DUCROIX. Traitement des cirrhoses du diabète. — M. LEFEBVRE (A.). Les logements (sanatoria). — M. FOUCHÉ (R.). L'appendice fonctionne-t-il comme glande à sécrétion interne ? — M. ROUX (J.) Etude du traitement du rhumatisme blennorragique. — M. BIGUET. Etude de la formule d'Arneth dans la tuberculose. — M. IZARD. Etude de l'oléo-thorax (traitement des pleurésies).

— M. DUPREZ. Les irradiations par rayons X (traitement du psoriasis). — Mme CAMCHANSKY. Myopie passagère. — M. CHAMBET (P.). Etude sur le traitement de la syphilis. — M. CHABROL (H.). Etude statistique des chancres extragénitaux. — M. BENOISTE-PILLOIRE. Les arthrites suppurées de la hanche du nourrisson. — M. TURMANN (J.). L'hématocèle rétro-utérine (tumeur de l'ovaire).

— Mlle NOEL. Extension anormale du gros orteil. — M. GOLDSIN (N.). Radiodiagnostic des abcès migrateurs par le lynodal. — SARRAMAGNA. L'aréflexie archilléenne. — M. BENAD (L.). Zona et varicelle. — M. BECKER. Mal de mer. — CHAUVEAU. De l'ostéite fibro-géodique. — M. PÉRISSON. Etude clinique des troubles dans l'hémiplégie.

(Thèses vétérinaires) — M. DESPRUNIÉE. Toxicose à galactogène. — AMÉ. Rétention du placenta et métrite chez la vache.

8 juillet. — M. SAINT-PIERRE (Adrien). Hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né. — M. SOUVESTRI. Fonctionnement du pavillon d'allaitement de l'Ecole de puériculture. — M. MARCOTTE (A.). Etude des pyélonéphrites chez la femme. — M. BOURDIN (Ch.). L'anesthésie par l'injection intraligamentaire. — M. MENGUY. Essai sur la chirurgie de l'amygdale non dégénérée. — WILBERT. Anesthésie du voile du palais par injection de novocaïne. — M. ZAMMIT. Etude des malformations congénitales du nez.

(Thèses vétérinaires). — M. CHARITAT. De la castration des cryptorchides.

9 juillet. — (Thèses vétérinaires.) — M. PERROT. Traitement des arthrites traumatiques par le biiodure de mercure. — M. CHARBONNIER. De la gravité de la vaginite granuleuse chez la vache. — M. MATHIEU. Les paralysies viscérales d'emblée dans la rage du chat.

— M. LETONDAL. Etude du mégacôlon chez l'enfant. — M. CRIAUD. Etude d'un cas de syndrome de Raynaud. — Mme MICHON. Les injections de lait dans le traitement des affections du premier âge. — M. PARISOT. Etude clinique de 550 cas de craniotabes. — M. VESSELLE. L'otite du nourrisson. — M. DEREKUS. Cas d'abcès du poumon chez les nourrissons. — M. GILBERT. La polydactylie hérédo-syphilitique. M. ARTAUD. Etude du crâne dans l'hydrocéphalie.

— M. SOLANES. Mécanisme de production de l'anthrax. — M. SALASE. Etude de la tension veineuse dans les varices. — M. SURMONT. Etude du pseudo-xanthome élastique. — M. ROBERT. Albumino-expectoration et hémoptysies occultes. — M. SIMON. Du rôle de la syphilis dans certaines cirrhoses. — M. BRUNO. Rôle de la mission Rockefeller (organisation tuberculeuse en France). — M. CHASSIGNEUX. Etude du traitement des péritonites tuberculeuses. — M. KRASSITCH Etude des hématuries sur les reins polykystiques. — M. KONRAT. Etude des abcès du mal de Pott.

— M. NITZBERG. Sur un cas de sarcome du poumon. — M. AUGER (R.). L'évolution des syndromes parkinsoniens. — M. POUILLAT. Méningite à pneumocoques. — M. LALELLEC. Traitement des diarrhées des tuberculeux. — M. ANTONINI. Les réactions cutanées de l'insuline. — DIOSI. Le football au point de vue médical. — GUINARD. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

— M. HUET, Etude du prurit anal. — M. ARMINGEAT. Etude de la thiosinamine. — M. TOUCHARD (G.). L'Eryngieum maritimum. — Mlle DESGREZ. Etude de la toxicité de la caféine. — M. ROSENSTEIN. Etude étiologique de schistosomiose humaine. — M. LEMKIN. La èpre. — M. RAMÉ. Etude et traitement du rhinophyma. — M. BIENFAIT. Chancres syphilitiques des doigts.

M. LEROY (G.). Les cités des cheminots du Nord. — M. LAURENT. Etude d'un cas d'anévrisme poplité. — M. PÉROZ (A.). Les invaginations au niveau de la cicatrice ombilicale. — M. DELORD. Un cas de fracture du rachis. — M. BOURGOUDJIAN. Etude sur les kystes hydatiques. — M. MÉNARD. De la résection dans les tumeurs blanches. — M. LANGROIS. Valeur diagnostique du ganglion de Troisier.

10 juillet. — (Thèses vétérinaires.) — M. QUENTIN. L'exploration rectale chez le cheval. — M. GABEAU. Etude sur des blessures par armes de guerre chez le cheval. — M. BOUFFANAIS. Etude de l'arthrite infectieuse des veaux.

11 juillet. — (Thèses vétérinaires) — M. LE MÉTAIS. Injections intraveineuses dans les grandes infections. — M. LAMARRE. La typho-anémie infectieuse du cheval. — M BRÉVOT. Etude sur les eaux résiduaires d'abattoirs.

— M. RIVAS. Des abcès du cerveau. — M. PAPIN. Cancer primitif du foie à forme nodulaire. — M. BATISSE. Etude des tumeurs primitives de la plèvre. — M. LEFRANÇOIS. L'insuffisance hépatique facteur de la migraine. — M. CAPEL. Luxation totale du métatarse en dehors. M. LEHMAN. L'Erysimum dans le traitement de la lithiase biliaire. — M. HYPOLITE (Gustave). Etude du planchton cardiaque. — M. LÉVY-LEBHAR. Etude sur la Ve vertèbre lombaire chez l'adulte. — M. GOURNAY. Etude sur la polyurie infundibulaire.

— HEMPEL. Etude des abcès du sein chez la jeune fille. — M. DUCHAMP DE LA GENESTE. Etude de la petite hernie ombilicale de l'enfant. — M. TERME (M.). Etude du mal vertébral postérieur. — M. THÉODORESCO. Le myxœdème syhilitique. — BERNARD. Etude de l'ostéochondrite disséquante. — M. HUET. Etude des tumeurs des os. — M. JOUANNOT. Etude des angiomes de la glande sous-maxi laire.

M. MARION-LANDAIS. Les fractures dans l'ostéomyélite. — M. VINOT. Les occlusions aiguës du pylore chez l'adulte. — M. POLYCHRONIADÈS. La lithiase vésicale (traitement par la lithotritie). — M. SIMON (Joseph). Kystes pancréatiques d'origine péritonéo-congénitale. — M. COURLAUD. La chronaxie neuro-rétinienne. — M. KARDOS. Etude sur le diabète sucré. — M. SEGAL. L'opération d'Abadie dans le trachome.

M. HAZARD. Etude de la base tropine. — M. CHATELOT. Etude sur la lithiase biliaire. — M. GORY (M.). Les moyens à utiliser en radiologie. — M. FROMENT. Les hyperglycémies sans glycosuries. — M. PIGHEON. Les localisations extraprégastriques de la douleur tardive. — Mlle CULLERRE. Du parricide en pathologie mentale. — M. VIGUIER. Etude sur le traitement de l'épilepsie. — M. BARROT. La sclérodermie associée à la cataracte.

Hospices civils d'Orléans. — Le concours annoncé précédemment pour deux places d'internes des hôpitaux d'Orléans a eu lieu le 29 juin dernier.

Ont été nommés internes titulaires :

M. Rogier (56 points sur 60), M. Favier (47 points sur 60.)

Concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine vacantes le 1er mars 1296 dans les hôpitaux et hospices de Paris. — L'ouverture du concours aura lieu le mercredi 28 octobre 1925, à 9 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés de quatorze à dix-sept heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 septembre 1925 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

Concours de l'Internat en Médecine. — *Avis*. — La première épreuve écrite du Concours de l'Internat aura lieu à la date fixée, le jeudi 30 juillet 1925, à 9 heures, à la Faculté de Médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les Candidats porteurs du Bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'Administration au moment de leur inscription au Concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, sont invités à se présenter dès 8 h .15.

Département de l'Oise. — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin ne faisant pas de clientèle, chargé du service des dispensaires dans le département de l'Oise, aura lieu, au Comité National, le 15 octobre prochain.

Hommage au Dr Demelin. — Les amis et élèves du docteur Demelin, accoucheur de la Maternité, ont constitué un Comité pour lui offrir un souvenir à l'occasion de son départ des hôpitaux. Les souscriptions sont recueillies à la librairie Octave Doin, 8, place de l'Odéon.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le docteur Ducamp, directeur du bureau municipal d'hygiène de Lille, a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

Facultés de Médecine. — Bordeaux. — La chaire de physique pharmaceutique est transformée en chaire de physique médicale et pharmaceutique.

M. Sigalas, professeur de physique pharmaceutique, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de physique médicale et pharmaceutique. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— La chaire de physique biologique et clinique d'électricité médicale est transformée en chaire d'électroradiologie et clinique d'électricité médicale.

M. Réchou, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre, professeur d'électroradiologie et clinique d'électricité médicale. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— Toulouse. — Il est créé une chaire d'oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université).

M. Escat, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur d'oto-rhino-laryngologie. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— L'Institut de puériculture de Toulouse est rattaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, conformément à la convention intervenue entre le doyen de cette Faculté et le directeur dudit Institut.

— Montpellier. — *Création de chaire*. Le Conseil municipal de Montpellier a adopté, à l'unanimité, le principe de sa participation à la création d'une chaire magistrale de vénéréologie à la Faculté de médecine.

Médailles d'honneur de l'Assistance Publique en Algérie. — *Médaille d'or.* — M. Jagier, interne de 1er classe à l'hôpital de Mustapha.

Médaille d'argent. — MM. les docteurs Houel, à l'hôpital civil de Mustapha ; Pétrolacci-Stéphanopoli, à l'hôpital civil de Bone.

Guerre. — Passent dans la réserve.

MM. les médecin principaux de 1er classe Vuillaume et Sallet.

M. le médecins principal de 2e classe Castaing.

MM. les médecins-majors de 1er classe Magerand. Laporte, Bussy, Diennot, Tellier, Spindler, Moissedey, Forget, Hameon, Colombani.

MM. les médecins-majors de 2e classe Cazotte et Paoletti.

M. le médecin aide-major de 1er classe Simon.

Nécrologie. — Dr Bourdier. (*Voir la suite page* 1087).

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement des papillomes du larynx chez l'enfant.

Par le Dr Louis LEROUX.
Assistant de laryngologie à l'hôpital St-Antoine.

Une évolution d'importance considérable s'est produite récemment dans la conception et la mise en pratique du traitement des papillomes laryngés de l'enfant. Au traitement chirurgical palliatif ou curatif, isolé ou associé à une médication interne ou locale, vient s'opposer la thérapeutique par les agents physiques : curiethérapie et röntgenthérapie.

Cette évolution relève de deux causes : 1° les échecs fréquents du traitement chirurgical, malgré la multiplicité des méthodes et des techniques proposées, amenant nombre de laryngologistes à se contenter d'un traitement palliatif : la trachéotomie ; 2° une nouvelle conception de la nature des papillomes considérés non plus comme une tumeur, mais comme le résultat d'une infection.

Avant donc d'exposer les méthodes chirurgicales classiques ou modernes, le traitement médical et l'action des agents physiques et de discuter leur valeur théorique et leurs résultats pratiques, il est nécessaire de rappeler les caractères histologiques et cliniques des papillomes qui permettront d'établir les conditions que devra remplir un mode thérapeutique pour être efficace.

Classiquement, les papillomes sont considérés comme une tumeur histologiquement bénigne, mais se comportant dans son évolution clinique comme une tumeur maligne ; ne pouvant se classer réellement dans l'une ni l'autre de ces deux catégories de tumeur.

Histologie : Le papillome est constitué par :

1° Un *pédicule* avec une zone centrale dermique (vaisseaux sans fibres élastiques et tissu cellulaire) ; et une zone périphérique épithéliale.

2° La *tumeur proprement dite* avec une zone centrale conjonctive qui pousse des bourgeons occupés par des anses vasculaires ramifiées ; et un tissu épithélial formé d'une couche de cellules cylindriques ou de cellules plates plus stratifiées.

Caractères macroscopiques : Le papillome tend à bourgeonner à l'air libre ; à s'étendre en surface surtout s'il est irrité, mais n'infiltre jamais la profondeur des tissus.

Caractères cliniques : 1° le point d'implantation primitif étant presque toujours les cordes vocales, les *papillomes obstruent rapidement la glotte*.

2° Bourgeon très vascularisé, le papillome saigne à la moindre irritation : cette hémorragie n'est pas grave par sa quantité, mais par la *propriété infectante du sang* qui ensemence de nouveaux papillomes sur la muqueuse saine du voisinage pendant que le *papillome récidive* sur place. *Récidive* et *essaimage* sont les causes d'échec des curetages et de l'extension en surface de la tumeur provoquée justement par les curetages.

3° L'évolution spontanée. Diagnostiqués chez l'enfant de 2 à 6 ans qui asphyxie, les papillomes existent probablement depuis la naissance, se traduisant seulement par l'enrouement.

Donc origine congénitale probable ; aggravation par irritation (extraction) ; *régression spontanée* souvent observée chez le grand enfant trachéotomisé depuis des années et dont le larynx a été abandonné à un repos prolongé.

Actuellement on tend à faire rentrer dans un même groupe pathologique les papillomes du larynx, les verrues planes et les condylomes accuminés qui présentent une grande similitude histologique, une égale résistance au traitement, tendance à la récidive, à la dissémination par irritation et disparition spontanée après des années.

Verrues et condylomes sont déjà considérés comme maladies infectieuses causées par virus filtrant.

Ullmann, dans des expériences capitales, a pu reproduire des papillomes sur lui-même et sur des chiens par inoculation cutanée de produit dilué du broyage de papillomes laryngés. Il a constaté la possibilité du « passage » de ces papillomes expérimentaux et surtout l'existence de *virus filtrant* par inoculation positive du produit de filtrage de papillomes expérimentaux. Enfin il suppose, sans vouloir conclure, que les papillomes ne confèrent pas l'immunité.

Le phénomène clinique de l'essaimage est donc expliqué par l'existence du virus filtrant.

Des données cliniques et expérimentales ainsi résumées, il est possible de tirer en conclusion les conditions essentielles que devra remplir un traitement idéal des papillomes laryngés de l'enfant.

Conditions du traitement idéal :

1° Destruction définitive et rapide des papillomes ;
2e Impossibilité de l'essaimage ;
3° Intégrité de l'organe vocal.

Il faut donc étudier les traitements médicaux, chirurgicaux et physiques proposés et chercher s'ils remplissent bien les conditions nécessaires.

Traitement médical.

Il comprend : 1° la *médication interne* par l'arsenic et surtout la magnésie calcinée à dose de 0.50 centigrammes par jour ; médication donnant des résultats nuls le plus souvent, mais en tous cas absolument inoffensive et encore défendue à l'heure actuelle par quelques auteurs.

2° *L'application locale de caustiques divers* : nitrate d'argent, acide acétique, formol, huile de ricin, etc. : difficile chez le jeune enfant, pouvant provoquer des brûlures de la muqueuse saine et du spasme laryngé, et surtout ineffieace.

Abandonnée en France, elle a été recommandée récemment en Amérique sous forme de badigeonnage d'alcool ou d'alcool-éther.

Traitement chirurgical.

Il a pour but soit de prévenir l'asphyxie menaçante par prolifération exagérée des papillomes (traitement palliatif) soit de guérir par l'ablation des tumeurs (traitement curatif).

Traitement palliatif :

Pour parer à l'asphyxie et éviter une trachéotomie à un tout jeune enfant on a proposé le *tubage* comme dans la diphtérie ; mais ce procédé aveugle ne peut se défendre que si le diagnostic n'est pas établi, car, le tube peut être bouché de suite par des papillomes : il peut faire tomber dans la trachée et les bronches des masses plus ou moins volumineuses, faire saigner et ensemencer l'arbre bronchique.

Pour éviter ces dangers, certains auteurs conseillent

un curetage du larynx, puis le tubage plus ou moins prolongé, qui préviendrait et combattrait le spasme et pourrait même avoir une action curative par simple pression en empêchant la reproduction des papillomes. En pratique cette action curative est nulle, par contre le danger d'ulcération et de sténose cicatricielle, comme dans tout tubage prolongé, est bien réel et suffit à condamner ce tubage du larynx en cas de papillomes.

La *trachéotomie* est donc le seul mode de thérapeutique d'urgence pour parer sans danger à l'asphyxie et permettre d'essayer ultérieurement un traitement curatif.

Peu nombreux sont les porteurs de papillomes du larynx qui n'ont pas été trachéotomisés au moins une fois au cours de l'évolution de leur affection, soit pour des récidives rapides soit pour pratiquer sans danger des ablations des papillomes ou des poses de tubes radifères, la trachéotomie a été souvent employée, jouant donc un rôle auxiliaire d'un traitement curatif.

Enfin par elle-même la trachéotomie pourrait obtenir la guérison définitive : quelquefois on a observé des cas qui, récidivant après toute tentative d'ablation, ont guéri spontanément, en un temps plus ou moins long quand, en désespoir de cause, après maints échecs, le larynx était abandonné à lui-même : ces faits certains ont amené quelques auteurs à ériger en système la mise au repos du larynx par trachéotomie sans aucun traitement laryngé proprement dit.

Malheureusement les cas heureux sont loin d'être la règle et les papillomes persistent le plus souvent même après des années de port de canule trachéale.

En pratique, la trachéotomie, opération palliative classique, ou intervention préliminaire, ne peut suppléer à un traitement curatif.

Le *traitement chirurgical* comprend des méthodes et techniques diverses qu'on peut répartir selon la classification de Sargnon et Barlatier en :

Traitement endo-laryngé.

Traitement chirurgical externe.

Le *traitement endo-laryngé* se pratique :

1° Sous le contrôle du toucher.

2° Sous le contrôle du miroir laryngé.

3° Sous le contrôle de la vision directe : laryngoscopie directe.

1° L'ablation des papillomes par *curetage automatique et écouvillonnage* à l'aveugle a été pratiqué à l'aide de curettes en tubes fenêtrés qui sectionnent les papillomes. Le plus perfectionné de ces appareils est le *papillotome d'Escat* qui fonctionne comme une tondeuse de gazon : le tube est animé d'un mouvement de rotation en deux sens et les papillomes tombent dans le tube qui fait office de panier.

Ces procédés simples, applicables à tout âge peuvent assez rapidement désobstruer un larynx ; mais ils n'empêchent pas la récidive, facilitent l'essaimage par le sang et risquent de blesser les cordes et peuvent provoquer des spasmes. Escat lui-même reconnaît que son procédé ne peut viser à la cure radicale, mais seulement à la désobstruction momentanée du larynx pour éviter la trachéotomie. Même comme procédé d'urgence, l'emploi de ces instruments paraît inutile et dangereux à cause de l'essaimage certain et la trachéotomie semble préférable.

2° Opérations *sous le contrôle du miroir : laryngoscopie indirecte.*

L'examen au miroir est impossible chez le tout petit enfant et chez l'enfant plus grand mais indocile : les traitements endo-laryngés sous contrôle du miroir ne sont donc appliqués que chez l'adolescent.

Ils nécessitent l'anesthésie locale maniée très prudemment : on emploiera de préférence la novocaïne adrénalisée (Garel).

L'ablation des papillomes nécessite plusieurs séances quelle que soit le modèle des pinces ou curettes employées. Les récidives et l'essaimage, presque de règle, contre-indiquent cette méthode.

De même la galvano-cautérisation doit être évitée car elle ajoute aux inconvénients du curetage, la possibilité de sténoses cicatricielles secondaires (Payet).

3° *Laryngoscopie directe.*

Pratiquée avec la spatule de Kirstein, avec le tube de Killian, cette méthode permet l'examen direct sans anesthésie, du larynx des enfants même tout petits et surtout l'ablation facile des papillomes sous le contrôle de la vue.

La technique la plus simple est la suivante : enfant endormi couché sur le dos, la tête en position de Rose, l'emploi de la potence n'est pas nécessaire ; un tube spatule solidement tenu à la main, suffit à maintenir la langue et l'épiglotte et assure la visibilité parfaite de l'opération. Dans cette position, la chute de débris de papillomes dans la trachée n'est pas à redouter. En cas de dypsnée intense, Garel et Sargnon recommandent de faire une trachéotomie préalable ; si la dyspnée est modérée il suffit d'avoir l'instrumentation nécessaire sous la main. Le curetage se pratique avec des pinces ou des curettes droites ; s'il a été complet, le résultat immédiat est très bon : disparition de la dyspnée, amélioration de la voix. Mais les résultats éloignés sont ceux de toute intervention sanglante sur les papillomes : *récidive* et *essaimage*. Aussi est-on obligé de recommencer sans cesse : la galvano-cautérisation ou la cautérisation à l'alcool, acide chromique, etc., de la base des papillomes ne paraît pas empêcher la récidive.

Nombreux sont les cas où l'ablation en laryngoscopie directe a été pratiqué 10 ou 14 fois, sans succès ; le chiffre le plus élevé de ces curetages sur un même malade paraît être 32 (Plum).

La plupart des petits malades ont dû être trachéotomisés, soit à cause de la dyspnée, soit pour mettre le larynx au repos et ce recours à la trachéotomie a la valeur d'un aveu d'impuissance de l'ablation par les voies naturelles.

Traitement chirurgical externe

Il comprend : la trachéotomie ;

La thyrotomie ou laryngo-fissure ;

La laryngostomie.

Le rôle palliatif de la trachéotomie d'urgence a été déjà étudié ; le rôle curatif par la mise au repos du larynx, reposant sur ce fait de quelques régressions spontanées vers l'âge de 12 ans, est surtout admis par Garel.

Mais à l'incertitude de la guérison, s'ajoutent, pour diminuer la valeur de cette méthode, des inconvénients graves : facilité des complications broncho-pulmonaires, essaimage et envahissement de la trachée le long de la canule ; arrêt du développement du larynx qui reste infantile, sténose fibreuse trachéale sus-canulaire nécessitant ultérieurement un long traitement de résection et dilatation trachéale quand la canule pourra être enlevée.

Thyrotomie. (Laryngo-fissure) :

Cette opération a pour but de permettre l'abord direct et sûr dans la cavité laryngée ouverte comme une coquille et l'ablation totale et d'emblée des papillomes.

L'opération est simple : section de l'angle thyroïdien et écartement des deux ailes ; on évitera la section du cri-

coïde ; la trachéotomie préalable est le plus souvent indispensable.

Le larynx étant ouvert et les papillomes sous la main on les détruira par curetage galvano cautérisation, puis le larynx est refermé et la canule enlevée au bout de quelques jours. Les résultats ne répondent pas aux espoirs mis dans cette méthode, comme dans toute ablation sanglante on voit souvent se produire : récidive et essaimage. En vain a-t-on renouvelé les thyrotomies, la récidive est la règle, la non récidive l'exception. Pour l'éviter on peut ne pas refermer le larynx.

Laryngostomie (Béco-Sargnon) :

Le larynx reste ouvert et surveillé : toute récidive sera traitée de suite par des caustiques, la magnésie calcinée, le galvanocaustie. S'il y a tendance à la sténose, on fera du tamponnement à la gaze avec la dilatation caoutchoutée. Si la récidive ne se produit pas au bout de 6 mois on pourra laisser le larynx se fermer ou faire une plastique.

La stomie laryngée peut servir de voie d'accès pour le traitement moderne par les agents physiques : pose de tube de radium, diathermo coagulation (Bourgeois-Leroux).

Outre l'inconvénient de laisser pour un temps indéterminé un larynx ouvert, la laryngostomie a celui d'altérer profondément et définitivement la voix, ce qui pour Garel suffit à condamner la méthode.

En réalité, la dysphonie persistante peut être due autant aux papillomes eux-mêmes qu'à l'opération et la laryngostomie peut permettre souvent une voix suffisante si la fermeture secondaire du larynx est bonne.

D'après les défenseurs mêmes de cette méthode (Beco-Sargnon) la laryngostomie doit être réservée aux papillomes suffocants rebelles et récidivants. Cette conclusion était vraie jusqu'à ces derniers temps avant l'utilisation des agents physiques ; car si on considère l'ensemble des traitements chirurgicaux, on voit qu'ils sont tous passibles du même reproche : être sanglants donc faire récidiver, faire essaimer les papillomes, ne pas les guérir rapidement et définitivement, mais au contraire souvent en provoquer le développement en surface.

Aucun ne répond aux conditions indiquées et en pratique, après maintes tentatives infructueuses, on en arrivait de laisser une canule à demeure espérant une résorption spontanée plus ou moins tardive.

Traitement par les agents physiques

Employés depuis peu d'années les agents physiques, radium, rayons X et diathermie ont donné de bons résultats et après une période de tâtonnement inévitable, on est en droit d'espérer que le traitement rationnel des papillomes laryngés est enfin bien déterminé et au point.

La *diathermo-coagulation*, un des modes d'emploi des courants de haute fréquence, est le dernier venu des agents physiques, mais paraît devoir être réservé à des cas très limités. En théorie, la haute fréquence, qui agit alors par l'effet de la chaleur et coagule les tissus malades, doit agir efficacement sur les papillomes ; mais il faut porter l'électrode active au contact des régions malades soit par les voies naturelles, soit par thyro-fissure.

D'après Bourgeois, Dutheillet, de Lamotte, Portmann, Poyet (rapport au Congrès de la Société Française, O. R. L., 1924), le traitement nécessite plusieurs séances : les applications sont faites en laryngoscopie directe, sous anesthésie générale et il est quelquefois indispensable de faire une trachéotomie préalable pour éviter des spasmes.

Par laryngostomie, la diathermo-coagulation se fait facilement après coca-adrénalisation et en quelques séances on peut obtenir la guérison.

En pratique, la diathermo-coagulation a été et sera peu employée parce que, appliquée par les voies naturelles chez l'enfant, elle présente trop de difficultés même chez des sujets trachéotomisés et qu'on ne peut proposer une laryngostomie préliminaire alors que la radiothérapie permet maintenant la guérison sans intervention laryngée. Elle est donc justifiée seulement chez un enfant dont le larynx est déjà ouvert.

Curiethérapie

Ce traitement par le radium a été essayé depuis 1911 par des méthodes différentes ; application intra-laryngée, extra-laryngée ou mixte.

Le tube radifère peut être porté dans le larynx par thyrotomie ou laryngo-fissure ; par voie rétrograde après trachéotomie ; par les voies naturelles.

Actuellement on ne peut justifier une thyrotomie pour simple pose de radium, on réservera cette méthode aux enfants ayant déjà le larynx ouvert.

La voie rétrograde par la plaie de trachéotomie paraît la plus facile chez l'enfant porteur de canule : ablation de canule, cocaïnisation, pose de tube tenu par un fil de soie, remise en place de la canule, de longues applications sont ainsi possibles. Cependant souvent l'introduction et surtout l'ablation du tube radifère sont rendues difficiles par la présence d'un éperon fibreux sus-canulaire.

Dans ce cas on peut par laryngoscopie directe passer un fil conducteur qui ressortant par la stomie trachéale fera descendre le tube et le maintiendra dans le larynx : l'ablation se fera ainsi par les voies naturelles, ayant eu soin de mettre un deuxième fil à l'extrémité supérieure du tube.

L'introduction du radium par les voies naturelles nécessite la laryngoscopie suspendue. Les premiers traitements (Killian, Polyak) comprenaient des courtes séances répétées (3 minutes). Milligan, Gardonnews font des séances de 20 à 35 minutes sous anesthésie à l'éther : le tube d'émanation est maintenu dans la glotte par une pince sous le contrôle de la vue : de 1 à 6 séances, tous les deux mois.

Ce mode de traitement nécessite presque toujours la trachéotomie préalable et paraît inutilement compliqué, il oblige à des anesthésies générales répétées et risque des brûlures de la muqueuse laryngée si le filtrage n'est pas parfait.

L'application externe est beaucoup plus rationnelle, elle est pratiquée soit isolément (Gardonnews), soit en même temps que l'application intralaryngée (Gardonnews, Van den Wildenberg).

Les doses varient selon les auteurs, ainsi que le nombre et la durée des séances. Traitement endolaryngé : séances courtes répétées (Kilian, séance de 3 minutes jusqu'à un total de 40 heures). Séances courtes et forte dose (Frendenthal 100 milligrammes de radium en séance de 35 minutes) ; séances longues et faible dose Aage Plum 10 milligrammes de radium, 1 à 3 séances de 24 heures). Traitement extra-laryngé : Gardonnews (3000 milligrammes par heure, filtre de 2 m. 5 bois et 2 millimètres plomb.

Traitement mixte : Gardonnews (endolaryngé 75 à 150 milligrammes sous filtre, plusieurs séances de 20 à 25 minutes : extralaryngé comme ci-dessus) ; Van den Wildenberg (1924) (intra-laryngé 25 milligrammes de radium filtre 1 millimètre 1/2 argent. 2 séances d'une demi-

heure ; extra-laryngé, appareil moulé à 3 cm. de la peau donnant 5 milligrammes par centimètre cube de surface radiante avec filtre de 2 millimètres de cuivre : durée 20 heures.

Les résultats de la curiethérapie ne paraissent pas aussi satisfaisants qu'on pourrait le croire étant donnée la faible radiorésistance des papillomes : la statistique la plus fournie celle de Gardonnews, indique 11 guérisons sur 26 cas, Cage Plum obtint 2 guérisons sur 4.

Il est impossible à l'heure actuelle de porter un jugement sur la valeur du traitement par le radium : depuis les premières tentatives de Killian 1911, modes d'emploi, doses, filtrage du radium, ont varié et ne semblent pas, en ce qui concerne les papillomes du larynx être arrivés à constituer une technique bien définie. Mais il nest pas improbable que d'ici quelque temps on obtienne une méthode excellente et à résultats constants.

En tous cas, il paraît bien certain, que l'intubation du radium, par quelque voie qu'on le fasse, ne présente que des inconvénients : il ne s'agit pas d'agir par contact et cette méthode qui nécessite l'anesthésie générale, la laryngoscopie suspendue, la trachéotomie, peut dès maintenant être abandonnée pour l'application externe qui par un dosage plus exact, et un bon filtrage pourra obtenir peut-être d'aussi bons résultats par les rayons X.

Rontgenthérapie

Essayés bien après le radium les rayons X ont obtenu bien plus rapidement des résultats excellents et qui paraissent durables. Jusqu'à présent, à cause même de son emploi récent, il semble que le Röntgenthérapie n'a été essayée que sur de jeunes sujets ayant déjà subi plusieurs tentatives chirurgicales et ayant été trachéotomisés après échec. La disparition des papillomes se fait rapidement après quelques séances : la dyspnée disparaît d'abord, permettant l'ablation de la canule, puis la dysphonie s'améliore : le malade crache parfois des débris de papillomes. Après traitement la cavité laryngée paraît au miroir totalement débarrassée de masses papillomateuses. Les doses employées ont été : 8 à 10 h. avec filtre de 1 cm. d'aluminium, étincelle de 27 cmc. 3 à 4 séances (Lemaître) ; soit 7.000 R. par les portes d'entrée, filtre de 5/10 de mill. zinc et de 2 millimètres d'aluminium, étincelle de 40 cm distance focale de 30, localisation 10, deux séries de deux mois d'intervalle pour arriver à un total de 14.000 R (Solomon).

D'après Lemaître, les rayons agiraient non sur les papillomes eux-mêmes, mais sur la muqueuse inflammatoire qui leur a donné naissance. L'action porte directement sur la cause et indirectement sur la production papillomateuse.

La Röntgenthérapie ne paraît pas présenter d'inconvénients graves : La périchondrite par radionécrose qui se voit dans le cancer du larynx quand les cartilages partiellement ossifiés sont envahis par l'infiltration néoplasique : ne semble pas à craindre sur le cartilage jeune, non ossifié, non envahi, des jeunes enfants, car la destruction des papillomes n'amènera aucun trouble de la nutrition des cartilages.

L'œdème laryngé n'a pas été signalé au cours du traitement radiothérapique des papillomes. La plupart des sujets traités étaient porteurs de canules, et cette canule a pu être enlevée, assez rapidement.

Pourrait-on sans risque irradier le larynx de tout jeunes enfants dyspnéiques, ou faudra-t-il faire précéder le traitement d'une trachéotomie préalable ? En tous cas une surveillance constante sera nécessaire pendant tout le traitement pour parer à une menace d'asphyxie.

Les résultats immédiats de la Röntgenthérapie sont tout à fait satisfaisants ; mais on a déjà signalé quelques récidives tardives : aussi peut-on se demander si la meilleure technique n'est pas de préparer le terrain des rayons X en débarrassant le larynx des papillomes qui l'encombrent : Les deux méthodes : rayons X isolés et rayons X après curetage peuvent se défendre également. Le traitement chirurgical suivi de suite de l'irradiation du larynx ne présente pas l'inconvénient du curetage isolé, car l'essaimage est immédiatement arrêté par les rayons X et ceux-ci n'ont plus à agir que sur la muqueuse productrice des papillomes : il est à l'heure actuelle, encore trop tôt pour établir une règle fixe.

Il est possible de conclure de cette étude que le traitement chirurgical isolé, à côté de quelques succès, a surtout de gros inconvénients : récidive et extension ; que par contre les agents physiques seuls ou plutôt précédés et facilités par un acte chirurgical donnent des résultats indiscutablement supérieurs et le plus souvent définitifs, et ne présentent pas le grave inconvénient de l'essaimage.

Actuellement les rayons X sont les mieux dosés et les mieux adaptés au traitement curatif, il est probable que le radium obtiendra bientôt les mêmes résultats.

La conduite à tenir en présence de jeunes sujets porteurs de papillomes laryngés sera donc :

S'ils ont une canule : curetage et rayons X puis décanulage.

S'ils sont vus avant la période dyspnéique en simple dysphonie avec papillomes encore peu exubérants : rayons X d'emblée

S'ils sont déjà en période dyspnéique : curetage et rayons X ou rayons X d'emblée avec surveillance étroite.

CLINIQUE MÉDICALE

Quels renseignements peut-on demander au métabolisme basal dans un service de tuberculeux (1)

Par le Dr Franck SUAU.

Avant de vous exposer les services que la mesure du métabolisme basal peut rendre au phtisiologue, je m'excuse de rappeler ce que l'on entend habituellement sous le nom quelque peu conventionnel de « métabolisme basal » je m'excuse de mettre sous vos yeux l'appareil qui est en usage dans ce laboratoire depuis plus de deux ans, mais ce sera l'occasion de rafraichir les souvenirs de quelques-uns d'entre vous et cela me permettra de vous exposer la technique qui a été employée pour arriver aux résultats personnels que j'aurai à vous communiquer tout à l'heure.

On entend par métabolisme basal la quantité de chaleur, exprimée en grandes calories, produite par heure et par mètre carré de surface du corps lorsque le sujet est au repos complet, à jeun, depuis 14 à 16 heures et en équilibre thermique.

En d'autres termes : un organisme vivant dépense une certaine quantité d'énergie que l'on peut mesurer en

(1) Leçon faite le 28 mai 1925 au dispensaire Léon Bourgeois.

calories : par exemple, un homme adulte sain dépense en 24 heures 2.600 grandes calories.

Cette quantité d'énergie peut être augmentée : par le travail par exemple, elle peut être réduite : par le jeûne par exemple mais quoi que nous fassions il est une quantité minimum, une quantité d'énergie strictement indispensable au simple maintient de la vie est..... ce que l'on désigne sous le nom de « dépense de fond » elle est due aux opérations chimiques élémentaires de nos tissus, à l'activité de nos viscères.

Pour mesurer cette quantité minimum de dépense d'énergie il faut éliminer toutes les causes accessoires d'énergie sur lesquelles nous pouvons agir.

Ces causes sont : l'*alimentation*, d'où la nécessité de mettre le malade à jeun pendant 14 à 16 heures ;

Le *travail musculaire*, d'où le repos d'une heure au minimum avant de pratiquer la mesure ;

La *température extérieure*, l'organisme ayant à lutter contre le froid ou la chaleur, dépense de l'énergie, le patient sera donc vêtu et tenu dans une pièce dont la température sera d'environ 16°.

Nous pouvons répéter la définition : le métabolisme basal est la quantité de chaleur produite par heure et par mètre carré lorsque le sujet est à jeun depuis 14 ou 16 heures, au repos complet, en équilibre thermique.

Nous avons appris en physiologie à mesurer la quantité de chaleur dégagée en une heure par un animal. Il suffit de mettre l'animal dans un calorimètre et de peser le nombre de kilogs de glace fondue en ce temps.

C'est la calorimétrie directe, méthode la plus sûre, la plus scientifiquement rigoureuse.

Cette méthode a été utilisée pour l'homme, c'est la méthode fondamentale, mais elle est peu pratique tant pour le patient que par l'installation très complexe qu'elle nécessite.

Mais si l'on se souvient que la quantité de chaleur émise par le corps d'un animal provient d'oxydations, on pourra indirectement mesurer cette quantité de chaleur en connaissant la quantité d'oxygène utilisée par l'organisme pour ses combustions.

Connaissant la quantité de chaleur dégagée par un litre d'oxygène dans l'organisme on déduira la quantité de chaleur émise par ce corps en mesurant le nombre de litres d'oxygène utilisés, tel est le principe de la méthode dite : Méthode de la calorimétrie indirecte par l'étude des échanges respiratoires.

Pour étudier les échanges respiratoires il faut enfermer le sujet dans une pièce hermétiquement close et le ravitailler en oxygène au fur et à mesure.

L'air de l'enceinte ayant la même composition à la fin qu'au début de l'expérience la quantité d'oxygène introduite dans la pièce représente exactement ce qui a été utilisé par le patient.

C'est le principe de la chambre respiratoire du Russell-Sage Institute of Pathology.

Mais là encore l'installation est complexe et la méthode s'est répandue grâce aux appareils dits à circuits ouverts.

Dans ces appareils le sujet grâce à un jeu de soupapes respire librement l'air atmosphérique ; l'air inspiré passe dans un spiromètre qui enregistre son volume.

Par des dosages de l'air inspiré et de l'air expiré l'on déduit la quantité d'oxygène consommée par le patient pendant une heure.

Ces appareils à circuit ouvert sont nombreux, je ne vous parlerai que de celui qui est là sous vos yeux ; il comprend :

Un masque de Tissot,

Un spiromètre de Verdin.

Un eudiomètre de Laulanié.

L'épreuve des dix minutes donne le volume d'air expiré ; un échantillon de celui-ci sera prélevé et dosé.

Cet appareil permet donc de mesurer et de calculer la quantité d'oxygène consommée par heure par le sujet.

On a ainsi le nombre de litres d'oxygène, d'autre part on a calculé et vérifié par l'expérience qu'un litre d'oxygène donne en brûlant environ 4 calories 83. (C'est le coefficient calorifique moyen).

On obtient en multipliant le nombre de litres d'oxygène par 4.83 la quantité de chaleur dégagée à l'heure par le sujet.

Il faut rapporter le nombre de calories trouvé à la surface du corps pour avoir, selon la définition, le métabolisme basal.

Connaître la surface de corps d'un sujet donné est un problème difficile, c'est un problème encore en discussion entre les physiciens, et le 2 janvier 1924 le Dr Faillie présentait à l'Académie de médecine un abaque tiré des formules de Bouchard pour le calcul de la surface du corps de l'homme et de la femme qui est le plus précis donné jusqu'ici.

Notre travail étant commencé avant cette date nous avons continué à nous servir de l'abaque des frères Janet, dressé conformément à la formule hauteur-poids des frères Du Bois. Avec cette abaque il suffit de prendre la hauteur du sujet, son poids et avec ces deux nombres on trouve sur l'abaque sa surface.

Pour revenir au calcul du métabolisme basal nous avons dit que le nombre de litres d'oxygène $\times 4.83 =$ quantité de chaleur à l'heure, nous rapporterons celle-ci à la surface de corps ; en divisant par S on obtient le métabolisme basal tel que nous l'avons défini.

Le chiffre obtenu est comparé à des moyennes établies par de nombreuses mesures, chez des sujets sains pratiquées par Aub et Du Bois.

Ces chiffres donnent une moyenne normale variable selon le sexe et l'âge.

Cette confrontation donne un écart en plus ou en moins et l'on dit métabolisme basal augmenté de 3 ou diminué de 3.

Mais on a l'habitude de transformer ce résultat relatif en résultat absolu en faisant le pourcentage.

Pour cela on multiplie par 100 et l'on divise par le chiffre moyen que l'on aurait dû obtenir.

On dit : métabolisme basal $= + 12$ % par exemple.

Le M. B. est modifié dans un grand nombre d'affections, son domaine est la pathologie du corps thyroïde. Il est de notion courante que le M. B. est augmenté dans la maladie de Basedow, qu'il est diminué dans le myxœdème. On sait quels services il rend tend au point de vue diagnostic d'une affection du corps thyroïde qu'au point de vue des effets d'un traitement.

Mais il s'en faut de beaucoup qu'un métabolisme basal élevé permette en dehors de tout examen clinique de conclure à une hyperthyroïdie.

Le M. B. est en effet élevé :

dans la fièvre,
dans l'acromégalie,
dans le diabète pancréatique,
dans la leucémie,
dans les maladies infectieuses,
dans certaines affections de la peau ainsi que dans divers états morbides.

Quel est le taux du M. B. dans la tuberculose pulmo-

naire, voilà la première question que nous allons essayer de résoudre.

A la date du 5 juin 1924, à la réunion plénière de la Société de biologie, le rapporteur Edgard Zunz résumait ainsi la question :

Des recherches de Barbour effectuées sur trois tuberculeux dans une chambre respiratoire de Bénédict et de celles de Mac Carnn et Barr faites dans le calorimètre du Russell Institute sur quinze tuberculeux, il résulte que le M. B. est normal ou légèrement accru lorsqu'il n'y a pas d'élévation thermique.

Selon Dautrebande, le M. B. des tuberculeux en dehors des périodes fébriles est en général élevé et instable.

Mac Brayer a souvent constaté un accroissement du métabolisme basal et une hyperglycémie.

Cordier pense que l'exagération brusque du métabolisme basal au début d'une poussée évolutive est en corrélation avec une phase d'hyperthyroïdie et constitue un élément de mauvais pronostic.

Grafe, chez dix malades, a trouvé une augmentation du M. B. sept fois, il considère comme démontré que l'infection tuberculeuse peut amener par elle-même, en l'absence de tout processus fébrile, une augmentation de la quantité de chaleur.

Pierson constate chez la femme tuberculeuse une élévation prémenstruelle et une diminution post-menstruelle mais Wakeham avait déjà signalé une modification analogue chez des femmes non tuberculeuses et sur ce point Zunz concluait que rien en l'état actuel ne permet de faire une différence quelconque entre la femme tuberculeuse et celle dont la santé est parfaite.

Dans l'ensemble, chez le tuberculeux :

le M. B. est instable,

le M. B. est accru, mais les opinions sont variables quant aux taux de cet accroissement.

Nous avons voulu serrer la question de plus près et connaitre les chiffres obtenus dans leurs recherches par ces divers auteurs.

Laissant de côté les variations menstruelles, nous avons trouvé que chez les trois malades de Barbour le M. B. est de 3 à 4 % au-dessus de la normale.

Chez les sept malades de Grafe il est augmenté de 20 à 36 %.

Nous insisterons un peu plus sur les quinze malades de Mac Carnn et Barr en raison de l'importance du travail, et de la perfection de mesures de l'installation utilisée.

Les auteurs ont gardé leurs patients jusqu'à quatre heures dans la chambre respiratoire et ont étudié en même temps les variations du M. B. au cours de la fièvre, un certain nombre ont eu lieu en apyrexie.

Si l'on fait abstraction des mesures faites pendant l'élévation thermique on voit que le taux du métabolisme basal varie de la normale à + 90 % chez le tuberculeux et qu'il est au voisinage de + 15 % le plus souvent.

Nous avons mesuré nous-même le M. B. de 25 femmes et de 16 hommes tuberculeux et nous avons vu celui-ci varier de la normale à + 70 % ; voisinant le plus souvent de + 30 %.

De ces recherches bibliographiques comme de nos mesures l'on peut conclure avec Dautrebande que le M. B. des tuberculeux en dehors des périodes fébriles est en général élevé et instable.

Et ceci nous amène à redire que la constatation d'un M. B. élevé ne permet pas de conclure à une hyperthyroïdie automatiquement. Cela réduit la valeur de la méthode en tant que procédé de diagnostic.

Cette mesure vient confirmer un diagnostic cliniquement posé, vient mesurer une hyperthyroïdie reconnue, elle apporte au clinicien un élément de valeur à ajouter aux symptômes et à cet égard nous pouvons dire que sur plus de 600 mesures que nous avons pratiquées jusqu'ici nous n'avons jamais observé de contradictions entre la mesure du taux de M. B. et les manifestations cliniques présentées par les malades.

Donc au point de vue diagnostic, il faut avoir éliminé à coup sûr l'existence d'une tuberculose pulmonaire avant de rattacher l'élévation du taux du M. B. à une hyperthyroïdie pure.

C'est une chose que l'on serait tenté de demander à la méthode étant donnée l'extrême fréquence des signes d'hyperthyroïdie parmi les malades que nous rencontrons journellement au dispensaire ou dans les services, il faut savoir que le chiffre obtenu n'a pas une valeur mathématique pour faire le départ entre tuberculose et hyperthyroïdie.

Est-ce dire que le M. B. ne sera d'aucun secours au phtisiologue ? Nullement, il est appelé au contraire à rendre des services tout à fait précieux au point de vue de la tendance évolutive de la tuberculose et peut permettre de prévoir l'amélioration ou l'aggravation de l'affection, il est en somme la traduction de la marche de la maladie, de l'effet de la thérapeutique appliquée et en somme est appelé à rendre dans la tuberculose les services qu'il rend actuellement dans la maladie de Basedow.

Nous avons déjà vu l'opinion de Cordier, selon cet auteur « dans la tuberculose pulmonaire incipiente, les influences thermiques étant éliminées, l'exagération brusque du M. B. au début d'une poussée évolutive est un élément de mauvais pronostic. »

Pour arriver à ces conclusions l'auteur étudie dix-neuf malades.

Six d'entre eux ont un M. B. élevé et font une tuberculose grave.

Sept ont un M. B. normal et font une tuberculose bénigne.

Six autres échappent à cette règle.

Nous plaçant au point de vue du spécialiste à qui l'on demanderait un pronostic d'après le résultat de ses mesures nous constatons que :

Sur dix sujets à M. B. élevé, six font une tuberculose grave, quatre une bénigne.

Sur neuf sujets à M. B. normal, sept font une tuberculose bénigne, deux une grave.

Ceci ne démontre pas la valeur de la méthode, l'explication est peut être dans le taux du M. B. considéré par l'auteur comme élevé.

En effet l'auteur cite deux malades typiques.

Le malade A fait une poussée évolutive grave au cours d'une induration fibreuse en évolution, le malade B fait une broncho-pneumonie axillaire subitement aggravée et meurt en deux mois.

Les deux malades ont un M B normal avant leur poussée celui-ci s'élève dès la 1re semaine pour A de 12,1 % pour B de 17,3 % différence 5,2 %. Mais ces chiffres sont obtenus pendant une élévation thermique non précisée.

Trois autres mesures échappent à cette critique parce que pratiquées lors de l'apyrexie matinale, elles montrent une élévation du M B du malade B plus grande de 5 % à 8,4 %. Ce ne sont pas des chiffres suffisants pour emporter la conviction car « du fait de la marge d'erreur des expériences et du fait des petites variations que le M B présente peut-être normalement il ne faut considérer

XIIe Congrès d'hygiène (*Paris, Institut Pasteur*), 20, 21 et 22 octobre 1925). — Le XIIe Congrès d'Hygiène, organisé par la Société de Médecine publique, tiendra séance les mardi 20, mercredi 21, jeudi 22 octobre 1925, à Paris, dans le Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur.

L'inscription au Congrès est gratuite pour MM. les Membres de la Société de Médecine publique, pour MM. les Membres de l'Association amicale des Médecins hygiénistes français ainsi que pour MM. les Inspecteurs départementaux et Directeurs de Bureau d'hygiène. Les Congressistes n'appartenant pas à ces catégories au ont à verser un droit d'inscription de 30 francs qu'ils devront adresser dès que possible à M. Bossus, agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe) ; ils recevront en échange le numéro que la *Revue d'Hygiène* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès et que les membres de la Société de Médecine publique continueront seuls à recevoir gratuitement.

La veille de l'ouverture du Congrès (lundi 19 octobre 1925) aura lieu à 15 heures, à l'Institut Pasteur, la Réunion des Membres de l'Association amicale des Médecins hygiénistes français (Réunion privée).

PROGRAMME. — Mardi 20 octobre : à 9 heures. Ouverture du Congrès.

Rapport : La syphilis est-elle en voie de régression ? preuves ; documents. — Rapporteur : M. le Professeur PAUTRIER.

Communications : M. le Dr ANTHEAUME : L'hygiène mentale dans ses rapports avec l'hygiène sociale. M. le Dr LÉGER : La syphilis aux colonies. M. le Dr SICARD DE PLAUZOLES : La syphilis est-elle en voie de régression ? M. le Dr EVEN : La syphilis est-elle en voie de régression ? M. le Dr MIRON : La syphilis est-elle en régression à Bucarest ?

A 14 heures. Discussion du rapport et des communications précédentes.

Rapport : Epidémiologie de la fièvre ondulante ; distribution géographique ; prophylaxie. — Rapporteurs : La fièvre ondulante (spécialement en tant que maladie exotique) : M. le Dr BURNET. — La fièvre ondulante en France : MM. les Drs AUBLANT, DUBOIS et LISBONNE.

Communications : MM. les Drs P. HAUDUROY et PACAULT : Un cas de fièvre de Malte à Paris. Traitement par la vaccinothérapie. — Discussion : M. le Dr R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE : Hygiène hospitalière. Notes sur quelques hôpitaux danois, hollandais, belges et autrichiens. (Projection de clichés). M. le Dr VAILLANT : Quelques résultats de vaccination antidiphtérique par l'anatoxine.

Mercredi 21 octobre : A 9 heures. Une revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1924-1925 sera faite par : 1° M. le Dr DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. 2° MM. les Drs OTT et BRIAU, hygiène générale et sociale. 3° M. le Dr DEQUIDT. Législation et administration sanitaires. — Communication : M. BEZAULT : Quinze mois d'expériences d'épuration des eaux d'égouts par le procédé des boues activées.

A 14 heures. Rapport : Standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux. — Rapporteur : M. le Dr ROCHAIX. — Communications : MM. le Pr BLAYAC et le Dr FORESTIER : La valeur des standards bactériologiques officieux dans l'expertise des projets d'adduction d'eau potable. M. le Dr SCHAEFFER : L'emmagasinement de l'eau de boisson considéré comme moyen d'épuration. M. le Dr TELLIER : Le Casier sanitaire des immeubles : son utilité au point de vue de l'Hygiène publique et de l'Urbanisme. Projection de films scientifiques (inédits en France) : M. le Dr VAN SETERS présentera ses deux films : 1° l'Œuvre de Leuwenhoek ; 2° Le Paludisme.

Jeudi 22 octobre. — A 9 heures. Discussion. Vote des vœux. Question à mettre à l'ordre du jour du XIIIe Congrès d'hygiène. A 14 heures. Visite de Dispensaires antivénériens.

1° Les communications ne devront pas avoir plus de six pages (pages de 39 lignes lignes de 52 lettres), format de la *Revue d'Hygiène* ; 2° Les manuscrits devront être remis en séance ; 3° Le texte devra être dactylographié, corrigé ne varietur, sans lectures douteuses, absolument prêt pour l'impression. Il n'est pas, en effet, envoyé d'épreuves aux auteurs ; 4° Les demandes de tirés à part doivent être adressées directement à la Librairie Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe) ; 5° Faire précéder le texte d'un résumé de 4 à 5 lignes qui figurera en caractère gras en tête de la communication. 6° Remettre en séance un résumé (10 à 15 lignes) destiné à la Presse.

ANALYSES

Immunité naturelle chez le nouveau-né (Natural immunity in the New-born). (LUTHER K. MUSSELMAN. *The American Journal of obstetrics and gynecology* : t. VIII, f. 1, juillet 1924 p. 45-63 et t. VIII, f. 2, août 1924, p. 141-154.)

L'action bactéricide du sérum maternel est toujours plus élevée que celle du sérum du nouveau-né. L'action du complément est aussi plus grande dans le sérum de la mère que dans celui du nourrisson. Cependant malgré ces deux conditions toutes deux plus développées dans l'organisme maternel, il n'y a aucune parenté évidente entre l'action bactéricide et l action du complément.

En elle-même, la grossesse n'est pas responsable de l'augmentation de la valeur sérologique effective du sérum maternel : la différence bactéricide qui existe entre le sérum de la mère et celui de son enfant est due à une déficience momentanée du sérum de ce dernier.

Le colostrum et le lait de la femme ont une très faible action bactéricide, en admettant même qu'ils en aient une. Ils renferment une substance anticomplémentaire qui masque l'action de tout complément qui pourrait exister dans ces deux sécrétions.

L'action bactéricide d'un sérum ne dépend pas seulement du complément, mais son activité est considérablement augmentée par toute substance complémentaire.

Les expériences de l'auteur tendent à montrer que l'enfant est sous la dépendance de sa mère uniquement pour le développement des immunités naturelles.

P. DUHAIL

Incontinence d'urine par relâchement du sphincter vésical (Incontinence of urine due to relaxed vesical sphincter), H. DAWSON FURNISS. *The American Journal of obstetrics and gynecology*, t. VIII, f. 2, août 1924, p. 195-198.)

Cette affection se rencontre le plus souvent chez les femmes qui ont eu des accouchements ou chez celles qui ont été opérées, en particulier d'hystérectomie. Il est rare de rencontrer cette incontinence d'urine chez des multipares n'ayant jamais été opérées. C'est après 35 ans que l'on voit avec le plus de fréquence cette maladie. Il est assez difficile de dire s'il s'agit d'une déficience nerveuse ou musculaire, d'une déchirure du sphincter ou d'un arrachement de ses insertions.

Il faut d'abord préciser s'il y a véritable incontinence ou simplement besoins fréquents et impérieux d'uriner. Cette incontinence peut disparaître dans la position couchée.

Par l'examen instrumental, on s'attachera d'abord à préciser s'il n'y a pas de fistule vésico-vaginale ou urétéro-vaginale, s'il n'y a pas d'uretère surnuméraire. Chez les malades atteintes d'incontinence d'urine, il y a une très faible, résistance au passage des instruments dans l'urèthre et celui reste ouvert lorsqu'on retire la sonde ou le cystoscope.

L'auteur a opéré 21 cas d'incontinence d'urine ; 18 fois, il a employé la technique de Kelly, trois fois il a fait une opération sus pubienne. Parmi ces 21 cas, il y avait 4 incontinences complètes : ici l'opération a donnée deux guérisons, une amélioration et un insuccès.

P. DUHAIL.

L'héliothérapie dans le traitement des tuberculoses génito-urinaires (Héliotherapy in the treatment of genito urinary tuberculosis). (NELSON. *The Journal of the American medical Association*, t. 83, f. 23, 6 décembre 1924, p. 1834-1838.)

La tuberculose des organes génito-urinaires est une manifes-

tation locale d'une affection générale. Comme telle, un traitement local ne peut pas être curateur et il est en outre inutilement mutilant. L'intervention chirurgicale donne une fausse sécurité, car elle laisse au second plan le traitement hygiénique. L'héliothérapie au contraire arrête les progrès de la maladie et semble capable de guérir la tuberculose de tout le tractus génito urinaire.

Le traitement doit être continué un ou deux ans. On commence par exposer, le premier jour, les pieds et les chevilles pendant 10 minutes; le lendemain on augmente de 10 minutes et l'exposition au soleil remonte jusqu'aux genoux. On augmente ainsi peu à peu la durée de la cure jusqu'à ce qu'elle arrive à être de deux heures en été, de trois heures en hiver, mais il faut toujours préserver la tête des rayons solaires. De même, on aura soin de porter une attention toute particulière à l'exposition des organes génitaux. Lorsqu'il y a plusieurs jours consécutifs sans soleil, il faudra faire le traitement à la lumière artificielle.

P. DUHAIL

Les exigences alimentaires des enfants mal nourris (The food requirements of malnourished infants). (W. M. MARRIOTT. *The Journal of the American medical Association*, t. 83, f. 8, 23 août 1924 p. 600-603.)

Les exigences alimentaires des enfants mal nourris sont souvent très élevées par rapport à leur poids. Souvent il faut à ces enfants dans les 24 heures la même quantité de nourriture qu'à des enfants du même âge bien nourris mais d'un poids beaucoup plus élevé. Leur nutrition est rapidement améliorée par des injections intraveineuses de glucose et d'insuline. On emploie une solution de glucose à 20 pour 100 contenant 15 unités d'insuline pour 100 centimètres cubes. Cette solution contient une dose suffisante de glucose et l'auteur n'a jamais eu à déplorer d'accidents causés par l'insuline. Les injections doivent être faites journellement : elles peuvent être continuées pendant longtemps. Cette thérapeutique a toujours été couronnée de succès. Toujours on a vu apparaître une augmentation de poids même lorsque l'enfant avait une infection surajoutée. Il ne faut pas employer ce traitement sans discernement : l'auteur l'a réservé aux cas extrêmes de mauvaise nutrition ou d'athrepsie.

P. DUHAIL

BIBLIOGRAPHIE

La Mer. Les mille et un aspects de la mer en 64 p. et 133 ill. dans le 13e volume de l'*Encyclopédie par l'Image* (975e mille). Texte de A. VIGER. 1 vol in-8, papier de luxe, couverture en 4 couleurs. Prix : 2 fr. 50. Librairie Hachette 79, Boulev. St-Germain. Paris.

Déjà parus dans la collection : Jeanne d'Arc. Histoire de l'art. Molière. L'Histoire du costume en France. La Mythologie. La Révolution française. Les Races humaines. Le Ciel. La T. S. F. Paris. L'Aviation. Napoléon.

Pour paraître en septembre : Versailles.

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Sommaire du nº de juin 1925 : Une exposition d'art oriental, par Raymond KŒCLHIN. Une exposition de Statuaire Siamoise et Cambodgienne, par A. Maybon. Le Salon des Tuileries, par Waldemar Georges.

Chronique : Le mouvement des arts appliqués. Les Ventes. Les Livres d'art. Le Mois artistique.

Le nº 5 fr. Abonnement un an : France : 50 fr. ; étranger : 70 fr. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain, Paris.

(*Voir la suite page 1100*).

comme pathologiques que les résultats s'écartant de la normale d'au moins plus ou moins 10 % (Janet).

Dans son travail sur les variations du M B au cours de la tuberculose pulmonaire, Vogel Eysern a examiné cinquante tuberculeux du sanatorium de Davos, il conclut à la valeur pronostique de la méthode de la mesure du M. B.

C'est selon lui un procédé biologique qui permet de mesurer la gravité de l'affection ; le M. B. habituellement élevé dans la tuberculose en dehors de toute pyrexie est en relation avec l'évolution de la maladie, pour lui une chute du M. B. sans amélioration clinique permettrait de prévoir cette amélioration.

La mesure du M B est aussi pour cet auteur un moyen de contrôle et de mesure dans l'application de thérapeutiques déterminées, c'est ainsi que chez quatre malades ayant eu un pneumothorax artificiel et chez quatre autres ayant eu une phrénicotomie, il constate un abaissement du taux du M. B.

Nous avons cherché à savoir ce que devenait le M. B. des malades traités par P. A. en dehors de toute élévation thermique.

Cette question de l'apyrexie de nos patients a été examinée de très près, nous proposant d'écarter les modifications du M. B. dues à la fièvre, nous avons sélectionné nos sujets, nous n'avons retenu que les tuberculeux dont la température demeurait aux abords de 37°.

Nos malades, tous hospitalisés, ne se rendaient pas au laboratoire si leur température au réveil atteignait 37°5.

Nous avons vérifié que ces malades demeuraient en apyrexie après le court trajet qu'était la venue au laboratoire en prenant leur température soit pendant la mesure soit pendant l'heure de repos précédant celle-ci.

Chez tous les malades, à un moment de leur affection, la présence de bacilles dans leur expectoration avait été constatée.

Pour tous les malades que nous avons étudiés à cet égard nous avons pratiqué une et plus souvent deux mesures du M. B. avant l'institution du P. A. nous avons mesuré ensuite celui-ci dans les jours suivants, puis de 8 jours en 8 jours, enfin de 15 en 15 jours, cela pendant trois mois environ.

Nous avons tracé les courbes de nos résultats, en même temps nous avons tracé les courbes du poids et du pouls, nous avons fait figurer sur nos graphiques les jours d'insufflation et les pressions intrapleurales nécessaires à l'entretien de la collapsothérapie.

Toutes nos courbes ne sont pas identiques mais un type est prédominant : on voit sur cette courbe qui est du type prédominant, immédiatement après l'institution du P. A. une chute, le M. B. partant de + 30 % (moyenne de deux mesures antérieures au P. A.) s'abaisse jusqu'à la normale qu'il atteint le 21e jour, il s'élève ensuite pour revenir à la normale au 75e jour et demeurer après aux abords de + 12 %.

Dans l'ensemble la courbe s'abaisse.

La courbe du pouls est à peu près parallèle à la courbe du M. B. Au contraire la courbe du poids suit une marche inverse.

Dans cet exemple aucune modification due aux insufflations et à leurs pressions, ceci est habituel.

Cette malade a été apyrétique d'un bout à l'autre de l'observation, il n'y a eu aucun incident de traitement.

Ces complications ou incidents de traitement s'inscrivent sur la courbe du M. B. par une élévation ; dans quelques cas nous avons même vu l'élévation du taux du M. B. devancer la complication et en quelque sorte l'annoncer.

Ainsi l'institution du P. A. est cause d'une modification du taux du M. B qui est habituellement en dehors des complications, un abaissement de ce taux. La fréquence et la régularité de cette chute nous fait penser qu'elle est bien due à la thérapeutique.

A l'heure actuelle tous nos sujets sont en cours de traitement, avec P. A. efficace bien supporté, il faut dire que ces observations sont récentes et que nos sujets étaient sélectionnés quant à leur température. Mais ils ont été dispersés à leur sortie de service et pour pousser plus loin nos recherches, pour savoir ce que devient le M. B. au cours du traitement nous avons pris au hasard des réinsufflations dix malades ayant un P. A. depuis plusieurs mois.

Nos résultats montrent que le taux du M. B. varie de + 26 % à + 43 % mais qu'il est le plus souvent au voisinage de + 30 %. Ce qui est peut être plus intéressant encore, ce taux a paru plus fixe aux différentes mesures pratiquées chez le même malade.

Ayant examiné quelques sujets à P. A. bilatéral successif ou simultané nous avons fait les mêmes constatations.

Il semble donc que le taux du M. B. se stabilise sous l'influence du traitement.

Toujours dans le même dessein nous avons mesuré le taux du M. B. de malades ayant un P. A. depuis quelques années.

Chez onze sujets ayant un P A de 3 à 5 ans, nous avons trouvé 9 fois le M. B. normal.

Trois de ces sujets étaient guéris et la dernière insufflation avait été pratiquée le P. A. étant arrêté ; les six autres en cours de traitement sont très améliorés, ne crachent plus de bacilles depuis longtemps et ont repris leur activité sociale.

Les deux malades ayant un chiffre au-dessus de la normale sont actuellement atteints de complications.

Ces deux cas nous servent de contre-épreuve et nous constatons une fois de plus que la mesure expérimentale est en parfait accord avec la clinique.

La preuve de la guérison ou tout au moins de la rémission d'une tuberculose pulmonaire nous semble suffisamment difficile à établir par les examens concordants de la clinique, de la radiologie et de la bactériologie pour qu'il ne nous paraisse pas inutile d'y ajouter un élément de plus : le retour à la normale du taux du M. B.

Nous ajouterons que plusieurs mesures nous paraissent nécessaires pour établir la persistance de ce retour à la normale.

En résumé le M. B. est un élément d'une certaine importance venant confirmer un diagnostic cliniquement établi mais ne peut pas isolément affirmer celui-ci.

Le taux du M. B. est variable chez les tuberculeux, variable d'une mesure à l'autre chez le même individu et différent d'un individu à l'autre.

Le taux du M. B. paraît en relation avec la gravité de l'affection. Son étude renseigne sur la marche de la maladie, ses variations, accompagnant et quelquefois précédant l'amélioration ou l'aggravation, ont une valeur pronostique nette.

Au cours du traitement par P. A. le taux du M. B. s'abaisse, se stabilise et revient à la normale quand la guérison est obtenue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 juin 1925.

Etude d'une néphrite azotémique mortelle, de sa réserve alcaline et de son coma avec respiration de Kussmaul. — MM. *Cordier* et *P. Delore* présentent l'observation d'un sujet atteint de néphrite mercurielle ayant évolué vers la mort au bout de 55 jours. La scène clinique évolua en trois phases : une première phase de néphrite aiguë avec anurie, de gastro-entérite dysentériforme et de stomatite ; une deuxième phase de rémission apparente avec rétablissement de la diurèse ; enfin une phase d'urémie terminée par le coma avec dyspnée de Kussmaul. Le taux d'urée sanguine et la réserve alcaline ont été recherchés en série ; l'azotémie a oscillé entre 3 gr. 60 et 5 gr. 60 ; la R. A. s'est effondrée progressivement de 39 à 17, relevée d'une façon légère et transitoire à la suite de trois interventions thérapeutiques successives : bicarbonate de soude, sérum de Fischer, insuline.

C'est donc un cas de néphrite urémigène avec acidose. La valeur pronostique de la R. A. ressort de ce fait que son taux a diminué peu à peu malgré la rémission clinique apparente. La baisse de la R. A. s'est maintenue dans l'ensemble parallèle à l'augmentation de l'azotémie, mais non rigoureusement pourtant, puisque celle-ci passait de 4 gr.52 à 3 gr. 42. pendant la période de rémission tandis que l'acidose ne cessait d'augmenter. La respiration de Kussmaul n'est pas spécifique du coma diabétique.

Certains symptômes très accusés chez notre malade : l'hypothermie, la torpeur et la somnolence, une respiration de Kussmaul typique. montrent l'intrication sémiologique de l'urémie et de l'acidose. posent la question de leur relation pathogénique possible. La recherche systématique de l'acidose dans les dernières phases de l'urémie permettra de reconnaître sa constance et de rattacher à cet état une partie des signes habituellement attribués à l'urémie classique.

L'alcalinisation intensive à laquelle le malade fut soumis rend compte vraisemblablement de l'évolution anormalement prolongée de la néphrite mercurielle.

La rétention chlorurée sèche des urinaires. — Chez les urinaires avec signes d'intoxication, la rétention chlorurée sèche est très fréquente comme le montre l'analyse du sang. L'existence de cette rétention chlorurée sèche explique l'heureuse influence qu'exerce le régime déchloruré sur l'état de ces malades. Comme dans la néphrite interstitielle, on note la disparition de la soif, de la polyurie, de la pollakiurie, des troubles digestifs. ainsi qu'une amélioration de l'état général. Ces constatations mettent en évidence le rôle essentiel joué par la rétention chlorurée sèche dans la genèse de l'intoxication des urinaires.

A propos d'un cas de délire aigu d'origine typhique. — MM. *Courtois-Suffit* et *Georges Garnier*. — Les auteurs rapportent l'observation d'un étudiant de 22 ans qui, malade depuis une huitaine de jours, présente à son entrée à l'hôpital : une température à 40°5, un pouls à 240, et un délire intense qui s'accompagna bientôt d'agitation extrême. Le reste de l'examen somatique est entièrement négatif. Le lendemain apparaît de la sitiophobie et le sujet meurt 36 heures après son entrée avec un délire intense, un pouls incomptable, une température à 41°5.

Les auteurs discutent les diagnostics envisagés. C'est celui de délire aigu qui leur parut le plus acceptable, bien qu'il ne préjugeât rien de l'étiologie qui ne fut connue que par l'hémoculture pratiquée le 1er jour et qui, montra l'existence de bacilles d'*Eberth*.

A ce propos, MM. *Courtois-Suffit* et *Georges Garnier* insistent sur le fait que le délire aigu est moins une entité morbide qu'un syndrome dont l'étiologie est le plus souvent de nature infectieuse.

Il s'agissait donc chez ce malade de typhoïde se révélant par un délire aigu initial avec myocardite précoce. C'est là une forme grave et rare de fièvre typhoïde, qu'il était intéressant de rapporter à un moment où cette maladie subit une recrudescence assez nette, et revêt des formes particulièrement *graves*.

Varicelle et zona. — M. *Netter* présente au nom de M. Petzetakis, l'observation d'un jeune domestique indigène atteint de zona du membre inférieur quinze jours après l'apparition d'une varicelle chez l'enfant de ses maîtres.

M. Netter rappelle que Mlle Panayotatou, d'Alexandrie, a signalé deux cas de varicelle contractée au contact d'un cas de zona. L'intervalle fut de 12 jours. Il résume en outre un cas de M. du Castel, un de M. Thibierge, un cas de Barthe-Monthus et deux cas de MM. Léri et Michaux-Pommay.

Un cas de mort après injection de sérum antitétanique. — M. *Deroide*, présenté par M. *Loeper*, communique un cas de mort après injection de sérum antitétanique. A ce propos M. Loeper recommande d'employer toujours, même pour une primo-injection, la méthode de Besredka.

Présentation d'un appareil à injections sous-cutanées d'oxygène. — M. *Hallé* présente un appareil dans lequel l'oxygène est produit au moment même où l'on pratique les injections.

Concrétions calcaires sous-cutanées du scrotum. — MM. *Gilbert* et *Pollet* présentent les photographies d'un cas de concrétions calcaires du scrotum. L'examen des concrétions a montré que celles-ci contenaient 62 % de phosphate de calcium et 6 % de carbonate de chaux.

Méningococcémie guérie par auto-vaccination. — M. *Merle* (de Niort) presenté par René Besnard, rapporte un cas avec arthropathies et purpura dans lequel la sérothérapie fut insuffisante. Seul un auto-vaccin amena la guérison.

M. *Netter*. Le malade ayant présenté une complication oculaire, M. Netter rappelle avoir obtenu d'excellents résultats par l'injection intra-oculaire de sérum.

M. *Rist* a observé avec Bailliart un cas où l'injection intra-occulaire a été suivie de succès.

Le dédoublement acido-basique du chlorure de sodium. — M. *Emile Feuillié*. — Par ingestion ou injections de quelques grammes de chlorure de sodium chez le chien ou chez l'homme on obtient rapidement une élimination urinaire de bicarbonate de soude.

L'organisme peut donc fabriquer du bi-carbonate, comme dans le procédé industriel Solvay, par action de l'acide carbonique sur le chlorure de sodium. Il s'agit là d'un fait nouveau différent de l'échange déjà connu d'anion chlore entre le plasma et les globules.

En dehors de tout apport d'alcalins par les aliments. le chlorure de sodium a donc un rôle important dans la régulation acido-basique de l'organisme. Le chlore passe d'ordinaire dans le suc gastrique. Mais à la suite de la spoliation de bicarbonate de soude par l'urine, il se fait une acidification de l'organisme par l'anion chlore restant qui ne trouve plus pour le saturer la quantité d'alcali éliminée.

Il peut donc y avoir une chlorémie indépendante de la chlorurémie et de la chlorurhistie.

On peut aborder aussi l'étude de l'acidose, des dyspepsies, des néphrites.

En terminant, l'auteur expose sa base de classification anatomo-clinique des néphrites pour permettre d'interpréter les diverses manifestations pathologiques accompagnant les troubles du métabolisme du chlorure de sodium.

La rétention chlorurée hydropigène dans la néphrite épithéliale. — MM. *Léon Blum* et *Van Caulaert*. — L'étude du sang dans la rétention chlorurée hydropigène au cours de la néphrite épithéliale pure révèle une forte dilatation du sang, une diminution modérée du chlore, un taux du sodium tantôt augmenté, tantôt légèrement abaissé. La lecture des chiffres absolus ne permet aucune conclusion immédiate sur le rôle du chlore et du sodium dans la rétention d'eau.

Il en est autrement si l'on évite l'erreur considérable que l'on commet en considérant les chiffres absolus et en négligeant la teneur d'eau du sang. Ici comme pour toute analyse sanguine

une interprétation rigoureuse n'est possible que si l'on tient compte de la dilution du sang. Le rapport Na : Cl, Na : résidu sec et Cl : résidu sec, permettent d'échapper à cette source d'erreurs et font ressortir les rôles respectifs du sodium et du chlore pour les phénomènes d'hydratation. Le rapport Na : Cl met en évidence qu'une hydratation normale ou excessive est liée à une prédominance du sodium sur le chlore alors que la prédominance du chlore sur le sodium entraîne la déshydratation.

Le rapport Na : résidu sec n'est pas moins important et fait ressortir le parallélisme entre les quantités de sodium et d'eau. Aux quantités de sodium les plus fortes correspond la dilution la plus forte du sang, inversement le taux du sodium le plus bas se trouve avec la concentration sanguine la plus élevée.

Le rapport Cl : résidu sec, plus irrégulier, ne permet pas de conclusions nettes.

Séance du 2 juillet 1925

Troubles respiratoires de l'urémie. — M. *Achard* rapporte deux observations d'urémie avec troubles respiratoires. L'une concerne une jeune femme atteinte de tuberculose rénale, qui avait une concentration maxima de 7 gr. 75 d'urée dans l'urine et une azotémie de 4 gr. 25 pour 1000. Sa respiration présentait le type Kussmaul ; pourtant il n'y avait ni diacéturie ni glycosurie. Mais la réserve alcaline était tombée à 18.5.

L'autre cas est celui d'une femme de 64 ans, atteinte de sclérose rénale compliquée d'infection urinaire. Sa respiration prenait par moments le type Cheyne-Stokes. L'urée dans l'urine n'avait que 5 gr. 25 de concentration maxima et l'azotémie atteignait 3 gr. 50. Quant à la réserve alcaline, elle n'était abaissée qu'à 40. Il n'y avait pas de lésions de l'encéphale.

Ces faits tendent à montrer que la respiration de Cheyne-Stokes ne dépend pas de l'acidose, mais que la dyspnée de Kussmaul est déterminée par l'acidose, même en l'absence de la cétose qui s'observe dans le coma diabétique.

Ostéofibrose vacuolaire de Recklinghausen. — MM. *Achard et Thiers* ont observé un malade qui avait, outre des troubles gastriques et une paralysie de la 3e paire, sans autre signe de tabès, des saillies osseuses qui furent prises pour des exostoses syphilitiques, d'autant mieux que la réaction de Wassermann était positive. Mais la radiographie montra que ces saillies osseuses résultaient de vacuoles. Il s'agissait de la maladie osseuse de Recklinghausen, qu'on pourrait nommer, en tenant compte de ses caractères essentiels, ostéofibrose vacuolaire. Les vacuoles se voyaient à peu près dans tous les os examinés : tibia et péroné droits, voûte du crâne, partie postérieure d'une côte, clavicule droite. Le tiers supérieur de l'humérus droit était irrégulier, bosselé, avec des taches claires et sombres qui lui donnaient l'apparence d'une masse d'armes.

Quelques jours plus tard, survint une fracture spontanée de cet os, au tiers inférieur, et l'on put alors, sur une nouvelle radiographie portant sur cette partie de l'os, reconnaître que le trait de fracture répondait à une ancienne lésion vacuolaire. Le malade ayant succombé peu après, l'autopsie n'a pu être faite.

On peut remarquer dans ce cas l'âge assez avancé du sujet qui avait 54 ans, alors que le plus souvent la maladie apparaît dans la jeunesse.

L'origine syphilitique ne peut encore être discutée avec fruit.

La radiographie s'impose pour établir le diagnostic et reconnaître les formes généralisées.

Tumeur cérébrale avec hyperalbuminose méningée. — MM. *Pollet et Stieffel* présentent les pièces d'un cas de tumeur cérébrale avec hyperalbuminose méningée. Ils insistent sur la fréquence de la dissociation albumino-cytologique en relation avec les rapports de la tumeur avec les vaisseaux de la région intéressée.

Un cas d'actinite chronique avec myasthénie. — MM. *Carnot et Terris*.

Neurofibromatose héréditaire et familiale avec virilisme. — M. P. *Schiff* (service du Dr Toulouse) présente une malade atteinte de neurofibromatose typique, dans la famille de laquelle on a trouvé, au cours de trois générations, de nombreux cas de la même affection. Cette malade offre en outre des signes d'hirsutisme avec virilisme, un virilisme d'aspect spécial, comportant une réduction du tissu adipeux normal chez la femme, des masses musculaires saillantes et noueuses, un modelé nettement masculin. Ce virilisme maigre et musclé diffère donc quelque peu du type décrit par MM. Guinon et Apert, où l'hirsutisme-virilisme s'accompagne de formes alourdies et obèses. Bien que la participation de la surrénale soit probable, les recherches cliniques et biologiques ne permettent pas d'affirmer dans ce cas, avec une certitude absolue, son rôle étiologique.

Réveil de la nutrition chez un athrepsique sous l'influence de l'héliothérapie. — M. *Armand-Delille et Mlle Linossier* présentent un nourrisson d'un an, qui depuis l'âge de trois mois était resté stationnaire à 3 k. 500, malgré toute une série d'essais thérapeutiques ; mis au bain de soleil depuis le début de mai, la nutrition s'est réveillée chez lui et il pèse maintenant 4 k. 300

Tuberculose du nourrisson traitée par l'héliothérapie. — M. *Armand-Delille et Mlle Linossier* présentent une fillette de deux ans arrivée à l'hôpital dans un état lamentable, avec l'adénopathie trachéo-bronchique, une ostéo-arthrite fistuleuse suppurée de l'articulation métatarso phalangienne du gros orteil droit.

Guérison d'ostéo-artrite tuberculeuse du pied chez un enfant de deux ans par l'héliothérapie à Paris. — M. A. *Dellille et Mlle Linossier* présentent une enfant arrivée à l'hôpital dans un état lamentable et guérie simplement par l'héliothérapie dans les cours de l'hôpital.

Néphrite azotémique pure. — MM. *Aubertin et Widiez* rapportent un cas de néphrite chronique d'origine saturnine azotémique pure, c'est-à-dire ayant évolué jusqu'à la mort sans œdèmes, sans hypertension et même sans albuminurie. A la période terminale les seuls symptômes étaient un état cachectique avec teinte jaunâtre et, à la période de forte azotémie, une légère torpeur intellectuelle.

De tels faits montrent que les types cliniques de Widal peuvent parfois être réalisés à l'état de pureté, bien qu'en général ni la néphrite hydropigène, ni la néphrite azotémique n'évoluent sans autres symptômes brightiques et surtout sans albuminurie.

Ils montrent de plus qu'il existe des néphrites chroniques absolument latentes dans lesquelles, par suite de l'absence des symptômes rénaux habituels (albuminurie, œdèmes, hypertension), l'on passe à côté du diagnostic car l'azotémie, seule manifestation de la néphrite, ne se traduit par aucun symptôme ou seulement par une cachexie progressive sans troubles digestifs.

Les injections intra-veineuses de convallamarine en thérapeutique cardiaque. — MM. *Ch. Laubry* et *Daniel Routier*. — Il existe pour les auteurs trois grands principes directeurs en thérapeutique cardiaque : 1° les médicaments toni-cardiaques n'ont pas des propriétés physiologiques sensiblement différentes, mais leur activité en pathologie cardiaque dépend de chaque individu et de l'état du cœur ; 2° un cœur réfractaire tout d'abord à telle médication donnée peut être sensibilisé par cette médication à l'action d'un nouveau toni-cardiaque ; d'où l'intérêt d'avoir à sa disposition un grand nombre de toni-cardiaques, 3° la voie intra-veineuse est la voie de choix pour le traitement des insuffisances cardiaques : on assure ainsi a la médication le maximum de puissance et de rapidité d'action.

C'est en conformité du premier de ces principes que les auteurs ont choisi la convallamarine, dont l'action, d'après leurs recherches expérimentales avec L. Deglaude, est identique à celle de l'ouabaïne. La convallamarine est donc, au même titre que la digitaline et l'ouabaïne un « poison myocardique. Le muguet, comme son glucoside la convallamarine, est inactif ou à peu près *per os* ; le muguet a l'inconvénient de déterminer des effets éméto-catarthiques ; en injections intra-musculaires la convallamarine est inactive sur le cœur et très douloureuse.

Seule la voie intra-veineuse en permet le maniement comme toni-cardiaque.

La dose à employer par injection est de cinq milligrammes en solution dans un centimètre cube d'eau distillée. La dose d'un centigramme semble ne pas être toujours bien tolérée, il se produit alors des vomissements et de la diarrhée. La dose de deux centigrammes n'est pas exempte de danger. Les injections doivent être faites quotidiennement et peuvent être continuées aussi longtemps qu'il est nécessaire. Comme pour l'ouabaïne on peut faire dans les cas graves deux injections par jour, en s'en tenant toujours à la dose de cinq milligrammes pour chaque injection.

Dans les cas traités d'emblée par la convallamarine les résultats ont été aussi brillants que ceux obtenus dans des conditions analogues avec l'ouabaïne. Enfin dans d'autres cas où la digitaline et l'oubaïne avaient échoué les auteurs ont obtenu de bons effets avec la convallamarine.

Toxidermie au luminal ayant simulé la rougeole. — MM. *G. Caussade, A. Tardieu* et *J. Lacapère* attirent l'attention sur les toxidermies imputables aux dérivés de la manonylurée (véronal, etc...) et signalent les erreurs de diagnostic et de pratique qu'elles peuvent occasionner. Les éruptions surviennent dans environ 20 p. 100 des cas d'intoxication par le véronal. Prurigineuses, souvent symétriques, éphémères et très polymorphes, elles simulent tous les exanthèmes et notamment ceux de la rougeole, de la scarlatine, de l'érysipèle ou de la variole.

Les auteurs rapportent l'observation d'une femme de 29 ans, qui, à la suite de l'ingestion de 0 gr. 10 de phényléthylmalonylurée, répétée pendant onze jours, présente, outre l'état ébrieux caractéristique du barbiturisme, une éruption qui, au début, en imposait pour une roséole ou une rougeole fruste ; mais qui, à la phase d'état, ressemblait étrangement à l'exanthème de la rougeole. Une angine érythémateuse, contemporaine de l'éruption, contribuait à désorienter le diagnostic. Cependant l'apyrexie, et l'absence de signes généraux, ainsi gue les données fournies par l'anamnèse permettaient le diagnostié de toxidermie par la phényléthylmalonylurée. L'évolution se fit en sept jours et se termina par une desquamation fugace, légèrement furfuracée.

Il est à remarquer que ces toxidermies d'apparence grave surgissent de préférence lorsque l'hypnagogue barbiturique est administré à doses thérapeutiques.

Dilatation de bronches et injection de lipiodol. — M. *Coyon* présente les radiographies d'un cas de dilatation des bronches après injection de lipiodol.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 16 juin 1925.

Deux traumatismes de la hanche. — *M. André Trèves* rapporte l'observation d'un homme de 37 ans, atteint d'une luxation iliaque traumatique de la hanche dont la réduction sou anesthésie ne put être obtenue qu'en combinant la rotation externe maxima à la flexion-abduction à 90°. Deuxième observation : femme de 85 ans qui ayant fait une chute sur la hanche gauche, put marcher, ne présentait aucune déformation et très peu d'impotence fonctionnelle. La radiographie montra une félure du col à sa partie moyenne. Massage, mobilisation précoce, position assise dans un fauteuil. Guérison au bout de six semaines.

Volvulus du grêle. Résection. Guérison. — *M. G. Luquet* rapporte le cas d'un jeune homme de 17 ans, tuberculeux qu'il a opéré pour un volvulus de la fin de l'iléon causé par l'accolement de deux ganglions enflammés du mésentère et qu'il a traité par la résection suivie d'anastomose bout à bout, avec guérison consécutive. Il insiste sur le fait que le diagnostic avait pu être posé grâce à la présence d'un signe signale par M. Thévenard, lequel consiste en une douleur vive spontanée et provoquée siégeant en un point précis à 2 cm. au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane. Ce S. indiquerait une torsion du sigr e mésentère.

De la symphyse iléo-cæcale au cours de l'appendicite chronique. — *M. Ch. Buizard* rapporte un travail de *M. Gresset*, basé sur l'observation suivante. Quinze jours après une petite crise douloureuse, un homme est opéré d'appendicectomie. Peu après, réapparition des douleurs, qui deviennent de plus en plus fortes et continues. Constipation opiniâtre. Amaigrissement considérable. Examen radiographique : obstacle au niveau de l'angle iléo-cæcal. Le lendemain de l'examen, crise d'occlusion intestinale aiguë. Opération montrant une bride épaisse, unissant en canon de fusil la partie terminale de l'iléon et le cæcum, et coudant l'iléon. Guérison. L'A. souligne que, dans les cas étiquetés appendicite chronique l'appendice n'est pas toujours en cause ; qu'il faut penser aux colotyphlites ; qu'il vaudrait souvent mieux parler de *syndrome douloureux chronique* de la fosse iliaque droite. Il étudie les lésions associées et importantes de ce syndrome : 1° épiploïte adhérente ou non aux organes voisins ; 2° membranes péri-iléo-cæco-coliques (membrane de Jackson, bride de Lane, etc.) ; 3° mobilité anormale du cæcum et du côlon ascendant, avec ptose, atonie et dilatation. Ces lésions ont une origine congénitale ou une origine inflammatoire. L'infection atteignant des membranes congénitales qui ne causaient pas de troubles les rend pathologiques. La cause de toutes ces lésions est l'infection chronique de l'intestin (typhlite, colite) liée à la constipation et la stase intestinale chronique ; helminthiase fréquente. Colibacillose presque constante. Infection traversant les parois intestinales, et propagation de voisinage par lymphangite sous-séreuse. Il ne faut pas se contenter d'enlever l'appendice. Il faut examiner fin de l'iléon, cæcum et côlon ascendant, et traiter les lésions associées (résection des adhérences, membranes et brides ; péritonisation soignée). En cas de signes de subocclusion, faire la laparotomie médiane. En cas d'adhérences trop serrées, on peut être obligé de faire des anastomoses, ou des résections intestinales (cæcum et côlon). Toujours traiter médicalement les lésions intestinales ; l'helminthiase, la colibacillose ; soigner la constipation et la stase ; et souvent les lésions associées des glandes annexes (foie et pancréas).

Lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. — *M. Dufourmentel*, se basant sur un assez grand nombre de cas, dont plusieurs ont dû être traités chirurgicalement, insiste sur les points suivants : 1° on observe parfois une ulcération de la caroncule salivaire révélatrice de la lithiase ; 2° en dehors des accidents classiques, on observe de volumineux phlegmons péri-whartoniens ou sous-maxillaires. Jamais l'évolution très grave de l'angine de Ludwig vraie n'a été observée par l'A. ; 3° au point de vue de la conduite à tenir, il est important de ne pas faire communiquer les deux foyers cervical et intra-buccal.

Calcul volumineux du canal de Wharton. — *M. Izquierdo* (de Caracas). — Ce calcul a été extrait il y a 8 ans, chez un homme de 30 ans, avocat depuis cette époque. Il n'y a pas eu de récidive.

Recherches sur l'oblitération des bouches de gastro-entéro-anastomose. — *MM. A. Mouchet, Akif Chakir et Zia* (de Constantinople). — Quand la bouche de gastro-entéro-anastomose s'oblitère, il faut songer à la possibilité d'une extension de la maladie ayant nécessité la gastro-entérostomie, ou à l'éventualité d'une oblitération cicatricielle indépendante de l'affection gastrique initiale. Mais on ne saurait invoquer une cause purement mécanique tenant au rétablissement du transit normal gastro-duodénale, pour expliquer l'oblitération de la bouche gastro-intestinale. De leurs recherches, les auteurs concluent que la perméabilité plus ou moins conservée du canal pylorique est sans influence sur le calibre de la voie gastro-intestinale chirurgicalement établie. Il est donc inutile de pratiquer la fermeture du pylore pour éviter l'oblitération de la bouche anastomotique, comme l'ont recommandé certains chirurgiens.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 27 juin 1925.

Ulcère secondaire du duodénum. — *M. Pauchet* présente une pièce opératoire d'ulcère du duodénum secondaire à une gastroentérostomie.

Un cas d'asthme anaphylactique guéri par le régime et la désintoxication. — *M Sedillot* présente une malade de 42 ans, migraineuse depuis l'âge de 13 ans. A 38 ans, brusquement, après l'absorption d'un comprimé d'aspirine, sa migraine disparaît et une formidable crise d'asthme éclate ; depuis ce moment, elle est devenue une grande asthmatique. Elle vient d'être guérie par un régime de repos hépatique et un traitement de désintoxication.

Un cas de trophœdème chonique guéri par la diathermie. — *MM. P. Meyer et J. Pernet* rapportent l'obervation d'une malade atteinte de trophœdème chronique du membre inférieur droit. Cette malade a été rapidement améliorée par les courants de diathermie.

Préparation des extraits opothérapiques. — *M. F. Regnault* insiste sur le fait que les extraits opothérapiques sont préparés de façons différentes suivant les spécialistes, les uns « délipoïdent » leurs extraits ; les autres n'y mettent que les lipoïdes. Les modes de préparation sont aussi différents. Enfin, il serait utile de connaître la date de préparation de l'extrait employé, l'activité de celui-ci s'atténuant, d'après les physiologistes, à mesure qu'il vieillit.

La dualité cérébrale et la différenciation sensitivo affective des deux hémisphères cérébraux. — *M. Bertillon* fait remarquer que le contrôle mental. fonction par laquelle l'équilibre des centres nerveux se trouve réalisé et maintenu, est en rapport avec la symétrie statique et l'équivalence dynamique des hémisphères cérébraux. Les troubles de la sensibilité s'accompagnent de troubles de l'affectivité, variables selon le côté du corps atteint d'hémianesthésie : à l'hémianesthésie droite correspond une idée fixe d'ordre sexuel ; l'hémianesthésie gauche entraîne l'apparition d'une idée fixe d'ordre intéressé. La guérison par l'action d'asthésiogènes et par la psychothérapie a pour conséquence la disparition de ces idées et de ces tendances hyperinstinctives.

Abus de la chirurgie dans le traitement des fractures. — *M. André Trèves* insiste sur les dangers de ces interventions qui seraient plus rares si les chirurgiens étaient mieux outillés au point de vue orthopédique. Seuls, l'olécrâne et la rotule nécessitent toujours l'intervention. Celle-ci s'est encore fréquemment nécessaire dans les fractures intra-articulaires du genou. Même dans les fractures des os de l'avant-bras et spiroïdes de jambe la reduction est très réalisable sans la chirurgie. Chez l'enfant, en particulier, il faut réduire et attendre. Le temps améliore toujours le résultat. On ne doit réduire une fracture difficile que sous anesthésie, avec le contrôle de l'écran prolongé jusqu'à dessiccation de l'appareil. Ce fut le cas pour une fracture grave des deux os de l'avant-bas que l'auteur relate avec un résultat parfait.

M. Péraire présente en son nom et au nom de M. Georges Bénédite, conservateur du Musée du Louvre, une série de photographies représentant tout un matériel chirurgical de l'époque romaine, conservé dans ce Musée. Ces instruments, tels que bistouris, lancettes, ventouses, datent des premiers siècles avant l'ère chrétienne, à la fin de l'époque Alexandrine. On peut aussi voir une trousse de l'époque Copte, ayant appartenu certainement à un oculiste. La trousse, les lames et les manches de bistouris sont délicatement ornés de ciselures.

G. de Parrel.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du mardi 9 juin 1925

Infection charbonneuse suraiguë. Septicémie précoce. Mort. — *M. Jean Mornet*, interne à l'Hopital Saint-Antoine (présenté par M. Coyon, médecin à l'hopital). Un homme vigoureux, travaillant les peaux de chèvre, atteint de pustule maligne à la joue, présente une hémoculture positive dès le deuxième jour et meurt en cinq jours malgré cautérisation et sérum anticharbonneux sous la peau. Ce cas montre que, malgré la rareté relative dans les hôpitaux de Paris du charbon humain, il faut y penser. L'usine où était occupé cet homme reçoit des peaux de provenance multiples ; les cas de charbon y seraient assez fréquents mais généralement bénins, aux dires du personnel. De semblables faits sembleraient justifier des mesures prophylactiques.

La rééducation motrice et mentale des enfents arriérés par le rythme. — *M. Jeudon* montre que le traitement médical, la rééducation motrice, la physiothérapie, l'électrothérapie, sont facilités en inculquant à l'enfant la notion du rythme.

Sur la nature du virus de la mosaïque dû tabac. — *M. Paul Hauduroy* rappelle quelles discussions ont eu lieu à propos de la nature du virus de la mosaïque du tabac : ultra-virus pour les uns, il ne s'agit pour les autres que d'un processus d'autocatalyse. L'auteur rapproche les différentes propriétés connues du virus de la mosaïque de celles des ultravirus. Pour tous, on retrouve l'invisibilité, la filtrabilité, le biotropisme, la transmission en série de l'infection. Discutant ces diverses propriétés, il conclut que le virus de la mosaïque est bien un ultravirus semblable à ceux connus à l'heure actuelle : herpès, encéphalite, bactériophage etc...

La véritable nature de la pyorrhée alvéolaire. — *L. Coldenberg et L. Panisset.* — L'idée que la pyorrhée pourrait être due à un virus filtrant avait été émise par L. Goldenberg. Le succès de la vaccinothérapie pratiquée avec un vaccin préparé contre les germes pyogènes est en faveur du rôle joué par des microbes de cette nature dans le développement de la maladie. L. Goldenberg et L. Panisset imaginent que virus filtrant et microbes de la suppuration sont intimement liés (cataxie) si l'on vient à rompre l'un des maillons de la chaîne (vaccinothérapie antipyorrhéique) la rupture ne permet plus à l'action pathogène de s'exercer, la guérison survient.

Contribution à l'étude de l'immunité locale, réactions adénolymphatique consécutives à l'inoculation intradermique de vaccin microbien. — *L. Goldenberg et L. Panisset.* — L'inoculation intradermique de vaccin microbien provoque une réaction du ganglion lymphatique voisin. Le fait s'observe en clinique, il est vérifie par la méthode expérimentale. Ces constatations de cet ordré tendent à prouver que l'immunité locale est liée à l'action phagocytaire.

L'antagonisme des radiations. — *Dr Foveau de Courmelles.* Les couleurs dites complementaires du spectre solaire, peuvent être antagonistes, par suite diminuer ou supprimer les méfaits les unes des autres. Dès 1903, constatant la fréquence du lupus après la rougeole, qui rougit les tissus, ne laisse plus passer que des rayons rouges, arrêtant les ultra-violets microbicides, F. avait conclu qu'on devait employer ces derniers rayons pour combattre la rougeole et ses suites.

En psychiatrie, les déments excités étant soignés par les chambres bleues et les déprimés par les chambres rouges, en oppose à l'antagonisme des symptômes celui des couleurs.

Cet antagonisme des couleurs que ramènent à l'actualité les travaux du Prof. Pech, de Montpellier, exige certaines conditions de production, il conduit à des explications des coups de soleil des glaciers ou de la mer par absorption atmosphérique des infra-rouges laissant la prédominance aux ultra-violets.

Les radiodermites, lésions des ultra-violets que sont les Rayons X et ceux du radium, doivent donc se traiter par l'infra-rouge et le rouge, actions calorifiques récemment vantées par MM. J. Risler et Ch. Mondain ; d'ailleurs antérieurement préconisées sous la forme ancienne de diathermie (H. Bordier) mais les rayons lumineuy peu réfrangibles sont plus maniables et plus faciles à obtenir.

Ch. GROLLET.

La thérapeutique des maladies vénériennes, par M. le Dr Carle, de Lyon. Doin, éditeur, 1925.

La thérapeutique des maladies vénériennes a pris en ces dernières années une telle extension que de gros volumes sont aujourd'hui nécessaires pour énumérer les médicaments, exposer les méthodes, préciser les indications. Il y a même quelque habileté à condenser en 500 pages une matière aussi abondante, comme vient de le faire le docteur Carle dans son dernier ouvrage. Il est vrai que cette thérapeutique se double d'une prophylaxie ; et l'on sait sous quelle forme philosophique et pratique l'auteur sait présenter cette question.

Dans la blennorragie, malgré l'importance donnée à la question toute moderne des vaccins, l'auteur reste fidèle aux traitements locaux dont il expose en détail les indications, variables avec les formes et les techniques. En effet, comme il le répète bien souvent, cet ouvrage est écrit pour les praticiens qui n'ont pas toujours sous la main le laboratoire ou même le microscope exigés par certains récents procédés. Il se met donc à tout instant à la portée du praticien en lui indiquant les méthodes les plus simples, applicables à chaque cas. On retrouvera dans cette partie la note personnelle qui permet au docteur Carle son expérience déjà affirmée dans plusieurs publications antérieures sur le même sujet.

Le traitement de la syphilis est une redoutable épreuve pour un syphiligraphe. Le nombre, chaque jour croissant, des médicaments spécialisés ou non, oblige les meilleurs médecins à hésiter dans leurs choix. Et cette hésitation s'accroit encore lorsqu'ils pénètrent dans le chaos des discussions soulevées au sujet des traitements abortifs, traitements intensifs, traitements d'entretien... au sujet desquels l'accord est loin d'être fait, même parmi les maîtres. Là encore, le docteur Carle a systématiquement laissé de côté les questions purement théoriques. Il a compris l'embarras du praticien, mis en présence de tant de médicaments et de tant de méthodes, et l'a guidé de son mieux dans ce dédale. Il s'est surtout efforcé d'adapter à chaque période clinique la directive thérapeutique qui lui convient, conformément à ce vieux principe qu'il y a des malades, et non des maladies ; ce principe fut souvent oublié pour la syphilis, qui resta trop longtemps le type de la maladie à traitement stéréotypé.

Nous recommandons cet ouvrage aux étudiants et aux médecins, qui y trouveront les souvenirs d'autrefois, en même temps que l'actualité thérapeutique.

La matière vivante, organisations et différenciations, origines de la vie, colloïdes et mitochondries, par J. Kunstler, professeur d'anatomie comparée et embryogénie à la Faculté des sciences de Bordeaux et Fred. Prévost, ancien élève de l'Ecole normale supérieure, agrégé des sciences naturelles. 1 volume de 252 pages avec 80 figures. (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 18 fr.

Au lieu de se perdre dans l'édification de théories qui peuvent séduire par leur apparente logique mais n'ont souvent qu'un rapport lointain avec la réalité, M. Kunstler a cherché à ne jamais rien dire que ses observations personnelles et minutieuses ne lui permettaient d'affirmer.

Il a été amené ainsi à réfuter les théories généralement admises et à montrer qu'elles ne pouvaient pas donner une idée exacte de la réalité.

Il démontre dans ce livre que des réactions seulement chimiques ne peuvent pas expliquer la reproduction et la vie, que les phénomènes curieux, obtenus avec des colloïdes, ou des émulsions et mousses, ne présentent qu'une grossière analogie avec les mouvements vitaux et qu'il est impossible d'établir une continuité entre les règnes organiques et inorganiques.

Il explique pourquoi la matière vivante est certainement *organisée*, ne peut être homogène, et a une architecture nécessaire aux échanges chimiques; il illustre sa thèse par ses observations microscopiques qui font ressortir nettement une constitution micellaire.

Il reprend alors la question de l'origine de la vie, de la génération spontanée, et montre que tout corps naturel est vivant ou ne l'est pas, et qu'il n'y a *pas de matière vivante, mais seulement des êtres vivants* ayant une entité morphologique.

Puis examinant la structure de la matière vivante, il expose comment il a observé et étudié le *sarcode*, les sphérules, et les organisations, adaptations et contenus des vacuoles.

Enfin, dans une partie de l'ouvrage consacrée à un « exposé pratique », il étudie très en détail la structure vacuoloïdaire, les organisations sphérulaires et les mitochondries.

Au Capucin gourmand, par Henri Béraud. Roman. 1 vol, Prix ; 7 fr. 50. A. Michel, éditeur, 22, rue Huyghens. Paris.

C'est un roman historique. Les aventures du sergent Lèbre se passent sous Louis XV. Mais c'est aussi un roman de passion et de jalousie.

Récit pittoresque et truculent. Un beau roman, dit M. Paul Souday.

L'Évolution Psychiatrique. Psychanalyse. Psychologie clinique. — Directeur : A. HESNARD et R. LAFORGUE. Travaux originaux et études critiques de MM. ALLENDY, BOREL, CEILLIER, H. CLAUDE, CODET, DAMOURETTE, HESNARD, LAFORGUE, F. MINKOWSKA, MINKOWSKI Ed. PICHON, ROBIN, DE SAUSSURE. SCHIFF, VINCHON. Un volume in-8 de la *Bibliothèque Scientifique*. 20 fr. Payot Editeur Paris 1925.

Tous les médecins qui s'occupent d'aliénation, et tous les psychologues voudront avoir entre leurs mains un pareil volume qui met au courant des questions les plus modernes de la pathologie mentale. Ils y apprendront comment des analystes pénétrants savent fouiller la complexité des phénomènes morbides et ils verront que la psychiatrie trouve bien ses origines dans le sein de la biologie. En effet, la psychiatrie ne suscite pas seulement un intérêt croissant dans le public médical et spécialisé, son cadre déborde de loin celui de l'aliénation mentale, son étude se rapproche des frontières de la vie normale et touche également à la psychologie, à la sociologie, à la pédagogie, à la linguistique.

L'extension des théories et des méthodes nouvelles, leurs applications thérapeutiques, leur étude critique, ne sont pas toujours facilement connues de ceux qui, médecins ou autres, désireraient se tenir au courant de ces questions. En particulier, la *psychanalyse* n'est, trop souvent, vulgarisée que par des exposés insuffisants, des critiques un peu superficielles, des éloges parfois prématurés. Et surtout elle est fréquemment envisagée sous un jour qu'il éloigne vraiment trop de sa réalité médicale.

S'appliquant au contraire à ce dernier point de vue, un certain nombre d'auteurs l'étudient actuellement, en particulier sous l'impulsion de M. le Prof. H. Claude ; son école, parallèlement aux investigations biologiques, poursuit toute une série de recherches de psychologie clinique. Outre les travaux relatifs à la méthode de S. Freud, et à côté de notions plus proprement nouvelles, certaines théories telles que celles de Bleuler, sont examinées et mises en application, notamment on trouve dans ce livre une série d'études très claires sur la schizophrénie : je cite le travail du Prof. Claude sur la schizophrémie et la constitution bipolaire du caractères schizoïde, celui très original de Codet et Laforgue sur les arriérations affectives et la schizonoïa, celui de Minkowski, etc.

Il faut aussi signaler un mémoire signé de Laforgue et de notre collègue Codet sur la sexualité dans les névroses : mémoire de nature à intéresser le sociologue et l'éducateur en raison de son exposé original de l'évolution de l instinct sexuel.

En résumé, ce volume réunit un certain nombre d'exposés doctrinaux, d'études historiques, de mises au point critiques d'applications cliniques et pédagogiques concernant les théories et les techniques nouvelles ou peu répandues. Indépendamment de toute école dogmatique, conservant leur entière liberté de contradiction, les auteurs apportent leur contribution personnelle à ce recueil de travaux originaux et analytiques. G. P.-B.

La Mirlitantouille. Episodes de la chouannerie; par G. LENOTRE. 1 vol. in-8, orné de gravures. Prix ; 12 fr. Librairie académique Perrin, 35, Quai des Grands-Augustins. Paris.

M. G. Lenotre poursuit ici le même cycle d'études que dans ses précédents ouvrages, le *Marquis de la Rouërie* et la conjuration bretonne, *Tournebut* ou la chouannerie normande au temps de l'Empire. Le maître de l'histoire anecdotique de « la petite histoire » ne pouvait qu'être attiré par une matière si romanesque, qui a inspiré des romanciers comme Balzac, Victor Hugo et Barbey d'Aurevilly. M. Lenotre travaille sur documents et pièces d'archives : il s'attache à ne raconter que des faits authentiques et prouvés ; mais cela n'en diminue pas l'intérêt au contraire et ne les empêche pas de rester passionnants.

La Revue Hebdomadaire publie dans son numéro du 11 juillet **Sept Petits poèmes**, par la Comtesse DE NOAILLES. — **Reverrons-nous la Guerre** ? *La Guerre Chimique. La Guerre des gaz. Opinions de MM. Ch. Moureu et Bedouce*, par Henry RUFFIN — **Un homme d'Amour ou la vie de Frantz Liszt. La Maturité**, par Guy DE POURTALÈS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Le roman d'une épidémie parisienne. — Le vol à l'étalage ; par le Dr ANTHEAUME. 1 vol. in-16, br., 228 p., 7 fr. (Doin).

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Excursions de Paris et de Rouen au Havre et Vice-versa par Chemin de Fer et Bateau à Vapeur

L'une des plus charmantes excursions qu'il soit possible de faire sans déplacement important est certainement la descente de la Seine entre *Rouen* et *Le Havre*. Les rives verdoyantes du fleuve et les admirables points de vue qui se déroulent aux yeux du voyageur en rendant le parcours des plus agréables.

En vue de faciliter cette excursion, l'administration des Chemins de fer de l'Etat délivre jusqu'au 30 septembre 1925, de de Paris, de Rouen ou du Havre, des billets spéciaux d'aller et retour qui permettent d'accomplir en *Bateau à Vapeur* le trajet de *Rouen* au *Havre* ou vice versa, et le reste du voyage en *Chemin de Fer*.

Les prix de ces billets sont ainsi fixés : 1° *Paris* au *Havre* ou *Vice versa* : 1re classe chemin de fer et bateau : 108 fr. 85. — 2e cl. ch. de fer et 1re cl. bateau : 83 fr. 10. — 3e cl. ch. de fer et 2e cl. bateau : 55 fr. 35. — Durée de validité, 5 jours.

2° De *Rouen* au *Havre* ou *Vice versa* : 1re cl., 45 fr. 15 ; 2e cl., 38 fr. 90 ; 3e cl., 27 fr. 45. Durée de validité, 3 jours.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 30 **Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ)** 25 JUILLET 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

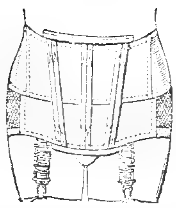
A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

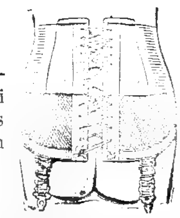
ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... 30 fr
Belgique et Italie .... 40 fr
Union postale.................. 50 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

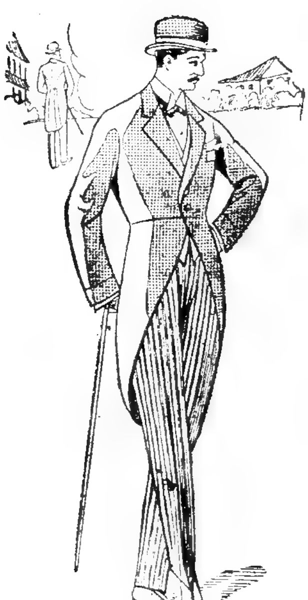
Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ







NOUVELLES

Association générale des étudiants. — La Section de Médecine de l'Association Générale des étudiants nous prie d'insérer que le Dr DEBAT, directeur des laboratoires de l'*Inotyol* vient d'attribuer les bourses de vacances de 500 fr. à des étudiants en médecine de santé délicate et de situation digne d'intérêt. Six bourses devaient être réparties, mais en raison du nombre de candidats intéressants, le Dr DEBAT a porté ce nombre à 7 ; trois furent réservées aux membres de l'Association corporative, trois à ceux de l'Association générale des étudiants et la 7e a un étudiant n'appartenant à aucune association. Le nombre des bourses a été généreusement porté à 10 pour l'an prochain.

Tous ces jeunes camarades remercient de tout cœur le Dr DEBAT qui s'intéresse si largement aux moins favorisés d'entre eux.

Médailles d'honneur des épidémies. — *Médailles de vermeil.*— M. Nguyen Si Dung, médecin auxiliaire de l'assistance médicale indigène en Annam.

Médailles d'argent. — MM. Alphand, médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française ; Meydieu, médecin chef de section de prophylaxie au Gabon ; Le Saint, médecin chef de section de prophylaxie au Moyen-Congo ; Urvois, médecin-chef de section de prophylaxie (Oubangui-Chari) ; Le Hurr, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales ; Pinaud, médecin-chef du Service de santé de la colonie du Niger.

M. Beaugeard, interne à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

M. Mabille, externe à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Médailles de bronze. — MM. Mouriquand, médecin des hôpitaux à Lyon : Bui-Duc-Khang, médecin auxiliaire à l'hôpital consulaire à Yunnanfou (Yunnam).

MM. Bouvier, interne à l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie ; Gerbault, interne aux hospices civils de Nancy ; Mlle Dreyfus-Sée, interne à l'hôpital Trousseau, à Paris ; MM. Jouniaux, interne à l'hôpital civil de Versailles ; Samama, interne en médecine à l'hôpital d'Amiens.

MM. Maître, externe à l'hôpital général de Dijon ; Gagnière, externe à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon ; Regnault et Janvier, externes à l'hôpital Trousseau, à Paris ; Roulin et Jamet, externes à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Mlle Huret, préparateur à l'Institut Pasteur de Tunis.

Les maladies de cœur aux Etats-Unis. — Parmi les causes de mortalité qui sévissent aux Etats-Unis, les cardiopathies sont maintenant au premier rang (150 morts par 100.000 habitants, la mortalité par tuberculose n'étant plus que de 99 pour 100.000).

En juin 1924 s'est fondée une « ligue américaine contre les maladies de cœur » (*American Heart Association*) qui se propose d'entreprendre une vaste campagne analogue à celle que la *National Tuberculosis Association* a engagée contre la phtisie. Mais, alors que la N. T. A. compte 1.400 filiales, la A. H. A. n'en possède encore que six.

Il y a environ deux millions de cardiaques aux Etats-Unis. La proportion est de 1 pour 100 chez les écoliers, de 30 pour 1.000 chez les ouvriers. Deux Américains pour cent se voient refuser, pour maladie de cœur, le bénéfice d'une assurance sur la vie ; et, pour le même motif, pendant la guerre, quatre conscrits américains sur cent ont été déclarés inaptes au service.

50 à 60 pour 100 des cardiopathies américaines sont d'origine rhumatismale (troubles de croissance pendant l'enfance) ; 15 à 20 pour 100, d'origine vénérienne.

Parmi les remèdes que préconise l'*American Heart Association* il faut citer : la visite médicale au moins annuelle ; l'affectation des ouvriers cardiaques à des métiers plus doux, où ils ne risquent pas de mourir de myocardite ; la création de « camps d'été » (*summer camps*) pour les enfants cardiaques ; enfin, le développement des cliniques cardiologiques spécialisées. Il existe actuellement 140 de ces cliniques aux Etats-Unis et au Canada (48 à New-York). (*Le Figaro*).

La longévité des docteurs et dentistes. — Les dentistes selon le *Londoners'Diary*, ne sont pas gratifiés d'une longue vie. L'exposition à l'infection, l'obligation d'avoir des heures de travail irrégulières et le contact de mauvais patients, telles sont les raisons avancées. La première de ces raisons, qui est de quelque importance, est cependant très controversable. C'est un fait qu'il est relativement rare d'entendre dire qu'un docteur ait contracté par contagion une maladie mortelle ; il prend ses précautions devant des risques qu'il connaît. L'homme qui prend l'autobus ou le métro respire une multitude de microbes dans l'absolue ignorance d'un danger quelconque et ne prend aucune précaution, et ajoute le *Londoner's* : « Les docteurs jouissent d'une vie plus longue que les dentistes. Le genre de vie du dentiste est plus mauvais que celle du docteur, ce qui prouve que les ennuis d'une vie sédentaire font plus que contrebalancer l'irrégularité des heures de travail. » La dentisterie peut être décrite de manières diverses, mais il est très curieux de trouver qu'en définitive c'est une occupation sédentaire. Il serait intéressant de savoir, en moyenne, combien de fois et combien de temps un dentiste s'assied dans une journée. Eu égard à la régularité des heures, ceci est peu de travail en réalité. Il est vrai, qu'en moyenne les heures du travail du docteur sont moins régulières que celles du dentiste, mais celui-ci est fréquemment appelé pour des cas dentaires, urgents, les dimanches et fêtes et parfois la nuit. Pour ces soins, entre parenthèses, il est rare qu'ils reçoivent une récompense. On a toujours dit, d'ailleurs, que la vie du dentiste était courte et, il faut l'espérer, gaie. On ne peut élever de doute sur la véracité des statistiques dressées à ce sujet. Les statistiques sont évidemment au-dessus de la critique. On peut rappeler les faits suivants : Quand l'hôpital Dentaire Royal de Londres vit le jour, six chirurgiens-dentistes honoraires furent inscrits dans son conseil. Parmi ceux-ci Robert Hepburn mourut à 92 ans, Thomas Underwood, à 82 ans ; Thomas Arnold, à Rogers, a certainement plus de 80 ans ; Sir John Tomes a presque cet âge et Samuel Cartwright pas plus que le sixième, ne sont morts plus jeunes. Ceci semble de bon augure pour tout le corps enseignant de l'Ecole Dentaire de Londres. (*Dental Surgeon* et *Semaine dentaire.*)

L'école des infirmières de l'Assistance publique à Paris.— Ouverte depuis 1907, elle est destinée à former des infirmières pour les hôpitaux et hospices de la Ville de Paris. En dix-huit années d'existence, elle a pris une extension considérable ; elle a multiplié ses services, elle les a constamment tenus au courant des progrès des techniques modernes ; elle a formé plus de huit cents infirmières accomplies.

Elle offre, aux jeunes filles désireuses de se faire une situation indépendante, les moyens les plus faciles d'y parvenir. C'est ainsi que la gratuité des études est complète.

Pendant leur séjour à l'école, les élèves reçoivent même une allocation annuelle de 900 francs. Elles sont, en outre, nourries, logées, chauffées, éclairées et blanchies. Après deux années d'études, le traitement de début est, pour les agents non logés, de 7.080 francs, auquel s'ajoute une indemnité de résidence fixée à 1.600 francs pour la région parisienne : donc, au total, 8.680 francs, et ce n'est qu'un traitement de début, qui augmente rapidement.

Les candidates doivent être de nationalité française, célibataires

et âgées de dix-neuf ans au moins et de vingt-six ans au plus au 1er janvier de l'année du concours.

Celles qui possèdent le brevet élémentaire ou un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves. Un examen médical, passé à l'Ecole des Infirmières, décide seul de leur admission et de leur aptitude physique à la profession d'infirmière.

Pour les autres candidates, outre cet examen médical, elles doivent satisfaire à un concours, comprenant : une dictée de difficulté moyenne servant d'épreuve d'écriture, une narration française et deux problèmes d'arithmétique portant sur les quatre règles, les fractions et le système métrique, ainsi qu'une épreuve de couture.

Admises à l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique, les élèves ont à suivre un programme de cours et de stages dans les hôpitaux, les préparant aux connaissances professionnelles qui leur seront nécessaires. Ce programme comprend : des cours d'anatomie, de physiologie, d'administration, de technique et de morale hospitalières, d'hygiène, de pharmacie, de massage, d'électrothérapie, de radiologie ; des leçons théoriques et pratiques sur les soins à donner aux malades atteints d'affections d'ordre médical, aux aliénés, aux contagieux, aux vieillards et aux incurables, aux enfants, aux femmes en couches et aux nouveau nés ; des séances de nécropsie (complément d'anatomie) ; des leçons théoriques et pratiques sur le service des laboratoires, sur le service des salles et des offices, sur la préparation des tisanes, boissons et mets légers qui conviennent aux malades.

Le but de l'Assistance publique à Paris étant de pourvoir par son école au recrutement d'hospitalières éduquées en vue de leur profession, il convenait qu'elle s'assurât pendant une certaine durée le concours des élèves ainsi formées. Aussi les élèves définitivement admises à l'Ecole des Infirmières doivent-elles prendre, avec le concours de leurs parents ou tuteurs, l'engagement de rester cinq ans au service de l'administration après leur sortie de l'école. Dans le cas où elles partiraient avant l'expiration de ces cinq années, elles s'obligent à payer une indemnité proportionnelle au temps restant à courir avant l'expiration de ce délai et calculée à raison de 5 francs par jour.

Enfin, pour consacrer les études faites à l'Ecole des Infirmières, il est délivré aux élèves infirmières qui ont accompli les cinq années faisant l'objet de l'engagement, un *Brevet d'infirmière de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.*

Nous ajouterons que, par arrêté en date du 28 février 1924, l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique (Salpêtrière) a bénéficié de la reconnaissance administrative comme école permettant à ses élèves de se présenter devant le jury d'examen pour l'obtention du diplôme d'Etat, ce qui les met à même d'acquérir ultérieurement le titre officiel d'infirmière diplômée de l'Etat français.

A côté de l'Ecole des Infirmières de l'Assistance publique, spécialement destinée à former des soignantes pour le chevet des malades, une « Ecole de préparation aux services généraux hospitaliers » a été ouverte l'an dernier. Elle a pour objet d'assurer le recrutement des emplois de gradées pour les services de cuisines, buanderies, lingeries, bureaux, dans les hôpitaux et les hospices.

La durée des études est de deux ans, sous le régime de l'internat.

Le programme comporte des cours communs avec l'Ecole des Infirmières (administration générale, technique et morale hospitalières ; hygiène) et des cours non communs (cours spécial et détaillé d'administration hospitalière avec travaux pratiques ; cours d'économie domestique avec travaux pratiques ; éléments de calcul et de sciences appliqués au service hospitalier ; sténo et dactylographique ; etc.).

A la fin de la première année d'études, les élèves subiront un examen théoriques et pratique. Celles dont les notes ne sont pas satisfaisantes doivent recommencer leur première année d'études. Celles dont les notes sont tout à fait insuffisantes ne sont pas admises à prolonger leur séjour à l'Ecole.

A la fin de la deuxième année, les élèves sont soumises à un second examen théorique et pratique. A celles qui l'auront subi avec succès, il sera délivré un brevet spécial qui leur assurera un avancement tel qu'elles arriveront aux emplois de gradées dans les services généraux dans le même temps qui sera nécessaire à leurs camarades de promotion de l'Ecole des Infirmières pour arriver aux emplois de gradées dans le personnel soignant.

Pour plus amples renseignements s'adresser à l'Assistance publique à Paris — service du Personnel — 3, avenue Victoria.

Le prochain concours d'admission aura lieu le 5 octobre 1925, à treize heures.

Nécrologie. — Dr A. Rouxeau, de Nantes. — Dr de Forcrand de Coiselet (de Nice).


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hérédité du cancer en pathologie humaine Les données de la statistique. et les familles à cancer (1)

par MM.

POTTEVIN, Professeur au conservatoire des Arts et Métiers

PEYRON de l'Institut Pasteur Professeur de pathologie expérimentale et Directeur scientifique de l'Institut contre le cancer à l'Université d'Aix-Marseille

Membres de la Commission du cancer

En collaboration avec

J. SURMONT, Interne des hôpitaux

Mlle **PÉCHENARD**, Externe des hôpitaux

P. PLANTEVIN, Externe des hôpitaux

On sait combien la question du cancer a évolué dans ces vingt dernières années, depuis que l'embryologie d'une part, la pathologie comparée de l'autre, en ont pris possession.

La question de l'hérédité des tumeurs qui, avait été autrefois l'objet de discussions prolongées à l'issue desquelles les opinions restèrent partagées, a suivi ce mouvement de progrès, facilité, il faut le reconnaître, par l'extraordinaire développement de nos connaissances biologiques dans le domaine de l'hérédité normale.

Les cliniciens du siècle dernier et en particulier les chirurgiens tels que Velpeau, Paget, Broca, ne reconnaîtraient plus dans cette question entièrement rénovée le vieux terrain de leurs discussions passionnées sur les diathèses humorales. Le problème s'est infiniment compliqué, mais de nombreuses voies d'accès permettent désormais de l'aborder. Cette transformation préparée par les intuitions géniales du moine morave, Grégor Mendel, sur les lois de l'hybridité est due surtout aux observations méthodiques faites sur la souris par Miss Maud Slye à l'Institut de Chicago ; elle a coïncidé avec un mouvement de recherches embryologiques auquel l'un de nous (Peyron) a particulièrement contribué dans ces vingt dernières années et qui établit qu'à côté des hypothèses et des méthodes d'ordre bactériologique (toujours indispensables et plus fécondes que jamais, en pathologie comparée), l'étiologie des cancers plonge par des racines profondes dans l'embryologie et la tératologie générales.

Cette série de recherches nécessairement longues, apportées depuis 20 ans par Alezais, Peyron, Ménétrier, sur les néoplasies issues des vestiges ou de malformations embryonnaires, aboutissait ainsi, par un chemin lent mais sûr, à cette même notion du terrain héréditaire que Miss Maud Slye vient de nous révéler chez la souris après une expérimentation prolongée qui restera un modèle de patience.

Dans une question aussi difficile, il est indispensable de procéder méthodiquement ; nous n'envisagerons dans cet article que les faits tirés de la pathologie humaine, c'est-à-dire des statistiques d'une part et de l'étude des familles à cancer de l'autre. L'exposé en est facile. Dans un mémoire ultérieur nous étudierons les données plus complexes tirées de la biologie et de la pathologie expérimentale.

Données de la statistique humaine.

Elles ont été longtemps considérées comme un élément important d'appréciation. En réalité, la plupart ne répondaient pas aux conditions qu'une critique scientifique rigoureuse est aujourd'hui en droit d'exiger. Nous laisserons de côté un grand nombre d'entre elles qui ont porté sur un chiffre trop faible de familles ou de sujets ; et même pour celles que nous allons retenir on verra qu'elles n'apportent en faveur de l'hérédité qu'une présomption parfois contestable.

Prenons par exemple la statistique de M. Hillier et Pearson dressée dans le service du cancer de Middlesex hospital : elle porte sur 2368 cas (pour ne retenir que les femmes) ; sur ces 2368 : 359 avaient des antécédents cancéreux, 209 n'en avaient pas. L'examen d'une série de témoins (743 malades non cancéreuses) en montra 102 avec, et 651 sans antécédents cancéreux.

Ainsi que Ledoux-Lebard (1908) le fait justement remarquer, si on fait le calcul nécessaire pour rapporter ces chiffres de part et d'autre à mille malades, leur proportion entre la présence du cancer et le facteur héréditaire est à peine de 0,04, c'est-à-dire très faible et presque nulle.

Weinberg et Gastpar, d'après des statistiques faites à Stuttgart, donnent le pourcentage suivant qui traduit une prédominance plutôt légère du cancer dans les ascendants des cancéreux.

	p. 100
Père et mère	6,6
Frères et sœurs	3,9
Beaux-pères et belles-mères	5,9
Beaux-frères et belles-sœurs	3,1

Bashford, dont les données statistiques portent sur plus de 2932 sujets cancéreux, donne les chiffres suivants relatifs à l'existence du cancer chez les ascendants.

	Cancéreux	Non cancéreux
Pères	8,7 p. 100	9 p. 100
Mères	17 —	12,5 —

On voit que ces chiffres tendraient à montrer la prédominance de l'hérédité maternelle, mais il y a, comme le signale justement Vignes, deux causes d'erreur :

1° Mort plus précoce des pères, d'où moins exacte documentation de certains enfants :

2° Fréquence, chez la femme, de cancers tels que le sein et l'utérus, qui sont plus rarement méconnus que certains cancers viscéraux profonds de l'homme.

Guillot a fait dans les hôpitaux du Havre une enquête portant sur 352 malades dont 329 non cancéreux et 23 cancéreux. Les premiers ont présenté 19 % d'antécédents néoplasiques et les autres 17 %. Mais il faut remarquer avec raison que les autres malades enquêtés étaient en moyenne beaucoup plus jeunes que les cancéreux, il est donc évident qu'un certain nombre de leurs ascendants vivants succomberaient au cancer dans les années suivantes.

En tenant compte de la correction que ce fait rendrait nécessaire, Guillot arrivait à 16 % d'antécédents cancéreux chez les sujets indemnes, c'est-à-dire à un chiffre sensiblement égal au précédent de sorte qu'on ne pouvait tirer aucun argument en faveur de l'hérédité.

(1) Ce travail correspond à un des chapitres d'un ouvrage sur *Le cancer, maladie sociale*, publié sous la direction du professeur Pottevin, et qui est destiné à paraître prochainement.

On est conduit par contre à des résultats positifs plus favorables lorsque l'enquête est conçue d'une autre façon ; si un ascendant ou un descendant sont atteints de cancer il y a plus de chance de voir ce dernier se localiser au même organe qu'à des organes différents.

La statistique de Polaillon montre par exemple sur 197 cancers du sein 20 cas à antécédents cancéreux, dont 7 où le cancer des parents ou des collatéraux affectait les seins.

Wassink et Wessink Van Raamsdonk ont abouti à des conclusions analogues, mais dégagées en formules plus suggestives :

Sur 258 femmes atteintes de cancer du sein, 76 montrent des antécédents cancéreux dans leurs familles. De ces 76 familles, 30 (40 individus) montrent un ou plusieurs cancers du sein et 46 (62 individus) montrent du cancer d'autres organes.

Cette portion de 46 sur 62 est évidemment bien supérieure à la fréquence relative du sein par rapport aux autres tumeurs malignes, elle est d'ailleurs voisine de la proportion : 7/13 indiquée par Polaillon.

Pour apprécier ces différences, les auteurs montrent que les proportions normales sont les suivantes :

	Chez l'homme	Chez la femme
Estomac	4	4
Utérus	»	2
Sein	»	1

Or, ils trouvent des 76 familles précédentes :

Estomac	21	16
Utérus	11	6
Sein	»	40

Opérant de la même façon pour l'utérus, ils décident sur 274 cancers, 66 familles à antécédents cancéreux qui donnent :

Estomac	6
Utérus	24
Sein	4

24 cancers de l'utérus pour 10 de l'estomac et du sein, c'est une proportion encore plus considérable que celle donnée plus haut. Au contraire, dans le groupe des cancers qui, contrairement à ceux-ci montrent un facteur cancérigène particulièrement puissant : (Ex. : pour le cancer de la langue, la syphilis, les chicots dentaires, etc...), l'influence héréditaire ne se retrouve plus ou passe à l'arrière-plan.

Que faut-il conclure ? Evidemment les statistiques telles que celles de Wassink, etc., sont plus précises que celles mentionnées précédemment, mais dans l'ensemble la valeur démonstrative des données fournies par les statistiques reste des plus relatives.

G. Wells, en particulier, en a bien dégagé les raisons en montrant que, dans les services d'hôpital bien outillés, les erreurs de diagnostic en matière de tumeur maligne se produisent dans 20 à 60 % des cas (statistiques des instituts d'anatomie pathologique contrôlant les observations cliniques).

Combien plus étendues doivent être les erreurs lorsque on fait appel aux renseignements fournis par les services d'état civil, ou aux familles elles-mêmes ! A ce point de vue, il est probable que les pays tels que la Suisse, dans lesquels les autopsies sont plus facilement acceptées (même dans les familles), pourront fournir ultérieurement des documents plus précis que ceux dont nous disposons actuellement.

Les familles à cancer

Nous allons envisager d'abord les observations dans lesquelles l'influence héréditaire semble porter à la fois sur plusieurs des types habituels (sein, utérus, estomac, etc.) Nous serons amenés à conclure qu'elles n'apportent pas une démonstration rigoureuse. Ensuite nous étudierons les cas, moins nombreux peut-être, mais sûrement plus importants, d'hérédité d'une tumeur déterminée ; enfin nous consacrerons un exposé spécial à une tumeur particulièrement rare : le neuro-épithéliome ou gliome de la rétine, pour laquelle l'influence de l'hérédité apparaît avec évidence sur les tableaux généalogiques (1).

1er groupe. — *Hérédité portant sur plusieurs tumeurs de types divers.*

Parmi les premières observations intéressantes nous mentionnerons celle donnée par Warren en 1837, dans laquelle le grand-père était mort de cancer de la lèvre, le fils et deux filles de cancer du sein, et deux petites filles de cancer du sein, au total six personnes dans l'espace de trois générations.

En 1857, l'illustre chirurgien anglais Paget commence ses plaidoyers en faveur du rôle de l'hérédité du cancer.

Le coefficient d'hérédité cancéreuse, d'après ses statistiques atteignait 22 % chez les cancéreux et 8 % seulement chez les non cancéreux

En fait, de tous les documents de cette période, un seul émerge : c'est l'observation de la famille Broca, que nous reproduisons plus loin (fig. 1). Cette famille a été suivie pendant trois générations.

Elle s'ouvre avec une dame Z morte vers 60 ans en 1788 de cancer du sein. Des quatre filles A. B. C. D., la première meurt à 62 ans en 1820 d'un cancer du foie, ses trois filles ne présentaient pas de cancer à l'époque où l'observation fut dressée.

La 2e B, meurt à 43 ans en 1805 d'un cancer du foie. Elle eut deux fils et cinq filles, dont 5 moururent de cancer de l'estomac (65 ans), du sein (35 ans), du sein (40 ans), du sein (40 ans), une autre du foie (40 ans). La 3e C. morte à 51 ans en 1805 d'un cancer du sein, eut deux fils et cinq filles : ces dernières sont toutes mortes de cancer ; l'une à 37 ans (sein), l'autre à 47 ans (sein), l'autre à 40 ans (utérus), l'autre à 55 ans (sein), l'autre à 61 ans (foie).

La première de ces filles disparues laissait 2 fils et 3 filles dont une morte à 49 ans de cancer du sein.

La 4e D, morte à 54 ans en 1827 d'un cancer du sein.

Quoi qu'il en soit voici de quels commentaires Broca accompagnait cette observation : « 16 cas de mort par cancer dans une seule famille, de 1788 à 1856 en moins de 70 ans, constituent certainement une preuve suffisante de l'hérédité de cette terrible maladie. Contrairement à l'opinion acceptée par quelques auteurs, ces cancers héréditaires n'ont point sévi que sur les sujets jeunes. Le plus précoce s'est montré après l'âge de 30 ans. En laissant donc de côté tous les individus qui sont morts avant 30 ans et ceux qui sont encore au-dessous ce cet âge, nous trouvons que parmi les descendants de Mme Z., 26 ont dépassé l'âge de 30 ans et atteint, par conséquent, la période de la vie où le cancer a l'habitude de se manifester, et que sur 26 il y a eu 15 cancéreux.

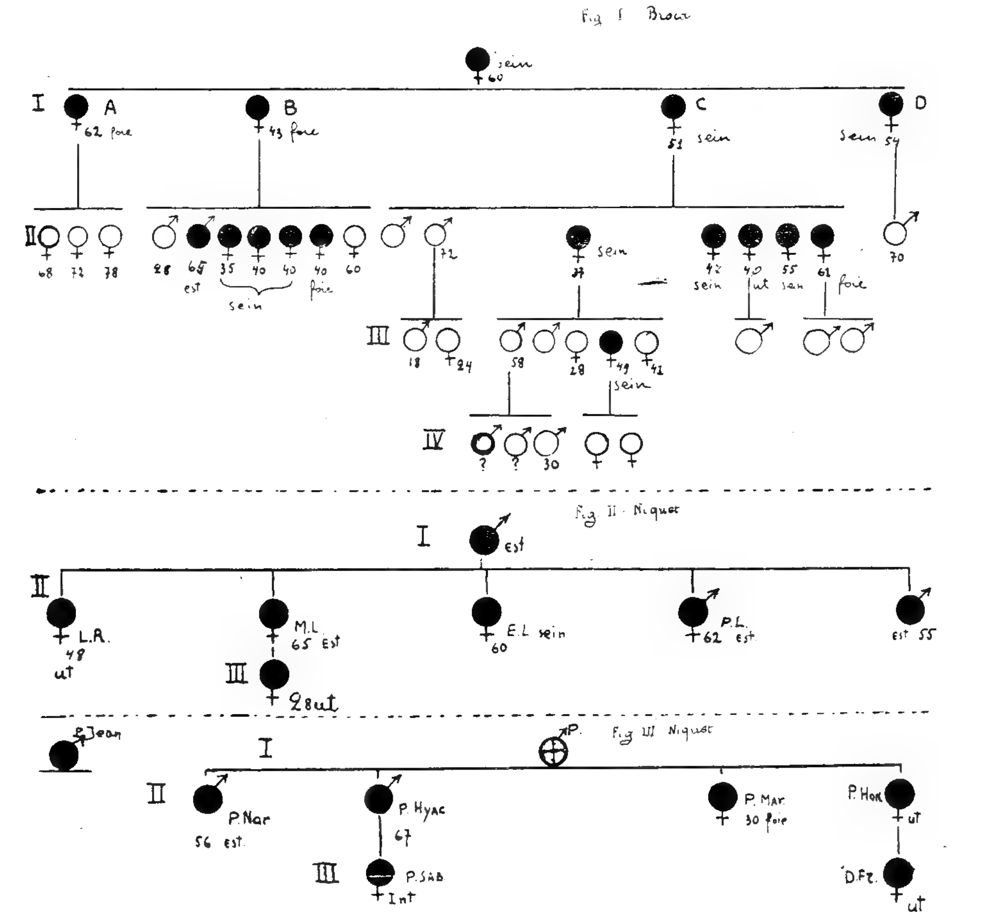
(1) Sur les fig. 1 à 6 sont figurés en noir, les sujets morts de cancers à partir de la fig 6 bis les cercles noirs indiquent seulement les sujets atteint, du type de cancer dont il est question — les autres cancers étant désignés par une croix — sur toute la série, les cercles restés en blanc correspondent aux sujets non cancéreux.

« Or quoiqu'il soit difficile d'apprécier rigoureusement le degré de fréquence du cancer, quoique cette fréquence ne soit pas la même dans les populations rurales et dans les populations urbaines, on sait que la mortalité générale par le cancer ne s'élève pas en France au delà de 10 à 12 p. 1000 de la mortalité générale ; mais si l'on ne tient compte que des décès survenus après l'âge de 30 ans, le nombre des décès par le cancer atteint un chiffre d'environ 30 pour 1.000 ou 3 pour 100. Par conséquent en portant cette proportion à 4 pour 100 nous serons certain de dépasser largement les limites de la réalité. D'après cela sur 26 individus âgés de plus de 30 ans et pris au hasard, il ne devrait pas y avoir en moyenne, plus d'un cancéreux ; et s'il y en a eu 15 sur les 26 descendants de Mme Z., c'est la preuve que l'influence de l'hérédité a multiplié par 15 les chances naturelles du cancer. Mais ce qui rend le résultat plus frappant encore, c'est que tous ces cancers à l'exception d'un seul, ont eu lieu sur des femmes. Le nombre total des femmes est beaucoup plus grand, il est vrai, que celui des hommes, puisque sur les 26 personnes en question, nous ne trouvons que 7 individus du sexe masculin. Il y a donc eu 1 homme cancéreux sur 7 et ce chiffre n'a rien d'extraordinaire. Mais il y a eu 14 cas de cancer chez les 19 filles ou petites-filles de Mme Z. qui ont dépassé l'âge adulte, proportion effrayante qui dépasse tout ce qu'on connaissait jusqu'ici. »

A la suite de cette observation, d'autres du même ordre ont été apportées dans des études plus récentes. Nous allons reproduire ci-contre quelques-uns des tableaux correspondants.

Voici par exemple empruntée à la Thèse de Niquet (Paris 1895) l'observation d'une famille (fig. 2) dans laquelle le cancer à la première génération est représenté par un cancer de l'estomac dont le père est mort en 1832. A la deuxième génération, une fille.

L. R., meurt d'un cancer de l'utérus à 48 ans.
Une autre M. L., à 65 ans, de troubles gastriques rapportés à un cancer de l'estomac.
Une autre E. L., à 60 ans d'un cancer du sein.
Un autre fils B. L., à 62 ans d'un cancer de l'estomac.
Un autre fils C. L., à 55 ans d'un cancer de l'estomac.
A la 3e génération une fille de L. M. meurt à 28 ans de cancer utérin.



Voici encore une 2e famille également étudiée dans la thèse de Niquet (fig. 3.)

P. Jean meurt d'un cancer en 1857.
P. Narcisse, son frère, meurt à 56 ans d'un cancer de l'estomac.
P. Hyacinthe, son frère, également à 67 ans.
P. Marie sa sœur, meurt à 30 ans d'un cancer du foie.
P. Honorine, sa sœur, également q.q. années après, d'un cancer de l'utérus.
D. Françoise, fille de P. Honorine, meurt d'un cancer de l'estomac.
P. Sabine, fille de P. Hyacinthe, meurt d'accident intestinal attribué à un cancer de l'intestin.
P. Hippolyte fille de P. Narcisse meurt d'un cancer du rectum.

Letulle a rapporté en 1907 (*Archives de médecine expérimentale*) une autre observation également intéressante (fig. 4) mais dans laquelle cependant le nombre des cancéreux est moins considérable que pour les générations précédentes. Dans ce cas, dit-il, l'aïeule succomba au cancer utérin après avoir engendré sept enfants, quatre fils et trois filles. Un de ses fils meurt de cancer du testicule ; deux de ses filles meurent, l'une d'un cancer de l'anus, l'autre d'un cancer de l'ovaire, celle-ci après avoir donné naissance à deux fils dont l'un devait succomber à un cancer de la prostate. La troisième fille, septième membre de cette génération d'enfants de cancéreuse a quatre enfants dont une fille est enlevée, à quarante-cinq ans, par un cancer de l'utérus. « Il m'a paru impossible, dit Letulle de mettre sur le compte du pur hasard une telle série d'au moins cinq cancers génito-pelviens sévissant sur la même famille.

Calvel (Thèse Paris, 1919), rapporte une observation d'une famille étudiée par Desfosses. Le père, ayant épousé sa cousine germaine, meurt d'épithélioma de la vessie ; il a eu (fig. 5).

1° Une fille morte d'une tumeur de l'ovaire ;
2° Une fille morte de cancer du gros intestin ;
3° Un fils opéré d'un sarcome mélanique de l'œil ;
4° Un fils mort de maladie quelconque ; ce dernier eut un fils mort de fibro-sarcome naso-pharyngien.

Scott Warthin, professeur à l'Université de Michigan

a rapporté le cas d'une famille de cancéreux dans laquelle le grand-père est cancéreux. Sur les 48 descendants, 17, à l'époque où a été publiée l'observation, étaient morts ou opérés de cancers (10 cancers de l'utérus, 7 de l'estomac).

Les autres descendants n'avaient pas atteint à cette époque l'âge assez avancé auquel le cancer apparaît ordinairement.

Il cite une autre famille dans laquelle le père, la mère et leurs six enfants sont atteints de cancer, ainsi que l'unique petit-fils.

Watkins rapporte l'histoire d'une famille dans laquelle à la première génération quatre cas de cancer auraient apparu. Une femme morte de cancer du sein et ses trois frères morts avec un tableau clinique de tumeur intestinale. Un de ces derniers eut cinq enfants qui tous présentèrent un cancer. Une fille (utérus), une autre fille (sein), deux fils (rectum), une troisième fille (rectum) encore en vie au moment où l'observation fut publiée.

Deuxième groupe. — *Développement exclusif d'un seul type néoplasique.*

Peau. — Wolff mentionne une observation de Ruder à laquelle nous n'avons pu d'ailleurs nous reporter, au sujet de la transmission d'un cancer cutané frappant les 7 garçons d'une même famille, entre 7 mois et 10 ans alors que 5 filles restaient indemnes. Les parents étaient sains mais le grand-père avait présenté les mêmes lésions.

Heidingsfeld rapporte l'observation d'un homme de 65 ans dont les 4 enfants comme lui-même eurent une tumeur du nez. Son oncle et sa tante eurent une tumeur analogue.

Tout récemment Gaujoux et Tribet ont observé une femme et sa fille qui présentaient un épithélioma baso-cellulaire du nez de structure histologique très voisine dans les deux cas.

Gray donne une observation intéressante relative à l'hérédité de l'ulcus rodens (épithélioma baso-cellulaire). Deux frères présentaient, le plus âgé une tumeur à la face, le plus jeune des tumeurs multiples (11 sur le tronc, une sur la joue). Leur grand-mère maternelle avait eu deux localisations de même type, une sur la lèvre, l'autre à la face, et un oncle maternel avait été opéré pour une tumeur dans la région de la face. Graham Little publie un cas d'ulcus rodens de forme particulière siégeant dans la région du cou chez un homme de 71 ans. Son père, mort à 95 ans, avait présenté une lésion de même ordre.

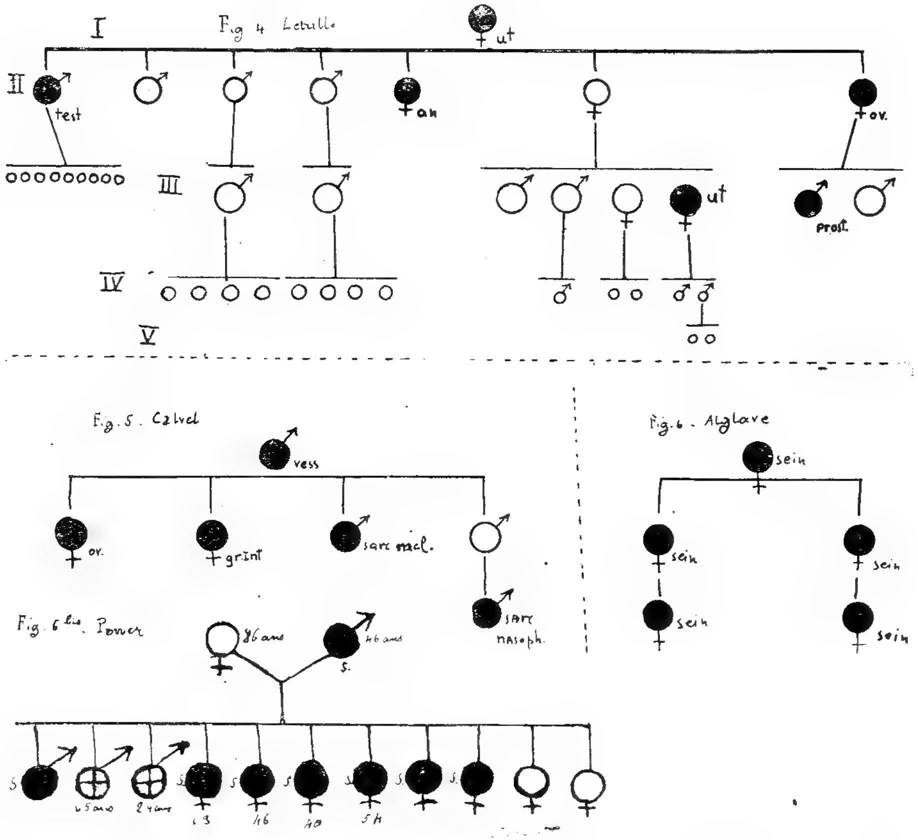
Deux observations d'Hutchinson offrent un intérêt particulier en raison de *l'âge anticipé* auquel les lésions cutanées apparaissent à la deuxième génération. Ainsi par exemple un père mort à 69 ans d'un ulcus rodens développé depuis l'âge de 39 ans, eut un fils qui, à l'âge de 14 ans présenta des lésions identiques. Une femme morte à 70 ans d'un cancer de la joue eut une fille qui mourut à 42 ans d'un cancer de la joue de même type.

Le type spécial décrit sous le nom d'*épithélio amadénoïdes cysticum* ou maladie de Brooke et qui, pour certains auteurs n'est qu'une variété d'épithéliome baso-cellulaire, est parfois héréditaire. Brooke lui-même en a publié un cas dans lequel le grand-père, le père, deux fils et deux filles présentaient des lésions analogues.

Dans une observation de Dore où la maladie avait débuté à l'âge de 48 ans, les deux frères du malade et leur grand-père avaient présenté des lésions assez voisines.

L'adénome sébacé, lésion ayant des affinités probables avec la précédente se montre de même assez souvent héréditaire ou familial (plusieurs cas d'Adamson ou autres).

Le xéroderma pigmentosum frappe souvent plusieurs sujets jeunes d'une même famille.



De nombreux cas familiaux sont aujourd'hui connus. Wilfred Knox en a publié un cas intéressant chez deux sœurs (35 et 38 ans) observées à Honolulu. L'influence du climat tropical et des radiations solaires est d'ailleurs reconnue depuis longtemps dans la genèse de l'affection. Dans des cas encore plus typiques les sujets frappés sont tellement jeunes que le facteur héréditaire l'emporte certainement sur le rôle de la chaleur et des radiations. C'est le cas de l'observation de De Amicis qui a suivi l'apparition de lésions caractéristiques chez deux frères à l'âge de 8 et 12 mois.

Falcao (de Lisbonne) a étudié un cas de xéroderma chez une femme de 89 ans (apparition des lésions à 84 ans); chez son petit-fils l'affection apparut à deux ans.

En ce qui concerne les tumeurs mélaniques de la peau, les dermatologistes ont signalé depuis longtemps, à propos des cas de tumeurs malignes (nævo-carcinomes), la présence, chez les ascendants ou les frères et sœurs des malades, de nævi pigmentaires uniques ou multiples.

Richards vient d'en publier un cas particulièrement intéressant. On retrouvera plus loin, à propos de l'œil un cas remarquable d'hérédité de mélanome choroïdien.

On sait d'ailleurs que l'hérédité des tumeurs mélani-

ques chez les chevaux blancs est depuis longtemps connue. Dans son célèbre Traité des tumeurs, Virchow mentionnait déjà les observations de vétérinaires qui avaient noté l'apparition de tumeurs mélaniques à évolution maligne dans un centre d'élevage déterminé à la suite d'un croisement de juments avec un étalon de robe blanche.

(*A suivre.*)

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Traitement de l'hérédo-syphilis

Par M. P. LEREBOULLET,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des hôpitaux.

(*Première leçon*) (1).

La syphilis est une maladie très ancienne; encore qu'on ne l'ait fait remonter qu'à Christophe Colomb, elle doit être beaucoup plus vieille, mais la notion de sa transmission héréditaire est plus récente. Néanmoins dès que la notion de la syphilis (ainsi nommée, dit-on, du berger Syphile qui gardait les innombrables troupeaux du roi Alcithoüs et qui fut frappé d'une lèpre hideuse pour avoir osé profaner le saint autel) dès que, dis-je, la notion de syphilis se fut répandue en Europe, à partir de 1493, lors du retour de Christophe Colomb, au milieu de la confusion des descriptions d'alors, un fait apparut, c'est que la syphilis peut exister chez les enfants. Dès 1497, le florentin Tizio mentionnait son existence dans le jeune âge. Torella, en 1498, faisait la même constatation, puis Catanée en 1506. C'est surtout Paracelse, en 1529, qui eut le mérite de préciser cette notion. « Le mal français, disait-il, naît seulement de Vénus ou il se transmet par hérédité. « Il disait un peu plus loin : « Le mal se fait héréditaire et passe du père au fils ». C'est un autre auteur Rostinio, qui, en 1550, écrit : « Quelques-uns disent que la vérole est envoyée par Dieu pour punir la luxure. Si cela est vrai, pourquoi ne frappe-t-il pas de maux plus graves encore ceux qui sont voleurs et assassins. Et les enfants qui, dans le ventre de leur mère, prennent le mal français, qu'ont-ils fait eux ? » C'est déjà la notion de syphilis imméritée !

Un peu plus tard, Augier Ferrier, en 1553, précise les trois manières dont l'infection peut s'opérer dans le sein de la mère, par la semence du père, par celle de la mère, ou par la contamination de la mère durant la grossesse.

Peu de temps après, Ambroise Paré note que « souvent on voit sortir les petits enfants hors du ventre de leur mère, ayant cette maladie et, tôt après, avoir plusieurs pustules sur leur corps, lesquelles étant ainsi infectés, baillent la vérole à autant de nourrices qui les allaitent » et il narre l'histoire navrante des ravages faits par la syphilis dans les familles.

C'est dans le même XVIe siècle que Ucay se montre partisan du rôle de la vérole dans bien des manifestations et, après avoir rappelé son origine héréditaire, vénérienne ou accidentelle, il écrit : « C'est de là que viennent tant de maladies héréditaires, tant de tumeurs scrofuleuses, tant de vieux ulcères, tant de gouttes et de rhumatismes, en un mot, c'est de là que dérivent la plupart des maladies qu'on voit dans les familles et que, malheureusement l'on traite par les voies ordinaires, parce qu'on en ignore la source et que, même les médecins n'oseraient bien souvent en chercher l'origine ». Vous voyez ainsi fixée dès le début cette notion si actuelle aujourd'hui, de la pluralité des formes de la syphilis héréditaire et de la nécessité de la chercher dans une série de circonstances cliniques.

Si ainsi l'on a vu clairement le rôle de l'hérédité dans la production de la syphilis infantile, si, très vite, également, on a affirmé, chez les enfants comme chez les adultes, les bienfaits du mercure dans le traitement, on précisa très mal, en revanche, la symptomatologie de la syphilis héréditaire et on la soigna mal, tout en voyant la puissance du mercure et en l'appliquant avec une énergie que nous n'aurions plus aujourd'hui. C'est ainsi que les vieux auteurs classiques qui ont écrit sur les maladies des enfants, Rosen de Rosenstein, dont le Traité des maladies des Enfants, à la fin du dix-huitième siècle, est longtemps resté le livre de chevet des médecins d'enfants, Underwood, enfin Portal ont accordé une large place à l'étude de la syphilis héréditaire. Mais leurs descriptions étaient confuses et étendaient trop le domaine de la syphilis. Elles contiennent toutefois des passages curieux et on relève chemin faisant des phrases qui pourraient être datées de nos jours. C'est ainsi qu'Underwood dit, dans une note : « Un médecin célèbre, avec qui j'ai beaucoup profité, voyait la vérole partout, un autre ne voit que le scorbut, d'autres font mieux de ne rien voir d'avance, mais d'examiner. »

Cette ignorance relative des vrais symptômes de la syphilis et de son évolution cessa progressivement à la fin du dix-huitième siècle, et au début du dix-neuvième, lorsque surtout les enfants syphilitiques furent réunis et étudiés en commun. En effet, pendant longtemps, les enfants syphilitiques étaient abandonnés à eux-mêmes. Les *enfants gâtés*, comme on disait alors, provoquaient des contagions, et ils étaient assez mal traités. On se rendit compte qu'il fallait tâcher de les réunir en un seul lieu où on les observerait régulièrement. Dès la fin du dix-septième siècle, on les mettait en pension à cent sols par mois, mais c'est à la fin du dix-huitième seulement qu'ils furent réunis dans un hospice à Vaugirard, puis dans le couvent des Capucins de Saint-Jacques » pour y être nourris avec du lait et toutes les précautions nécessaires pour leur conserver la vie, autant qu'il serait possible et prévenir toute contagion ». On accumula donc les enfants hérédo-syphilitiques, les enfants gâtés, dans le Couvent des Capucins, qui est devenu l'hôpital du Midi, où exerçait Ricord, puis l'hôpital Cochin-annexe, et qui a disparu ces temps derniers sous la pioche des démolisseurs. Eh bien, dans cet hôpital qui servait aux enfants gâtés, les résultats furent absolument lamentables ; sur 1959 enfants recueillis en 10 ans, il y eut 440 guérisons seulement et 1519 morts, ce qui porte aux sept neuvièmes, la proportion de la mortalité. Il est vrai qu'auparavant aucun de ces enfants réputés viciés n'aurait échappé à la mort.

Au dix-neuvième siècle l'étude de l'hérédo-syphilis a fait des progrès plus rapides sous l'impulsion de Diday, de Lyon, (qui est le premier à avoir donné une étude d'ensemble très complète sur la syphilis héréditaire) et sous l'influence de Parrot, dont les leçons sur la syphilis héréditaire sont justement classiques, mais qui a peut-être étendu un peu trop le champ de la syphilis.

Grâce à lui et surtout à Alfred Fournier, dont les leçons sur l'hérédité de la syphilis et la syphilis héréditaire tardive sont justement classiques, la syphilis héréditaire au point de vue clinique est actuellement très bien connue ; elle l'est d'autant mieux qu'à la faveur des études biologiques récentes, et de la révolution qui s'est produite en syphiligraphie depuis que Metchnikoff a montré l'inoculabilité possible du chan-

(1) Leçon faite à l'hôpital des Enfants le 25 novembre 1924, et recueillie par le Dr LAPORTE.

cre syphilitique aux singes, depuis que Schaudinn a découvert que la syphilis était due à un agent spécial, le spirochète ou tréponème, depuis qu'enfin l'on a, grâce à l'avènement des études sérologiques, pu dépister la syphilis à l'aide de la réaction humorale de Bordet-Wassermann ; cette triple découverte a permis de mieux savoir quel est le champ de la syphilis héréditaire, à quels malades il faut appliquer le nom d'hérédo-syphilitiques, quels sont ceux qu'il faut traiter, et grâce à cette connaissance plus complète, à la fois clinique et humorale, le domaine de l'hérédo-syphilis nous est apparu extrêmement vaste, comme l'avaient pressenti certains vieux auteurs. Nous savons mieux la fréquence, la ténacité et les multiples aspects de la syphilis héréditaire, ses lois, nous savons qu'elle ne provient pas toujours directement des père et mère, qu'elle procède quelquefois de parents plus éloignés. Les parents peuvent avoir paru indemnes de syphilis acquise et la syphilis est de seconde génération. Cette notion de la *syphilis infantile de deuxième génération*, à laquelle ne croyait pas Ricord, et qui est actuellement établie sur des documents extrêmement nombreux et positifs, est très importante tant au point de vue théorique que pratique. La syphilis héréditaire doit être reconnue à la fois par l'enquête clinique et par l'enquête humorale. Si nous devons chercher la réaction de Wassermann, il faut nous rappeler que, dans certains cas, elle peut être négative alors pourtant que l'hérédosyphilis est indiscutable.

Cela ne diminue pas d'ailleurs la grande valeur qu'il faut lui attribuer, car elle a fait largement progresser nos connaissances.

* * *

L'hérédo-syphilis se manifeste de différentes façons. On peut avoir affaire à de tout jeunes enfants atteints de *syphilis héréditaire précoce*, qui ont été frappés dans le sein de leur mère et qui ont, dès leur naissance, tous leurs organes atteints, qui ont une septicémie à tréponèmes et des manifestations multiples de syphilis aperçus dès la naissance ou peu après, c'est-à-dire *congénitale ou para-congénitale* ; ce sont les enfants gâtés d'autrefois et ils sont très difficiles à soigner. Ou bien, on a affaire à des accidents de syphilis héréditaire de la seconde enfance ou de la grande enfance, se développant d'une manière très variable, frappant les organes les plus divers, notamment la peau, les os, le système nerveux, l'ensemble de l'économie, en produisant des dystrophies plus ou moins nombreuses.

Voici, à titre d'exemple, un enfant du service du professeur Nobécourt qui vous montrera l'utilité qu'il y a à rapporter les manifestations locales à leur origine.

Cet enfant de 12 ans, né d'une mère syphilitique, est venu en janvier 1922 avec des gommes du frontal, manifestation d'une spécificité héréditaire tardive. On constatait chez cet enfant un nez retroussé, correspondant à un effondrement de la cloison par altération spécifique et de plus des modifications dentaires qui confirmaient le diagnostic ; celui-ci était vérifié par la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann, qui était positive. Cet enfant a été traité par le novarsénobenzol, et très rapidement sa gomme frontale a disparu, laissant malheureusement une cicatrice qu'on eût pu éviter si la thérapeutique était intervenue plus tôt.

Trois ans avant, il ne présentait aucune lésion faciale perceptible, sauf une déformation modérée du nez. Il y a ainsi des cas de spécificité latente ne se traduisant par aucun symptôme, mais dont nous avons connaissance par la notion d'hérédité tirée de l'interrogatoire par la notion de spécificité chez les frères ou sœurs, et quelquefois par la réaction humorale. Ces enfants doivent être traités. La recherche de la syphilis s'impose donc chez tout enfant dont la santé n'est pas normale. D'après M. Sabouraud, les deux tiers des enfants qui réclament fréquemment des soins médicaux sont des hérédo-syphilitiques. A cette hérédo-spécificité comme à la syphilis acquise, il faut opposer un traitement actif, mais autant que possible inoffensif. Ce traitement, comme chez l'adulte, doit être prolongé pour avoir un résultat durable.

Ce traitement ne peut pas être un traitement stérilisant. On ne peut avoir l'espoir de détruire complètement la syphilis chez l'enfant lorsqu'on voit ce qu'est anatomiquement la syphilis du premier âge, avec quelle intensité elle frappe les parenchymes. On se rend compte que, quel que soit le traitement, il restera des repaires de tréponèmes. Il en est de même lorsqu'on s'adresse à la syphilis de la deuxième enfance et l'on sait combien il est difficile chez l'adulte, même après le premier contact infectant, de stériliser la syphilis, encore qu'on y arrive quelquefois. Vous comprenez donc qu'il ne faille pas parler du traitement stérilisant de l'hérédo-syphilis infantile, mais d'un traitement atténuant, empêchant les retours virulents de la maladie.

Il faut donc faire, chez l'enfant, comme chez l'adulte, deux espèces de traitement, un *traitement d'attaque*, qui doit être suffisamment intense pour détruire les accidents et juguler la virulence de la syphilis, et ensuite un *traitement d'entretien*. Dans nombre de cas le mercure se montre insuffisant comme traitement d'attaque, et ceci avait frappé les vieux auteurs. Voici ce qu'écrivait Underwood : « Nombre de personnes connaissent l'usage du mercure et s'en servent inconsidérément, sans être instruites de toutes les circonstances auxquelles il faut faire la plus scrupuleuse attention, lorsqu'on l'emploie. Ce remède agit réellement de sa nature, ou par son extrême division, sur le principe du mal et en modère l'énergie ; les symptômes alarmants disparaissent et l'on se croit guéris. Mais souvent il arrive que le mal reparait déguisé, plusieurs années après, ou se propage dénaturé, dans le principe de la génération, et les enfants sont les malheureuses victimes de ces cures si peu réfléchies... Le mercure, sous quelque forme qu'on l'administre, ne manque jamais son effet, dans des mains prudentes, mais il faut bien se persuader qu'il ne guérit parfaitement qu'autant qu'il est employé à temps, qu'il a assez circulé dans le corps et qu'il en sort entièrement. »

Et plus loin, notre vieil auteur parle avec raison des dangers « de soins mal combinés ». Il montre que le mercure, médication souvent admirable, est souvent une médication insuffisante qui peut amener quelques ennuis. Chez l'enfant, si le traitement se fait à dose insuffisante, loin de guérir la syphilis, il la laisse virulente et dans une certaine mesure contagieuse et même peut raviver certaines lésions.

Par conséquent, faites à l'enfant comme à l'adulte un traitement antisyphilitique énergique comme traitement d'attaque. Rappelez-vous toutefois que, chez les enfants, surtout les jeunes enfants, le foie et la rate se congestionnent facilement sous l'influence du tréponème, de sorte que certaines médications énergiques sont mal supportées et peuvent déterminer des accidents extrêmement graves.

Il y a, par suite, une double règle, assez difficile à observer : être assez énergique, dans le traitement d'attaque, et être assez constant dans le traitement d'entretien.

Quels sont les *moyens d'action* que nous avons pour lutter contre l'hérédo-syphilis ? Ces médications ont été bien et souvent étudiées, et le récent petit livre de MM. Lacapère et Vallery-Radot, ainsi que le rapport de M. Léon Tixier sur le traitement de l'hérédosyphilis au Congrès des Pédiatres ont très bien fixé la posologie des principaux médicaments que nous employons contre la syphilis de l'enfant. Ce sont des médications parasiticides, ce ne sont pas des médications

BIBLIOGRAPHIE

Etudes de Psychologie sexuelle. V, Le symbolisme érotique. Le mécanisme de la Détumescence, par HAVELOCK ELLIS. Edition française, revue et augmentée par l'auteur, traduite par A. Van Gennep. 1 vol. in-8°, 284 p. Prix : 15 fr. Mercure de France, 26, rue de Condé. Paris, 1925.

« Le mécanisme de la détumescence, dit l'A. constitue le point final, dont le stade antérieur et prolongé de la tumescence, dont nous nous sommes occupés à plusieurs reprises dans les volumes précédents, n'est que la préparation complexe, « L'art d'amour, a écrit une femme intelligente, est l'art de la préparation ». Et celle-ci, du point de vue physiologique, est produite par la tumescence ; toute la courtisation n'est qu'une élaboration de la tumescence. Cependant, l'union définitive de deux individus, lors de l'explosion detumescente, bien que préparée lentement et effectuée parfois involontairement, ne va pas sans accompagnements et sans conséquences psychologiques. On doit donc regretter que cet acte ait été jusqu'ici fort mal analysé. De toutes manières, l'union au cours de laquelle deux individus cessent d'obéir à leurs propensions personnelles, pour se soumettre aux lois supérieures qui régissent l'espèce, ne saurait jamais être regardée comme honteuse ou comme indigne d'étude scientifique ».

Souvenirs d'un voyage dans la Tartarie, le Thibet et la Chine. I. Dans la Tartarie, par le R. P. Huc. Nouvelle édition publiée et préfacée par H. d'Ardenne de Tizac, avec carte et portrait. 1 vol. Prix : 10 fr, Plon-Nourrit, éditeurs, 8, rue Garancière. Paris.

C'est en 1844 que le Père Huc, missionnaire lazariste, voyageait à travers la Terre des Herbes. Son récit connut aussitôt une fortune considérable, mais l'édition s'épuisa par la suite ; les curieux de l'Asie éprouvèrent la plus grande peine à trouver cet ouvrage en librairie ; le public est privé d'une relation extrêmement vivante, nuancée et pleine de suc ; c'est pour répondre au désir des uns et des autres que les éditions Plon-Nourrit réimpriment les principaux épisodes d'un voyage qui fit date dans la connaissance des choses asiatiques, et qui n'a rien perdu de sa fraîcheur.

Revue de cours et de conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet, Le n° 3 fr. Abon : un an : 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 5, rue Palatine. Paris.

Sommaire du n° du 15 juillet 1925 : L. Febvre : La première Renaissance française (IV). — A. Puech : Héraclès dans la légende et la poésie grecques (XIV). M. Feugère : Georges Sand et Alfred de Musset (I). — G. Ascoli : Voltaire (XIII et XIV). — P. Berger : Les poètes anglais de l'époque victorienne (XIX). — Ch. de Rouvre : L'Ile-de-France : Quelques Parisiens de Paris.



OVULES ROCHE
AU
THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, Soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol "Roche"
EN GYNECOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS, F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

spécifiques comme l'est, par exemple, le sérum antidiphtérique pour la diphtérie, ni des vaccinations spécifiques comme l'anatoxine de Ramon. Ce sont des médications chimiques dont l'empirisme au début, dont l'étude scientifique ultérieure, ont montré la valeur, mais qui n'ont pas la constance d'action, ni la spécificité d'action de la médication antidiphtérique. Ce sont des médicaments qui semblent pouvoir agir en dehors de la syphilis. Pour le mercure, notamment, cette question de la valeur de son action revient périodiquement ; elle est tranchée par la médication arsenicale dont on sait les multiples médications en dehors de la syphilis.

Le MERCURE reste le grand médicament de la syphilis, et il y a longtemps qu'il l'est, bien avant Christophe Colomb ! Dès le neuvième siècle, on employait le mercure en friction chez les Arabes ; on retrouve cet emploi du mercure en Asie, en Afrique, partout, bien avant le quinzième siècle. Néanmoins, c'est à cette date qu'on l'a administré d'une manière particulièrement active et depuis ce moment on l'utilise sous toutes les formes.

Il est incontestable que le mercure, qui a fait ses preuves dans le passé, peut et doit rendre service dans le présent, mais il doit être manié selon certaines règles.

Il est certain qu'en matière de mercure chaque médecin a encore plus ou moins ses préférences et celle que l'on a eu le plus longtemps, qui survit encore avec justice dans l'esprit de bon nombre de pédiatres, c'est l'utilité de l'absorption du mercure par la peau, l'efficacité des *frictions mercurielles*. Pendant longtemps, le mercure n'a été guère administré que par la peau. Il faut lire dans Rosen de Rosenstein la manière intense dont on pratiquait les frictions. On devait arriver à la salivation allant, chez l'adulte, jusqu'à remplir une casserole, et avec ce traitement on obtenait parfois des résultats remarquables. On a reproché à la friction mercurielle sa malpropreté ; fait plus important, on lui a objecté l'impossibilité de doser exactement la quantité de mercure absorbé. On a dit que le mercure avait une action irritante sur la peau, donnait quelquefois des dermites. Tout ceci est juste. Néanmoins, il reste que la friction est un procédé des plus pratiques pour administrer le mercure aux enfants, et le mieux accepté des familles.

C'est pourquoi, nous ferons encore des frictions, d'autant que la preuve est donnée que, contre certaines altérations osseuses notamment, les frictions font merveille.

Où faire ces frictions ? Il y a deux écoles. Quelques-uns recommandent pour faire les frictions mercurielles les plis de flexion des membres, aisselles, coudes, jarrets ; on a objeté qu'en ces points le mercure était particulièrement irritant pour la peau et déterminait facilement des érythèmes. Aussi, avec Lacapère et Vallery-Radot, avec Tixier, recommandent-ils plutôt la partie latérale du thorax et de l'abdomen, la face interne des cuisses et des bras. Ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'il faut prendre une région de peau saine et changer chaque jour la place, de façon que le même endroit ne revienne que tous les 4, 5 ou 6 jours. Ainsi on n'a pas trop d'accidents cutanés.

Avec quoi faire la friction ? C'est ici qu'on peut différer d'opinion. Certains observateurs faisaient la friction avec l'onguent napolitain pur, c'est-à-dire avec un mélange à parties égales de mercure purifié et d'axonge, mais le plus souvent, nous avons reconnu que chez l'enfant et surtout le jeune enfant, il valait mieux dédoubler l'onguent napolitain, sans aller toutefois jusqu'à l'onguent gris. On prescrit donc :

Onguent napolitain .... } àà 15 gr.
Axonge benzoïnée .... }

Certains médecins conseillent de diviser la pommade en cartouches :

Onguent napolitain .... } 2 ou 1 gr.
Axonge benzoïnée .... }

pour une cartouche, n° 10.

Chaque cartouche sert à une friction.

Vous ferez une série de 10 ou 15 frictions quotidiennes, selon la tolérance. Chez certains sujets, il y a dès la huitième friction des troubles gastro-intestinaux, et vous devez les cesser ou espacer. Quelquefois aussi, quoique rarement, chez de tout jeunes enfants, la stomatite mercurielle apparaît. Mais, dans l'immense majorité des cas la friction est bien supportée.

Comment faire cette friction ? En savonnant d'abord la peau à l'eau chaude, puis en l'essuyant légèrement, en appliquant la pommade et en frictionnant un certain temps.

Autrefois, on frictionnait pendant 35 à 40 minutes. Aujourd'hui, on estime qu'il faut frictionner pendant 5 à 10 minutes, jusqu'à ce que les doigts aient la sensation que la couche de pommade est absorbée. La friction doit être faite avec l'interposition d'un linge, d'une flanelle ou d'un gant. La friction donne souvent de bons résultats, encore que ce soit une méthode un peu aveugle et difficile à doser.

En dehors de la friction, on peut encore administrer le mercure par la peau au moyen de *bains de sublimé* et d'applications d'*emplâtre au calomel*, mais ces moyens sont aujourd'hui à peu près abandonnés parce qu'ils sont mal tolérés et peuvent être dangereux.

La *voie digestive* peut être buccale ou rectale. Par la bouche, nous administrons volontiers aux jeunes enfants la *liqueur de Van Swieten*, solution de bichlorure au millième. C'est une liqueur très facile à employer, soit par gouttes chez les grands enfants, soit même par cuillerées chez les petits enfants, en prescrivant une dilution :

Liqueur de Van Swieten .... 40 grammes
Eau distillée .... 160 —

Une cuillerée à café de cette solution contient un gramme de liqueur de Van Swieten, soit un milligramme de bichlorure ; on prescrit un milligramme par kilo, cette dose étant prise dans du lait.

Pour éviter les troubles gastro-intestinaux M. Marfan a préconisé le *lactate de mercure en solution au millième*, préparé à sa demande par M. François, pharmacien chef des Enfants-Malades, on le donne mélangé au biberon ou dilué dans quatre parties d'eau de sorte qu'une cuillerée à café représente 20 gouttes. Les doses sont :

de 0 à 3 mois : 12 gouttes par kilo.
de 3 mois à 3 ans : 10 gouttes par kilo.

On peut employer aussi le *biiodure de mercure*, sous la forme de biiodure ioduré depuis longtemps employée chez l'adulte ; on prescrit souvent cette solution :

Biiodure d'hydragyre............ } àà 0.04
Iodure de sodium .... }
Eau distillée .... 200 gr.

Une cuillerée à café représente cinq milligrammes.

Enfin, une forme assez commode, surtout préconisée par Variot, est le *mercurium cum creta*, mélange de mercure et de craie facile à administrer. Cette *poudre grise*, qui contient 33 % de mercure, peut être employée à la dose de un centigr. et demi chez le nouveau-né, 2 et 3 centigr., jusqu'à 6 mois, et 5 à 6 centigr. jusqu'à un an. On formule ainsi :

Mercurium cum creta .... un centigramme
Lactose .... trois centigrammes

pour un paquet, n° 10.

Un ou deux paquets par jour, dans du lait.

On peut continuer 15 jours et davantage, s'il y a lieu.

La *voie rectale* est assez commode dans certains cas, et notamment lorsque l'enfant a des lésions viscérales. Les suppositoires à base d'hydrargyre sont assez communs dans le commerce. Voici une formule :

Beurre de cacao	2 gr. 50
Onguent napolitain	2 centigrammes

(représentant un centigramme de mercure métallique).

pour un suppositoire : 1 ou 2 par jour. La dose de mercure peut être abaissée à cinq milligrammes (un centigramme d'onguent) ou portée à deux centigrammes selon l'âge de l'enfant.

Il y a des cas où l'on veut agir plus énergiquement. Peut-on faire chez les jeunes enfants des injections intraveineuses ? Ceci est assez difficile, parce que beaucoup d'enfants n'ont pas un système veineux favorable.

Néanmoins M. Blechmann a recommandé, il y a une dizaine d'années, les piqûres de cyanure d'hydrargyre au millième (5 centigrammes pour 30 cmc. d'eau distillée). Cette solution contenant un milligramme de cyanure par centimètre cube peut être injectée dans les veines jugulaires, ou dans les veines épicraniennes ; néanmoins, c'est une médication d'exception, parce que ces injections peuvent, quoique rarement, amener de l'induration et du sphacèle.

On peut faire des *injections intramusculaires* de biiodure ou de benzoate de mercure, selon les formules suivantes :

Benzoate de mercure	cinq centigrammes
Chlorure de sodium	huit centigrammes
Eau distillée	10 cent. cubes

ou :

Biiodure de mercure	cinq centigrammes
Iodure de potassium	huit centigrammes
Eau distillée	10 cent. cubes

La dose est d'un demi à un cent. cube, celui-ci représentait cinq milligr. de sel mercuriel.

On compte habituellement un demi-milligramme par kilogramme de poids corporel.

L'ARSENIC a transformé la thérapeutique de la syphilis. Ce n'est pas, comme on l'avait cru, un médicament absolument stérilisant. Il ne stérilise que d'une manière tout à fait exceptionnelle certaines syphilis ultra-récentes, mais il supprime en grande partie les accidents syphilitiques et détruit leur virulence. Chez l'adulte, l'action du néosalvarsan ou 914, celle du 606 sont absolument classiques. Chez l'enfant il faut employer également cette médication, car nous n'avons pas le droit de lui refuser le bénéfice d'une médication aussi active tout en nous efforçant de la rendre inoffensive.

Le néosalvarsan est le médicament type à employer. Chez l'adulte, il s'emploie surtout par voie intraveineuse, accessoirement par voie sous-cutanée. Chez le tout jeune enfant, il faut quelquefois employer le néosalvarsan par voie intraveineuse. Néanmoins, on doit, chez les nourrissons, atteints de lésions viscérales, être extrêmement réservé. Chez les grands enfants, il n'a en revanche aucun inconvénient et, dans mon service, on fait régulièrement ces injections avec un succès encourageant et sans incidents, comme chez l'adulte, dans les veines du bras. Chez le tout jeune enfant, où ces veines ne sont pas accessibles, on peut employer la jugulaire, comme le conseille Blechmann, ou les veines épicraniennes, d'après Cassoute et Teissonnière qui ont, à Marseille, utilisé avec succès cette voie.

Néanmoins, ce n'est pas facile chez un enfant remuant et indocile ; aussi L. Tixier a recommandé de faire ces injections dans le sinus longitudinal supérieur, accessible au niveau de l'angle postérieur de la fontanelle. « Dans ces conditions, je n'hésite pas, dit-il, à donner la préférence aux injections des nouveaux composés arsenicaux dans le *sinus longitudinal supérieur*. L'injection sera faite dans l'angle postérieur de la fontanelle qui est exceptionnellement obturée avant la fin de la première année ; on se servira d'une aiguille courte, l'aiguille sera enfoncée exactement sur la ligne médiane d'avant en arrière : dès que l'aiguille a pénétré dans le sinus, le sang afflue dans la seringue ; une fois l'injection faite, l'aiguille est retirée d'un coup sec ; une compression de quelques secondes s'oppose à l'issue du sang ; un paquet de coton et du collodion assurent au surplus l'hémostase. »

C'est par cette voie d'ailleurs que M. Marfan et ses élèves pratiquent journellement les hémocultures chez le nouveau-né. Sans doute, il faut être prudent, raser la face postérieure de l'os, ne pas enfoncer trop profondément, mais la technique est simple et mérite d'être retenue quelle que soit la voie adoptée. On devra s'abstenir des injections de néosalvarsan chez les cachectiques, prédisposés au shock.

De plus, les injections seront faites à dose modérée. Cependant, il y a à cet égard deux doctrines. Pour M. Jules Renault, on peut d'emblée donner une dose assez forte, de un centigramme et demi par kilogramme chez l'enfant, dose à laquelle on n'arrive que progressivement chez l'adulte, et qu'il considère comme dose optima. Il semble à la majorité des pédiatres que si cette méthode est active, elle n'est pas à l'abri de tout risque. En général, on ne doit jamais injecter plus de un centigramme et demi comme dose totale à un nourrisson pour la première fois, puis ultérieurement, on augmentera de façon à atteindre la dose de un centigramme et demi par kilo et parfois davantage, mais progressivement,

Quelquefois, pour certaines raisons, on hésite à recourir à la voie intraveineuse susceptible de donner des accidents, et on recourt à d'autres voies. On a conseillé la *voie intramusculaire*, et pour certains composés arsenicaux la voie sous-cutanée ; elle donne cependant quelques douleurs et quelques nodi.

La *voie rectale* a été conseillée par Weill, Morel et Mouriquand, en lavements ou suppositoires. On se sert couramment de suppositoires de néosalvarsan dosés à 1, 2 ou 3 centigr. Néanmoins, la voie rectale, aussi bien pour le néosalvarsan que pour le mercure, est beaucoup moins active que la voie intraveineuse.

En dehors du néosalvarsan, il y a un autre médicament qui est une combinaison d'arsénobenzol et de sulfite neutre de soude, le *sulfarsénol*, qui est fort utile. Il est un peu moins actif que le néosalvarsan, mais a le grand avantage de pouvoir s'employer facilement par voie intramusculaire ou sous-cutanée. On doit arriver aux doses de deux centigr. et même deux centigr. et demi par kilo. Ici encore la dose globale ne doit pas être d'emblée plus de un centigr. et demi à deux centigr. comme première injection, mais assez vite on peut augmenter.

Dans la cure régulière des jeunes enfants, les injections hebdomadaires de sulfarsénol sont très pratiques, faciles à manier et ne réservent pas les surprises que donnent parfois, quoiqu'exceptionnellement, les injections de néosalvarsan.

Il y a encore d'autres composés arsenicaux qu'on peut employer : l'hectine, utile dans certains cas chez les grands enfants, et qui s'emploie sous forme d'hectine A ou d'hectine B, à doses progressives, mais qu'on ne doit pas employer chez les enfants présentant des troubles oculaires, car elle semble agir fâcheusement lorsque le nerf optique ou l'œil est touché.

Enfin, il y a un dernier médicament d'ordre arsenical qui a été recommandé dans ces toutes dernières années, le *stovarsol* ou 190, dont nous devons l'étude à M. Fourneau et qui a donné des résultats intéressants dans diverses affections dues à des protozoaires, notamment dans la dysentérie amibienne, et semble réussir dans la syphilis. Son grand avantage est de pouvoir s'administrer par la bouche.

On l'a employé chez l'enfant à la dose de un centigramme, qu'on augmente progressivement, jusqu'à dix et vingt centigrammes par jour. M. Guillemot en a récemment fixé la posologie. M. Dupérié l'a employé avec succès, à Bordeaux. Il semble avoir réussi particulièrement bien dans certains cas. D'ailleurs, il peut donner comme le néosalvarsan des accidents d'intolérance, des érythèmes, du purpura et j'ai été le témoin à cet égard de certains accidents. Il est toutefois assez facile à administrer et semble, comme le dernier venu, le *tréparsol* être un bon médicament d'avenir.

Reste un troisième corps à étudier, le BISMUTH, connu surtout depuis les travaux de Sazerac et Levaditi, en 1921. C'est un parasiticide remarquable et les spécialistes du traitement antisyphilitique le placent volontiers entre le mercure moins actif et l'arsenic plus actif. Le bismuth donne des résultats merveilleux surtout à fortes doses, mais les doses expérimentales ne peuvent être employés chez l'homme. Agit-il aux doses restreintes auxquelles on doit l'employer chez l'homme de la même façon qu'il agit expérimentalement ? La question est discutable. Il semble toutefois dans certains cas de syphilis occuper le premier rang, notamment dans certaines formes de syphilis nerveuse.

Par conséquent, il est indiqué de transporter le bismuth dans la thérapeutique infantile. D'après les recherches de M. Dupérié et de M. Debré, le bismuth semble un agent thérapeutique commode chez l'enfant, parce que généralement bien supporté. Pour ma part, j'ai souvent employé le bismuth, avec M. Brizard et nous n'avons constaté qu'exceptionnellement une albuminurie transitoire. Chez l'adulte, on a signalé des cas d'albuminurie assez marquée. C'est une raison pour ne l'employer qu'avec prudence. Il y a divers ordres de préparations bismuthiques, des préparations huileuses, notamment le quinio-bismuth, qui peut s'employer chez l'enfant en se rappelant que un cmc. représente 10 centigrammes de bismuth.

L'oxhydrate de bismuth est également bien supporté.

Il y a également bien d'autres formes que je ne puis vous énumérer et dont l'action est à peu près similaire.

A quelles doses faut-il employer le bismuth chez les enfants ?

On a conseillé comme dose initiale un centigramme par kilo, deux fois par semaine, mais il faut ici encore rester au-dessous de ces doses et n'aller que progressivement pour éviter les accidents. On a dit qu'il ne fallait pas donner de bismuth au-dessous de trois mois. Pour ma part, je l'ai donné à de jeunes enfants sans voir qu'ils en aient souffert.

Le bismuth est donc une médication qui doit rentrer dans la thérapeutique infantile, mais dont la posologie n'est pas encore définitivement fixée. C'est une médication agissante, d'une part, sur les accidents immédiats de la syphilis héréditaire, parce que ce sont des accidents récents et que c'est sur les accidents récents que le bismuth agit, d'autre part, sur les accidents tardifs, notamment les accidents nerveux, puisqu'il semble que le bismuth soit plus particulièrement actif dans les syphilis nerveuse. Je reviendrai sur les diverses indications de cette médication.

Enfin, il y a un dernier médicament qui est le vieux médicament de la syphilis et qu'il ne faut pas oublier chez les enfants, c'est l'IODURE. L'iodure de potassium doit être donné quelquefois chez l'enfant. Sans doute, il n'est pas toujours très bien supporté. Vous devez le donner à petites doses, de 10 à 15 ou 20 centigr. par jour. Vous devez vous rappeler qu'il y a des formes pharmaceutiques où il est associé au biiodure de mercure : c'est le sirop de Gibert, et ce sont diverses préparations à base d'iodure dont un certain nombre sont d'autant mieux acceptées des familles qu'elles ne portent pas le nom du mercure sur l'étiquette.

Ce sont des médicaments qui servent surtout à la cure d'entretien, et n'ont pas leur place dans la cure d'attaque. En tout cas, il ne faut pas oublier l'utilité à titre adjuvant du sirop d'iodure de fer, du sirop iodo-tannique qui trouvent souvent leur emploi dans la cure d'entretien de l'hérédo-syphilis.

Voilà les quatre médications auxquelles nous pouvons recourir, comme médications agissant ou paraissant agir sur la syphilis infantile. A ces médications se joignent d'autres cures, des cures toniques, des cures opothérapiques. Le professeur Hutinel a insisté sur ce fait que les hérédosyphilitiques ont leurs glandes endocrines touchées et, tant pour remédier à ce déficit que pour activer leur action, il peut être bon d'associer les cures opothérapiques aux cures arsenicales ou mercurielles. Et il faut se rappeler aussi ceci, c'est que fort heureusement les enfants ont des organes qui, s'ils sont touchés par la syphilis, sont par ailleurs sains. Il n'y a pas chez l'enfant à redouter une insuffisance rénale d'ancienne date comme chez l'adulte, un foie adultéré par l'alcool ; il n'y a pas à faire fond sur un cœur fatigué et qui ne supporte pas certaines thérapeutiques intenses : l'enfant élimine admirablement les médicaments, et même chez le tout jeune enfant, les doses des médicaments administrés peuvent être beaucoup plus considérables que chez l'adulte.

Il en est ici comme pour la diphtérie. J'ai dit souvent à son propos, il ne faut pas tenir compte de l'âge ; ici je dis : il faut tenir compte de l'âge, parce qu'on a affaire à des médicaments et des poisons, mais se rappeler aussi que les doses peuvent être chez le jeune enfant beaucoup plus fortes proportionnellement que chez l'adulte, parce qu'elles sont parfaitement éliminées. C'est une des causes qui donnent confiance dans le traitement de l'hérédosyphilis chez l'enfant, parce que l'enfant est dans de meilleures conditions que l'adulte pour recevoir une thérapeutique intensive ; si elle ne peut stériliser la syphilis, elle peut tout au moins en atténuer de manière durable la virulence. Comment l'adapter aux faits que l'on observe, comme la mettre en œuvre dans les divers cas, c'est ce que je m'efforcerai d'exposer dans une prochaine leçon.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 juillet 1925

L'alastrim. — *M. P. Teissier*, s'appuyant sur les documents qu'il a réunis pour son enseignement comme sur les faits qu'il a observés, notamment avec le Dr L. Camus et ses collaborateurs, indique les arguments cliniques, techniques et expérimentaux qui plaident, pour lui comme pour Netter et de nombreux médecins français ou étrangers, en faveur de l'assimilation de l'alastrim et de la variole.

Mesures à prendre pour prévenir l'infection variolique qui peut être communiquée par les marchandises infectées. — *M. L. Camus*. — Depuis un an, dans quatre départements, des germes varioliques ont été importés par des marchandises infectées, il y a eu plusieurs morts et des menaces sérieuses d'épidémie.

Une réglementation s'impose pour la manipulation de ces produits suspects, elle peut donner toute sécurité et être établie

sans apporter aucune entrave aux industries qui utilisent ces matières premières.

La déclaration de désinfection des marchandises avant leur embarquement par les expéditeurs ne donnant aucune garantie, il importe que la désinfection soit faite en France. A la frontière, au poste sanitaire de terre ou de mer, la désinfection des balles en surface est facilement réalisable et suffit à assurer la sécurité pendant leur transport. Le contenu de ces balles sera désinfecté d'une façon complète à l'usine sous le contrôle de l'Inspection d'hygiène départementale et suivant une technique appropriée à la nature des produits pour ne pas en altérer les qualités marchandes.

Les balles devront porter l'adresse précise du destinataire et recevront au poste sanitaire frontière une étiquette de garantie qui en interdira l'ouverture, celle-ci devant avoir lieu sous le contrôle de l'Inspection département du Travail et de l'Hygiène.

Toute balle ayant subi la désinfection en surface à la frontière sera signalée par le poste frontière aux préfets des départements intéressés où se trouvent les destinataires.

L'Inspection départementale du Travail et de l'Hygiène s'assurera que tout le personnel des usines intéressées est complètement vacciné. Aucune personne vaccinée depuis moins de quinze jours ou depuis plus d'un an ne devra être admise dans l'usine.

Les travailleurs qui manipulent les produits infectés ou suspects seront soumis à des soins corporels et vestimentaires qui empêcheront le transport des germes en dehors de l'usine.

Sur un cas de méningite à lymphocytes curable suivie, d'une éruption vésiculeuse. — *MM. Nobécourt, H. Janet, Y. Kermorgant et R. Garcin* ont observé, chez une enfant de quatre ans, une méningite à lymphocytes primitive, ayant pendant quelques jours simulé une méningite tuberculeuse et qui s'est terminée par la guérison : le dix-septième jour de la maladie, alors que l'enfant était convalescente, apparut sur le tissu une éruption vésiculeuse très particulière.

Le liquide des vésicules contenait un virus qui détermina chez le singe, cinq jours après l'inoculation intra-cérébrale, une maladie particulière dont les symptômes essentiels furent des tremblements et des contractions fibrillaires. Le même liquide vésiculaire inoculé par scarification à la cornée du lapin produisit une fine éruption vésiculeuse transmissible de lapin à lapin.

Les auteurs pensent que la méningite à lymphocytes qu'ils ont observée est causée par un virus spécial non encore signalé.

L'action de la spartéine sur le cœur. — *M. Soula* (de Toulouse). — Introduite en thérapeutique par Germain Sée, la spartéine a joui d'une grande faveur sans que le mécanisme de son action soit bien connu.

Les recherches faites pour élucider le mécanisme de son action ayant adopté le critère trompeur de la pression sanguine sont quelquefois tombées dans l'interprétation de phénomènes d'intoxication.

L'impossibilité de justifier son emploi par une connaissance précise de ses propriétés avait jeté un certain discrédit sur la spartéine.

Une révision des faits, des expériences nouvelles, étaient nécessaires.

Les propriétés pharmacodynamiques de la spartéine qui rendent compte de ses bons effets thérapeutiques sont relatives à son action sur le muscle cardiaque et le muscle en général.

La spartéine exalte les propriétés contractiles du sarcoplasme et par là exerce à l'égard du muscle strié une action vératrinisante, d'ailleurs modérée.

Elle agit sur la tonicité du myocarde en l'augmentant. C'est un agent de réaction contre la dilatation.

Cette propriété, vue par Grifle (1886) vérifiée par J. Weill (1913), a été laissée de côté et méconnue dans les recherches expérimentales qui ont expliqué les modifications du rythme et d'amplitude de la systole par une action sur les nerfs du cœur.

L'étude du cœur isolé en perfusion par la méthode de Pachon, corroborée par l'étude de l'action de la spartéine sur le muscle, nous a permis de vérifier les faits antérieurement connus sur l'action « *tonique* » de la spartéine vis-à-vis du muscle cardiaque, de reconnaître l'importance de cette action, de vérifier que sa méconnaissance a été le point de départ d'interprétations erronées et que cette propriété rend compte de ses bons effets, justifie son emploi et en précise les indications.

Elections. — *MM. Madsen* (de Copenhague) et *Serrington* (d'Oxford) sont élus membres correspondants étrangers.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 juillet 1925.

Endocardite végétante apexienne de nature éberthienne. — *MM. A. Lemierre, P.-N. Deschamps et Etienne Bernard* rapportent l'observation d'une femme atteinte de fièvre typhoïde, chez qui survinrent de grands accès fébriles répétés. L'hémoculture au cours d'un de ces accès donna un bacille d'Eberth à l'état de pureté ; de plus l'hyperleucocytose faisait défaut.

Au bout d'un mois apparurent les symptômes d'une gangrène par oblitération artérielle du membre inférieur gauche d'abord, puis du membre inférieur droit et la malade succomba. A l'autopsie il existait une énorme végétation endocarditique implantée dans l'extrémité apexienne du ventricule gauche et faisant une forte saillie dans la cavité ventriculaire. Il existait de plus des infarctus nombreux et volumineux de la rate et des deux reins et une oblitération par caillot des deux artères fémorales à partir de leur bifurcation et jusque dans leurs ramifications.

Le bacille d'Eberth fut retrouvé dans la végétation endocarditique et dans les lésions inflammatoires de l'artère fémorale, à l'exclusion de tout autre germe.

Les auteurs insistent sur la rareté de l'endocardite aiguë au cours de la fièvre typhoïde et sur les difficultés de diagnostic : dans leur cas il n'existait aucun symptôme cardiaque.

Sur un cas de maladie de Hodgkin à caractères atypiques. (Granulo sarcomatose de Pappenheim). — *MM. Lévy, Jausion et Grandclaude* (du Val-de-Grâce) rapportent l'observation d'un malade ayant présenté durant neuf mois un syndrome fébrile spléno-ganglionnaire profond, sans adénopathies superficielles, sans leucémie, sans éosinophilie sanguine, mais avec anémie marquée et polynucléose neutrophile intense. L'évolution en fut fatale.

A la nécropsie l'énorme magma ganglionnaire lombo-aortique et iliaque externe, masse d'aspect néoplasique, les taches de bougie péritonéales, un noyau bourgeonnant du foie, une « rate porphyre », un nodule endo-périartéristique de l'iliaque externe, font incliner vers la lymphosarcomatose.

L'examen histopathologique des ganglions et des métastases montre qu'il s'agit de maladie de Hodgkin avec cellules de Sternberg typiques, gros polymorphisme cytoganglionnaire avec polynucléose très marquée, larges bandes de sclérose enserrant des îlots nécrotiques.

Cette lymphogranulomatose certaine s'oppose à l'aspect faussement lymphosarcomateux tant clinique que nécropsique.

C'est là un cas de granulo-sarcomatose de Pappenheim.

La vaccination antidiphtérique des nourrissons. — *MM. Ribadeau Dumas, Loiseau et Lacomme.*

Une mesure prophylactique contre le choléra infantile. — *MM. Ribadeau-Dumas et Fouet* ont noté qu'en employant pendant l'été le lait de conserve en remplacement du lait d'hôpital, ils n'ont plus observé d'entérite cholériforme chez le nourrisson.

L'élévation du taux de l'antitoxine dans le sang des nouveau-nés après vaccination maternelle — *MM. Ribadeau-Dumas, Loiseau et Mlle Tisserand.* — L'échec de la vaccination directe du nouveau-né porte à penser que l'on pourrait trouver une autre voie de vaccination, en injectant l'anatoxine à la mère dans le dernier mois de la grossesse. Par ce procédé on obtient quelquefois une élévation considérable du taux de l'antitoxine maternelle qui de 5 unités peut monter à 80 unités, mais le résultat n'est pas constant. Le sang du cordon quelquefois très riche en antitoxine, présente généralement les mêmes variations que le sang maternel, mais là encore il peut y avoir des écarts consi-

dérables entre la composition des deux sangs. Il y a donc lieu de penser que la vaccination maternelle ne constitue pas pour l'enfant un moyen de prophylaxie antidiphtérique absolument constant.

A propos de trois cas de sodoku observés chez l'enfant. — *MM. Apert, Kermorgant, Garcin* apportent trois nouvelles observations de cas de sodoku chez l'enfant. A propos de l'étude clinique de ces cas, les auteurs insistent sur un certain nombre de points : retard de l'apparition des éruptions par rapport à la présence du parasite dans le sang, localisation élective des éruptions à la face. Ils indiquent en outre le parallèle entre l'évolution de la maladie en clinique humaine et les reproductions expérimentales chez le cobaye (A. T. Salimbeni, Y. Kermorgant et R. Garcin), et montrent l'intérêt que présente l'étude clinique et expérimentale du sodoku. Cette affection due à un spirille facilement inoculable à l'animal provoque en effet chez le cobaye une affection qui par son évolution rappelle celle de la syphilis chez l'homme par la multiplicité de ses déterminations cliniques chez l'animal adulte et les troubles dystrophiques qu'on observe chez le nouveau-né. Les auteurs ayant essayé le traitement par le Quinby et l'arsenic préconisent l'emploi des composés arsenicaux.

M. Comby rappelle que certains auteurs ont signalé que le furet, le renard, peuvent, comme le rat, être porteurs de spirilles.

M. Sézary, à ce propos se demande, si on ne pourrait pas au point de vue prophylactique employer les comprimés arsenicaux.

Lymphosarcome extra-dural métastatique ayant déterminé une compression médullaire d'apparence primitive, d'évolution rapidement progressive. Laminectomie. Extirpation et radiothérapie. Guérison. — *MM. Georges Guillain, Alajouanine et Périsson* présentent un homme de 41 ans, complètement guéri d'une compression médullaire sévère. Après deux mois et demi de phénomènes radiculaires douloureux, s'était développée en deux mois une paraplégie hyperspamodique confinant le malade au lit. Tout mouvement volontaire des membres inférieurs était impossible, la contracture était considérable, les signes de spasmodicité intenses ; les réflexes de défense facilement provocables jusqu'au pli de l'aine. Il existait des troubles sensitifs à limite supérieure linéaire correspondant à D^3, des troubles sphinctériens intenses ; le liquide céphalo-rachidien xanthochromique montrait une dissociation albumino-cytologique marquée.

L'intervention permit au Dr Petit-Dutaillis d'extirper une tumeur extra-durale au niveau indiqué par les troubles sensitifs. L'examen histologique révéla qu'il s'agissait d'un lymphosarcome, métastase d'un lymphosarcome inguinal donnant une adénopathie discrète qui, notée antérieurement, n'avait pas été rattachée à l'existence de la compression médullaire. Le traitement chirurgical des deux tumeurs juxta-médullaire et inguinale, fut complété par la radiothérapie profonde. La guérison se développe progressivement en huit mois ; le malade est à l'heure actuelle complètement guéri et n'offre plus de signe pathologique.

Les auteurs soulignent la rareté d'une telle cause de compression médullaire qui paraît primitive cliniquement ; l'installation rapide de la paraplégie, identique à celle d'un autre cas de sarcome, paraît caractéristique de la nature maligne de la compression tumorale ; enfin l'heureux résultat de la thérapeutique mixte chirurgicale et radiothérapique.

Sur la pathogénie des vergetures. — MM. *Rist et Brissaut* présentent deux malades traités par le pneumothorax qui présentent des vergetures du côté opposé, sur la face antérieure des cuisses, sur la face postérieure des deux bras. Il s'agit pour les auteurs d'une cause générale.

M. Hellé partage le même opinion.

A propos de deux cas de tuberculome protubérantiel chez l'adulte. — MM. *Pilod et Fribourg Blanc*, du Val-de-Grâce, rapportent l'observation de deux soldats atteints de tuberculomes protubérantiels. L'un présentant un hémisyndrome pyramidal droit et cérébelleux gauche, l'autre une hémiplégie droite avec superposition de symptômes cérébelleux.

Après avoir rappelé la rareté relative de cette localisation des tuberculomes chez l'adulte, ils insistent sur l'absence de troubles de la sensibilité et de signes d'altérations des Ve et VIe paires dans le 1er cas, alors que le tuberculome détruisait la presque totalité de la calotte protubérantielle.

Il font remarquer que chez les deux sujets le syndrome de compression intracranienne était très réduit et qu'en particulier la stase papillaire, absente chez l'un, fut très tardive et modérée chez l'autre.

Ils signalent enfin un aspect particulier de la réaction du benjoin colloïdal dans le liquide rachidien du 1er malade.

Le faux hydrothorax d'origine ascitique et la méprise de l'évacuation transthoracique du liquide péritonéal. — M. *A. Ricaldoni* (de Montevideo) rapporte plusieurs cas intéressants de néoplasmes abdominaux avec métastases péritonéales dans lesquels le développement d'une ascite déterminera le tableau clinique d'un hydrothorax, une ponction dans le 8e espace intercostal donnant issue au liquide péritonéal, les poumons ayant été refoulés par le diaphragme jusqu'à la troisième et à la deuxième côte. Il montre comment on peut mettre en évidence ces faux hydrothorax par l'injection de bleu de méthylène dans la cavité suspecte, suivie de ponction abdominale montrant la diffusion immédiate du bleu.

Exploration du foie par la phénoltétrachlorephtaléine (Méthode de Rosenthal). — MM. *Pr. Merklen, Wolf et V. Arnovljevitch* présentent, à la suite de l'article récent de Fiessinger et Longchampt, le résultat de leurs premières recherches portant sur 15 cas, dont un examiné deux fois. Ils ont constaté dans le sang, après une heure, une rétention moyenne (entre 3 et 10 %) dans 6 cas de cirrhose et une rétention forte (15 à 30 %) dans 4 cas d'ictère néoplasique, dont un examiné à deux reprises. De ces faits ils concluent que la phénoltétrachlorephtaléine (Pht) est moins complètement fixée dans le cancer que dans la cirrhose et qu'en présence d'une hépatomégalie on devra en cas d'un taux élevé de Pht du sang penser plutôt à un cancer qu'à une cirrhose.

Pour expliquer ces faits les A. admettent qu'il s'agit d'une fixation du colorant sur le système kupfférien du foie et non pas sur les cellules hépatiques. Ce système, dont l'exploration physiopathologique n'a été possible que grâce aux injections intravasculaires de colorants, est peu lésé dans les cirrhoses tandis qu'il est atteint en première ligne, avant les cellules parenchymateuses hépatiques, dans l'envahissement cancéreux. L'examen par la méthode de Rosenthal est donc plutôt une investigation kupfférocellulaire qu'une exploration hépatocellulaire. Pour des raisons analogues on ne trouve pas de parallélisme strict entre la rétention des pigments biliaires et celle des colorants hétérogènes introduits par la voie sanguine.

Le mécanisme de la rétention chlorurée sèche. — MM. *Léon Blum et Van Caulaert.* — Les modifications du sang qui caractérisent la rétention chlorurée sèche telle que l'hyperchlorémie, l'hyponatrémie et la concentration sanguine relèvent d'un mécanisme complexe.

L'hyperchlorémie, qui indique la rétention de chlore, dépend de la teneur du régime en sel et de la lésion rénale. La lésion rénale est la condition première da la rétention du chlore ; mais le chlore retenu aggrave de son côté le trouble fonctionnel rénal. Il s'établit un cercle vicieux, l'élément retenu provoquant par la suite sa propre rétention. L'imperméabilité rénale pour le chlore n'est pas absolue ; le rein, en élimine une certaine quantité, mais avec lenteur et par polyurie (diabète insipide hyperchlorurique),

L'imprégnation des tissus par le chlore peut être mise en évidence à l'aide des bilans chlorurés, et à l'aide du dosage du chlore renfermé dans les globules rouges, dans le liquide céphalo-rachidien et dans certains tissus.

L'hyponatrémie provient d'un passage de sodium vers les tissus ; une certaine quantité de sodium y suit le chlore ; mais une partie non moins importante de sodium est éliminée par le rein dans une proportion plus forte que le chlore. C'est un processus opposé au processus normal où le rein retient les bases et élimine les acides. L'incapacité du rein à retenir le sodium

est le trouble fondamental des néphrites accompagnées de rétention chlorurée sèche.

La concentration du sang et la dessiccation des tissus s'explique par une rétention plus forte de chlore que de sodium, la prédominance du chlore sur le sodium déterminant la deshydratation.

Le diagnostic des « côtes cervicales ». Troubles cachés de la circulation de retour décelés par la mesure de la tension veineuse. — MM. *A. Ricaldoni et J. C. Pla* (de Montevidec) après avoir exposé les causes qui rendent malaisé le diagnostic de « côtes cervicales » indiquent qu'ils ont chez cinq malades tiré des indications très précieuses de la mesure de la tension veineuse, pratiquée comparativement aux deux bras, et avec toutes les précautions indiquées par M. *Villaret et Fr. Saint-Girons*. Ils ont constaté en effet, sauf en cas de troubles bilatéraux, une asymétrie généralement très marquée de cette tension, les chiffres les plus hauts étant fournis par le bras du côté ou siègent les douleurs. Ils ont vu de plus que l'inclinaison de la tête augmente constamment la tension veineuse du côté de l'extension.

Encéphalite aiguë léthargique — Salicylate de soude intraveineux Guérison rapide. — MM. D. *Denéchau, d'Angers et J. Barbary de Chemillé.* — Il s'agit d'une femme de 50 ans qui est prise subitement le 27 avril 1925 en se rendant à Angers, à la gare de Ch... de céphalée, vomissements, puis quelques heures après d'un sommeil invincible. Elle présente en un mot tous les signes d'une encéphalite à type léthargique ; la température est aux environs de 39°, elle n'a ni myoclonie, ni strabisme mais une hyperglycorachie nette. Au 25 avril, soit au 8e jour, le traitement par le salicylate de soude intraveineux est mis en œuvre à raison de deux injections par jour, de 0,50 centigr. de salicylate dans 10 centi. cubes de sérum glucosé, soit 1 gramme par jour par voie intraveineuse et en plus 1 gramme par voie intramusculaire.

Immédiatement la température tombe, l'hypersomnie disparaît ainsi que la céphalée et les nausées. Au bout de quatre jours elle se croit guérie et le traitement est suspendu une journée, les accidents réapparaissent : les injections sont reprises dans les mêmes conditions pendant dix sept jours et tout rentre et dans l'ordre. Il n'y eut aucune trace de thrombose au niveau des veines, mais quelques réactions de choc, un grand frisson au huitième jour des injections, puis au vingtième jour quelques nausées suivies d'herpès et d'un peu de céphalée. La malade a reçu ainsi 44 piqûres intraveineuses et 22 intramusculaires, soit au total 44 grammes de salicylate de soude. Elle est complètement guérie et remplit depuis deux mois ses dures occupations de fermière.

Un cas de compression chronique de la troisième portion du duodénum par la mésentérique supérieure athéromateuse et considérablement augmentée de volume — Opération — Guérison — MM. H. *Brin, et D. Denéchau*, d'Angers. — Il s'agit d'une malade âgée de 59 ans, sans passé digestif important, qui fait en 1923 une néphrite intense, évoluant pendant neuf mois. Puis trois mois plus tard apparaissent des troubles assez vagues, douleurs imprécises dans l'hypocondre droit, quelques régurgitations bilieuses, mais surtout des crises de diarrhée très importante, allant jusqu'à vingt selles par jour, composées uniquement de selles jaune verdâtre bilieuses.

L'examen général montre une cachexie presque complète avec un amaigrissement extrême, des artères extrêmement sinueuses, dures, en tuyau de pipe ; un léger bruit de galop. une hypertension artérielle modérée. Rien de net à l'abdomen. Or une radioscopie fait constater une sténose duodénale sous-vatérienne typique, s'arrêtant au niveau de la ligne médiane.

Une intervention pratiquée le 24 octobre 1924 permet de constater que cette sténose est liée à une artère mésentérique extrêmement volumineuse et flexueuse, surmontée d'une coronaire stomachique extrêmement flexueuse et saillante. Il s'agissait d'une compression de la troisième portion du duodénum, par une grande mésentérique athéromateuse et très volumineuse, ayant abouti à une cachexie véritable. L'intervention guérit la malade.

René Giroux

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1925

Grossesse extra utérine coexistant avec une grossesse normale. — *M. Mathieu* rapporte un cas de *M. Page*. Une femme de 33 ans, au cours d'une grossesse, présente une crise abdominale faisant penser à une appendicite aiguë. Mais l'intervention pratiquée d'urgence montre une grossesse extra-utérine droite. M. Page enlève la trompe en conservant l'ovaire porteur d'un corps jaune. La malade accouche normalement sept mois après d'un enfant bien constitué.

M. Launay cite un cas personnel récent et analogue.

M. Louis Bazy discute le rôle du corps jaune dans l'évolution de la grossesse.

M. Tuffier apporte un autre cas de superfétation, dans lequel l'intervention eut lieu quelques semaines après l'accouchement et montra, en position sous-hépatique, un fœtus de 7 mois.

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

A propos des dangers de la purgation

« Ne quid nimis »

Les professeurs Pic et Bonnamour, médecins des hôpitaux de Lyon, reviennent sur cette vieille question au cours d'une récente étude. Ils se gardent, évidemment, de prêcher le renoncement à une pratique qui, née avec la médecine, ne mourra qu'avec elle. Ce que se proposèrent nos savants confrères, ce fut de protester contre l'abus malfaisant et l'emploi intempestif, inconsidéré, des remèdes drastiques, ingérés, journellement, sans ordonnance, au grand détriment de l'estomac, du foie et des organes urinaires, les drastiques irritants, fauteurs de congestions rénales, de cystites, d'hématuries, d'hémorroïdes, de méno et de métrorragies, sans oublier les avortements. Que d'entérites dues à l'aloès, au jalap, à la scammonée, etc. ; qui entrent, sournoisement, dans la composition de tant de spécialités vantées à tort pour leur innocuité ! Que de perforations déclenchées par telles bénignes petites pilules, accumulées sur un appendice malade ! Combien de cholécystites provoquées par l'anodin sulfate de soude ou de magnésie !

La conclusion est qu'il faut bannir toute purgation *agressive*, capable d'augmenter le spasme du constipé, d'exalter le péristaltisme jusqu'à l'occlusion, d'accroître les sécrétions jusqu'au catarrhe. Quoi de plus facile au praticien ? ne possède-t-il pas, depuis 40 ans, dans le principe actif du cascara sagrada, la Cascarine, isolée par Leprince, le type parfait du laxatif ami du tractus intestinal et incapable d'irriter les voies digestives ? La Cascarine Leprince procure toujours une exonération aisée, naturelle, régulière, se rapprochant de la défécation physiologique ; spécifique méthodique des dyschésies constitutionnelles ou symptomatiques, elle a conquis une légitime et constante autorité auprès du Corps médical du monde entier.

Aucune irritation ne succède à l'emploi de cet eccoprotique idéal, évacuateur des matières usées et de leurs milliards de microbes. Son emploi usuel n'entraîne aucune phlogose vasculaire, aucun trouble circulatoire, aucune irritation. Il ne compromet ni les ferments digestifs, ni l'absorption intestinale, ni le bon fonctionnement du rein. Il remédie puissamment aux insuffisances hépato biliaires. Aussi la médecine moderne a telle adopté son emploi chez les débilités, les nerveux, les cardiopathes, les accouchées, les opérés, les vieillards, les migraineux, les herpétiques, les auto-intoxiqués. Agissant à dose faible sans saignée séreuse, sans perturbation aucune, sans *obstipatio redux* la Cascarine Leprince est le prototype du laxatif à la fois *actif et inoffensif*, celui qui présente le *minimum* de contre-indications, avec l'absence complète de tout danger, même chez ceux qui en feraient abus. « Uti, non abuti », est, au surplus, la devise de *l'homo sapiens*.

VARIÉTÉS

La carrière et l'œuvre de Bourneville

Le 26 juin, a eu lieu à la mairie du Panthéon, la remise du prix, fondé par le Comité du mouvement Bourneville, et destiné à récompenser l'infirmière qui, mère au moins de trois enfants, a, au cours de sa carrière, donné toute satisfaction à ses chefs médicaux et administratifs. Le prix a été décerné cette année à Madame Liard, infirmière à la Pitié. Au cours de la cérémonie le Dr Noir a rappelé (*Concours médical*, 18 juillet 1925), la carrière et les services rendus par le Dr Bourneville dont il fut l'élève et l'ami.

L'œuvre de Bourneville, a dit le Dr Noir, paraît systématiquement méconnue, même et surtout par ceux qui, pour plus d'une raison, devraient avoir à cœur de s'en souvenir. Aussi, en évoquant aujourd'hui la vie et les travaux de Bourneville, est-ce un acte de justice et de réparation que j'accomplis.

Bourneville, Désir-Magloire, naquit à Garancières (Eure), le 21 octobre 1840. Issu d'une famille de paysans, petits propriétaires, comme, à quelques générations près, la grande majorité des intellectuels de notre époque, il fut élevé, au foyer familial, dans le culte de la liberté, de la démocratie et de la Patrie.

Il vint à Paris en 1860 pour faire ses études médicales, suivit les leçons de Claude Bernard dont il publia un certain nombre, et prit part à la rédaction de plusieurs journaux médicaux.

Interne des hôpitaux en 1865, il fut l'élève de Delasiauve, médecin de Bicêtre, de Giraldès, chirurgien des Enfants-Malades, et de Charcot, dont il devint le collaborateur et l'ami fidèle.

Il demanda, au cours de son internat, d'aller soigner à Amiens les victimes d'une terrible épidémie de choléra. Il y rendit de signalés services et la municipalité amiénoise lui offrit, pour lui témoigner sa reconnaissance, une montre en or portant les armes de la ville.

Comptant parmi cette jeunesse enthousiaste qui préparait la chute de l'Empire, Bourneville collabora, lors de l'Exposition de 1867, aux journaux que dirigeait Charles Delescluze, le *Panthéon de l'industrie et des arts* et *le Réveil*.

Il fut reçu docteur en médecine au début de l'année 1870 avec une thèse sur la thermométrie dans les maladies de l'encéphale, thèse inspirée par Charcot qui s'efforçait, avec Bourneville, de généraliser l'emploi du thermomètre en médecine.

Survint la guerre avec l'Allemagne. Bourneville fit tout son devoir de Français, convaincu qu'alors, comme sous la Grande Révolution, le mot de patriote était synonyme de républicain.

Chirurgien au 160e régiment de la garde nationale, puis aide-major à l'ambulance du Jardin des Plantes et à la Pitié, il fit preuve pendant le siège de Paris du plus grand courage et du plus grand sang-froid, en dirigeant l'évacuation des salles de malades, victimes des obus qui tombaient sans répit sur le vieil hôpital, servant de cible aux batteries allemandes. Bourneville conserva depuis une répulsion insurmontable contre les Allemands. Lui, si accueillant et si courtois pour les étrangers, ne voulut jamais consentir à servir lui-même de guide aux professeurs allemands qui, attirés par sa réputation, venaient visiter son service de Bicêtre.

Pendant les jours sombres et douloureux de la commune, Bourneville resta à son poste et se conduisit en vrai médecin. Au péril de sa vie, il s'opposa à l'exécution sommaire des blessés fédérés et fit respecter le droit d'asile à l'hôpital.

Le calme revenu, Bourneville s'installa comme médecin praticien au n° 6 de la rue des Ecoles et il exerça dans ce quartier jusqu'à sa mort la médecine populaire.

Entre temps il publiait les Leçons de Charcot, à l'instigation et avec l'appui de ce dernier, il fondait en 1873 le *Progrès médical* dont il fit un puissant organe de réformes en matière de médecine, d'hygiène et d'assistance et dont l'apparition fut une sorte de révolution dans la presse médicale française.

Nous ne saurions énumérer les travaux scientifiques de Bourneville dont la liste serait trop longue. Contentons-nous de rappeler que, nommé médecin de Bicêtre au concours de 1879, il réunit chaque année en un gros volume les observations cliniques, pédagogiques et anatomo-pathologiques faites dans son service sous le titre de *Comptes rendus de Bicêtre* ; qu'il fonda en 1880, sous la direction de Charcot, *les Archives de neurologie*, puis l'*Année médicale* : qu'il étudia dans la *Bibliothèque diabolique*, les procès les plus célèbres en sorcellerie et les documents les plus intéressants ayant trait à la possession diabolique qu'il identifia à l'hystérie et à l'aliénation mentale. En même temps, il publiait avec ses élèves un certain nombre de manuels tels que le *Manuel des autopsies* et le *Manuel de la garde-malade et de l'infirmière* dont les dix éditions furent vite épuisées et qui, à l'époque, fut un modèle des ouvrages de ce genre.

Médecin dévoué et habile, républicain convaincu et d'avant-garde, Bourvneville, devint rapidement populaire dans le quartier Saint-Victor. Le 30 mai 1876, il était élu conseiller municipal et siégea à l'Hôtel-de-Ville jusqu'au 4 février 1883, époque où il fut élu député en remplacement de Louis Blanc. Réélu le 18 octobre 1885, il ne voulut faire aucune concession aux louches manœuvres boulangistes et les réformes qu'il avait obtenues, lui ayant suscité de nombreux ennemis, les électeurs du

V[e] arrondissement dans une de ces heures d'aberration qui se renouvellent périodiquement, lui préférèrent M. Naquet. Il continua néanmoins à poursuivre la réalisation des réformes qu'il avait entreprises au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, au Conseil supérieur de l'Assistance publique, au Conseil de surveillance des asiles d'aliénés de la Seine, dont il était un des rapporteurs les plus laborieux et les plus écoutés. Il mena le bon combat dans tous les Congrès d'hygiène, d'assistance et de médecine et jusqu'à la délégation cantonale du V[e] arrondissement.

En 1905, ayant atteint l'âge de la retraite, il abandonna le service de Bicêtre qu'il avait créé, mais le préfet de la Seine ne voulant pas se priver de ses services, le maintint médecin de la Fondation Vallée qui ne dépendait pas de l'Assistance publique. Il se consacra aussi jusqu'à sa mort, à l'Institut médico-pédagogique de Vitry, fondé par ses amis, pour assurer son existence, car Bourneville, qui menaune vie des plus laborieuses et dont le travail fut l'unique plaisir et la seule passion, négligea ses propres intérêts à tel point qu'il mourut pauvre.

Outre son œuvre scientifique qui, à elle seule, eût suffi pour lui assurer une grande réputation, Bourneville profita de sa situation politique pour faire réaliser de grands progrès dans les domaines de l'assistance et de l'hygiène.

Ayant pu se rendre compte des graves défauts que présentait le personnel des hôpitaux parisiens qui, malgré un dévouement incontestable, ne répondait plus aux exigences de la médecine et de la chirurgie modernes, Bourneville obtint la laïcisation progressive des hôpitaux de Paris et organisa en même temps l'éducation et l'enseignement professionnels des infirmiers et des infirmières, faisant créer les écoles municipales d'infirmières, en 1877, par le Conseil municipal de Paris. Cette réforme dont la portée était considérable, attira sur Bourneville les haines de tous ceux qui voulurent abaisser à une simple manœuvre anticléricale une réforme qui avait pour but le bien des malades. Cependant Bourneville avait pris pour modèles, et ne s'en cachait pas, Saint-Vincent-de-Paul qui, en créant les filles de la Charité, avait voulu organiser un corps d'infirmières véritables qui ne fut pas un ordre religieux, et Miss Florence Nightingale qui fut dans les pays anglo-saxons la grande réformatrice du personnel hospitalier et organisa ce corps admirable des Nurses anglaises que toutes les œuvres hospitalières du monde s'efforcent d'imiter.

L'œuvre de Bourneville, difficile à organiser, contrariée même par ses amis, combattue avec rage, finit par triompher grâce à sa volonté de fer et à son dévouement. Les hommes justes et droits de tous les partis surent reconnaître l'immense service que Bourneville rendait aux malades en exigeant une éducation professionnelle sérieuse du personnel infirmier, et, dans plus d'un Congrès d'assistance, nous avons entendu le grand philanthrope, Hermann Sabran, vice-président du Conseil d'administration des hôpitaux de Lyon, catholique convaincu, pratiquant et sincère, rendre hommage aux mérites de Bourneville sur ce point.

Bourneville ne cessa de lutter pour l'amélioration morale et matérielle du personnel secondaire des hôpitaux. Il s'efforça d'obtenir un meilleur recrutement et lutta contre la promiscuité déplorable et l'absence absolue d'hygiène qui, dans quelques anciens hôpitaux, notamment la vieille Pitié, rendaient inhabitables les logements réservés aux infirmières. Grâce à lui et à quelques bonnes volontés dans le haut personnel de l'Assistance, tout cela n'est plus qu'un mauvais souvenir.

Une des réformes qui créa d'autres ennemis à Bourneville fut la création des maternités des hôpitaux et l'institution d'un corps spécialisé d'accoucheurs. Quelques chirurgiens étaient alors censés assurer les services d'accouchements dont ils se désintéressaient complètement, mais ils ne voulaient à aucun prix voir restreindre leur domaine. Bourneville et le bon sens triomphèrent de ces résistances que tout le corps médical des hôpitaux sans exception jugerait à l'heure actuelle inconcevables. Combien de mères et d'enfants doivent aujourd'hui la vie à Bourneville ?

Nous ne ferons pas la description du service des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, que Bourneville fit construire lui-même et organisa avec tous les perfectionnements de l'hygiène et tous les éléments destinés à appliquer la méthode médico-pédagogique. Cette méthode, créée par Itard et Edouard Seguin, fut perfectionnée par notre maître dans ses moindres détails. Et ce n'est pas sans surprise que nous l'avons vue préconisée, sous un nom italien, bien qu'elle soit toute française, et cela

par des gens de notre pays, dans des publications écrites en notre langue. Est-ce mauvaise foi ou ignorance ?

Nous croyons encore devoir rendre justice à notre maître sur ce point et joindre notre protestation à celle que notre ami, le Dr Georges Paul-Boncour, élève de Bourneville, a déjà publiée dans le *Progrès médical*.

Combien d'améliorations furent dues à l'initiative de Bourneville dans nos hôpitaux ? Il suffit de les énumérer pour en montrer toute l'importance : l'amélioration du régime des malades, l'organisation des bains externes et de l'hydrothérapie dans les établissements hospitaliers, la suppression du bureau central et la division de Paris en circonscriptions hospitalières, l'isolement des contagieux et surtout des enfants contagieux, la revaccination dans les services hospitaliers, le pavage en bois des rues avoisinant les hôpitaux, le développement des bibliothèques des internes, l'amélioration de leurs salles de garde et de leurs chambres, la construction du pavillon des internes à Saint-Antoine, toutes mesures destinées à retenir le plus possible les internes à l'hôpital pour le plus grand bien de leurs malades et faciliter leurs études. Il étendit aux asiles d'aliénés la réalisation de tous ces progrès.

Aujourd'hui l'on croit rêver en pensant que pour obtenir ces améliorations qui nous paraissent de première nécessité, il fallut que Bourneville bataillât sans trêve à la Chambre des députés, au Conseil municipal, dans les Conseils d'assistance, les Commissions et les Congrès.

En hygiène publique, Bourneville contribua beaucoup à l'étude et au développement de l'épandage des eaux d'égoûts et à leur utilisation agricole et à la propagation de l'incinération dont il fut le défenseur au Parlement.

Rappelons encore la campagne menée par Bourneville, notamment à la délégation cantonale du Ve arrondissement pour la création de classes spéciales d'enfants arriérés. Ces classes spéciales, encore rares à Paris, ont été organisées dans presque tous les pays civilisés à l'instigation de Bourneville et il y a une quinzaine d'années nous avons eu l'avantage de visiter l'école publique d'enfants arriérés de Paddington, à Londres, où avaient été appliquées les recommandations de Bourneville.

Je ne ferai que citer, en terminant, la part que Bourneville, prit dans le perfectionnement de l'enseignement médical. Ce fut lui qui fit fonder la chaire des maladies mentales, qui collabora à l'organisation de l'enseignement pratique de l'obstétrique, qui aida Farabeuf à rénover l'enseignement pratique de l'anatomie. Il avait même déposé au Conseil municipal un projet de création d'une école de médecine municipale qui eût, sans doute, amené une transformation utile de la Faculté. Les hésitations de quelques-uns de ses collègues des hôpitaux l'obligèrent à abandonner ce projet.

Comme médecin praticien, Bourneville fut un modèle : son scrupuleux respect des règles de la déontologie, son désintéressement, son dévouement à tous et surtout aux malheureux, étaient admirés de tous ceux qui eurent l'avantage de le connaître.

Cette rapide et très incomplète énumération des principales créations dues à l'initiative de Bourneville suffit à vous montrer tout ce que nous devons à ce médecin éminent. Plus d'un grand homme qui repose sous la coupole, en face, ont infiniment moins mérité la reconnaissance de la Patrie.

Et pour moi, c'est un pieux devoir que de le proclamer ici. Élève de Bourneville à Bicêtre, conservateur de son musée d'anatomie pathologique et chargé à ce titre d'opérer les autopsies dans son service, secrétaire de la rédaction du *Progrès médical*, des *Archives de neurologie*, professeur aux écoles municipales d'infirmières, j'ai été pendant dix-huit ans son collaborateur et ai vécu dans son intimité. La dernière et douloureuse tâche qu'il m'a imposée, a été de faire sa propre autopsie et de présider avec M. Pujol, et notre ami le Dr Paul Cornet, comme exécuteurs testamentaires, à son incinération, car, conséquent avec ses principes Bourneville voulut que je procédasse à son autopsie comme je procédais à celle des enfants morts dans son service à Bicêtre et désira être incinéré.

Ses obsèques furent faites aux frais du département de la Seine : des hommes politiques illustres, des ministres, accompagnèrent le cercueil de cet homme qui avait tant fait pour le bien public, qui avait rendu tant de services personnels et qui, devenu vieux, sans influence et sans fortune, avait été abandonné de tous, sauf de très rares fidèles.

Aujourd'hui, l'on oublie encore ce qu'il a fait en sacrifiant ses intérêts, en s'attirant les haines les plus violentes : ce n'est pas sans tristesse qu'en parcourant les documents officiels publiés ces dernières années, ayant trait à l'organisation de l'enseignement des infirmières en France, nous avons cherché en vain le nom de Bourneville qui, à lui seul, a créé et organisé complètement l'éducation du personnel hospitalier, il y a près de 50 ans et y a consacré 30 ans de sa vie.

Mais qu'importe ! L'œuvre de Bourneville a tromphé et a été féconde. Son souvenir règne encore dans le cœur de ses amis : un jour viendra, j'en suis certain, où l'on exhumera ses travaux et où se manifestera à son égard la reconnaissance publique car j'ai foi en une justice immanente.

FONDÉ EN 1873. — N° 31. Le Numéro : 50 Centimes 1er AOUT 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (Ve)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... **30** fr.
Belgique et Italie............ **40** fr.
Union postale................. **50** fr.
Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

L'autopsie obligatoire... en Roumanie. — Les sujets israélites échappaient à l'autopsie, comme contraire aux rites. Les étudiants roumains ont protesté contre cette faveur *post mortem*. Ils ont obtenu gain de cause. Le ministre de l'Instruction publique a décrété que quelle que fut la religion du décédé, dans les hôpitaux, l'autopsie était obligatoire. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*.)

Cilinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur M. A. Gilbert). — *Cours de perfectionnement* (septembre 1925) : Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif. — Cet enseignement de vacances, d'ordre *essentiellement pratique*, commencera le lundi 14 septembre 1925, à 9 heures, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, Herscher et Etienne Chabrol, Lipmann, Dufourmentel et Saint-Girons, François Moutier, Leven, Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, Lagarenne et Durey.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures, le soir à 14 h. 30.

Le cours comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines ; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations micros copiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins, à partir de 10 h. 30.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 26 et 27 septembre à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versements relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

XIe Congrès international d'hydrologie et de climatologie médicales. — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles, du 10 au 14 octobre 1925, sous la présidence de Messieurs le professeur Gilbert, de Paris, et le docteur Terwagne, de Bruxelles.

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

« Traitement hydrominéral et climatique des affections cardio-vasculaires ». Rapporteurs : Messieurs Cottet-Mougeot et Piatot.

« Cure hydrominérale sulfureuse ». Rapporteurs : Messieurs Flurin, Liacre et Lamarque.

Des réductions de 50 % sur les chemins de fer seront accordées aux congressistes.

Cotisations : 50 fr. pour les congressistes ; 25 fr. pour les dames les accompagnant.

Adresser les adhésions à M. le Dr Poirot-Delpech, 3, rue de la Planche, Paris, 7e.

Assistance médicale indigène au Cameroun. — *Avantages consentis aux médecins contractuels.* — Durée du contrat : deux ans ; solde d'Europe de début : 12.000 francs ; supplément colonial : 9/10 de la solde d'Europe ; indemnité de départ colonial égale à un mois de solde ; indemnité de première mise d'équipement de mille francs ; indemnité de veille d'embarquement de 20 francs ; indemnité de zone, de résidence ou de cherté de vie de 8.10 ou 12 francs par jour pour 1925 selon les régions ; indemnité pour charge de famille de 1.200 francs par an et par enfant ; indemnité forfaitaire de déplacement de 2.400, 3.000, 3.500, 4.000, 4.500 francs par an, selon les postes. Cette indemnité forfaitaire est portée pour les secteurs de trypanosomiase ou prophylaxie de la maladie du sommeil à 10.000 fr. pour les deux premières années, 12.000 pour la 3e et la 4e année, 14.000 pour les années suivantes.

Voyage en première classe sur les paquebots et chemins de fer, (indemnité de départ colonial), logement et ameublement fournis gratuitement. Soins médicaux gratuits. Congés de 6 mois tous les deux ans (traversées non comprises). Solde d'Europe.

Les contrats pourront être renouvelés à leur expiration avec, le cas échéant, une augmentation de solde de 2.000 fr.

Ecole du service de santé militaire. — Le *Journal officiel* du 11 juillet publie le décret suivant :

Article premier. — Le deuxième alinéa de l'article 6 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'école du Service de santé militaire, est remplacé par le suivant :

« Ils sont alors affectés aux hôpitaux militaires ou aux salles militaires d'hospices mixtes sièges de villes de facultés de médecine ou de pharmacie, en tenant compte des préférences qu'ils auront manifestées, des nécessités du service et de leur rang de classement à la sortie de l'école ».

Art. 2. — Le troisième alinéa de l'article 7 du décret du 19 septembre 1919 est remplacé par le suivant :

« Pour les candidats à la section de médecine le jury est composé suivant la catégorie du concours :

« D'un médecin inspecteur général ou inspecteur, président ;

« D'un médecin principal de 1re ou de 2e classe ou major de 1re classe emmbre ;

« D'un professeur agrégé des facultés de sciences ou de médecine désigné par le ministre de l'Instruction publique, sur la demande du ministre de la guerre, membre ».

Entre le quatrième et le cinquième alinéas, ajouter :

« Il sera en outre désigné pour chaque jury deux membres suppléants, l'un militaire, l'autre civil, professeur ou agrégé des facultés de sciences, de médecine ou de pharmacie, désigné par le ministre de l'Instruction publique sur la demande du ministre de la guerre ».

Art. 3. — Les dispositions de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, à partir du troisième alinéa, sont remplacées par les suivantes :

« Les candidats admis sont nommés élèves de l'école du Service de santé militaire. Ils rejoignent cette école et y sont immatriculés et incorporés après vérification de leur aptitude physique par un conseil médical constitué à l'école et dans les conditions déetrminées par une instruction ministérielle. Ils signent l'engagement prescrit par la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée et contractent en même temps l'obligation de rester en service pendant six ans à compter de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

« Les élèves accomplissent effectivement à l'école du Service de santé militaire à Lyon leurs deux dernières années d'études, durant lesquelles ils sont immatriculés à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

« Pendant la scolarité qui précède ces deux années, les élèves qui

en font la demande peuvent être détachés dans une ville de faculté pour y continuer leurs études ; les élèves détachés sont administrés par la section d'infirmiers de la région du corps d'armée correspondant ou tout autre corps de troupe désigné à cet effet dans les conditions déterminées par une instruction ministérielle. Ils reçoivent une instruction militaire, sont soumis au contrôle technique permanent suivant les prescriptions du ministre de la guerre.

« Les élèves, qui en cours de scolarité ne réuniraient plus les conditions d'aptitude physique exigées, feront l'objet d'un rapport au ministre en vue de leur radiation des contrôles de l'école.

« Dispositions particulières aux externes et aux internes. Les élèves de la section de médecine qui,avant leurs deux dernières années de scolarité, ont acquis au concours la qualité d'externe ou d'interne des hôpitaux de la ville de faculté dans laquelle ils sont détachés, peuvent, s'ils le désirent, poursuivre intégralement leurs études dans ladite faculté ; ces dispositions sont applicables aux élèves de la section de pharmacie qui obtiendraient, dans les mêmes conditions, la qualité d'interne des hôpitaux.

« Les élèves qui sont externes ou internes des hôpitaux des villes de facultés de médecine ou de pharmacie se présentent aux examens pour le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, dès qu'ils ont la scolarité nécessaire, et sont nommés aide-majors de 2e classe en même temps que les autres élèves qui ne sont pas externes ou internes. Pour le classement de sortie de l'école d'application du Service de santé militaire les internes des hôpitaux des villes de faculté nommés au concours bénéficient d'une majoration de points déterminée par une instruction ministérielle ».

Art. 4. — Remplacer la première phrase de l'article 13 du décret du 19 septembre 1919 par la suivante :

« Les élèves qui sont rayés des contrôles de l'école pour toute autre cause que pour inaptitude physique sont tenus au remboursement des frais de scolarité et des sommes perçues par eux au titre de la solde et des indemnités ».

Art. 5. — L'article 14 du décret du 19 septembre 1919 est remplacé par le suivant :

Art. 14. — Les élèves de l'école du Service de santé militaire passent l'examen en vue de l'obtention du brevet de préparation militaire supérieure spciale aux étudiants en médecine et en pharmacie.

Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales. — Par décret en date du 9 juillet 1925, l'article 18 du décret du 7 mai 1908 est remplacé par le suivant :

« Tout élève du service de santé des troupes coloniales reçu docteur en médecine ou pharmacien de 1re classe est obligatoirement admis à l'école d'application le 1er janvier. L'école reçoit de même à cette date les jeunes gens admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906. Les uns et les autres sont nommés aides-majors de 2e classe à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien. Toutefois, les docteurs en médecine et pharmacien diplômés admis directement, après concours, dans le corps de santé des troupes coloniales et ayant accompli leurs obligations militaires telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée bénéficient pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe des dispositions prévues à l'article 39 de ladite loi.

Pendant leur séjour à l'école d'application le classement par ordre de mérite des médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe est déterminé par les notes de l'examen semestriel combinées avec les autres notes ».

Les cours de l'école d'application commencent le 1er janvier. Les examens de sortie ont lieu dans la deuxième quinzaine d'août. (*J. O.*, 17 juillet 1925.)

NÉCROLOGIE. — Bien des médecins apprendront avec un vif regret la mort du bon maître que fut pour eux Edmond Potherat, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu de Paris et de l'Asile Notre-Dame de Bon Secours, officier de la Légion d'honneur.

Ed. Potherat était né, en 1859, dans la région d'Auxerre. Il franchit par son travail et par sa belle et claire intelligence les divers degrés qui marquent l'ascension dans la hiérarchie médicale, et après avoir été l'interne de Damaschino, de Trélat, de Segond, il était nommé chirurgien des hôpitaux de Paris le 1er juin 1891. Nous n'énumérerons pas ses travaux scientifiques : Rappelons cependant sa contribution à l'étude de l'hystérectomie vaginale et ses communications sur ce sujet aux Congrès de Chirurgie de 1893 et de 1909 et au congrès de Budaspest et résumons sa pratique par ces deux termes, clinicien sagace, et opérateur né habile.

Et ces lignes seraient incomplètes si je n'y mentionnais pas : une cordiale bonté, un labeur acharné pour faire face à toutes ses obligationss et, l'ardent patriotisme qui le fit partir dans la zone des ambulances et y rester bien plus longtemps que de plus jeunes n'y sont restés.

Henri Vignes.

(*Voir la suite page* 1159).

TRAVAUX ORIGINAUX

L'hérédité du cancer en pathologie humaine Les données de la statistique et les familles à cancer [1]

Par MM.

POTTEVIN, Professeur au conservatoire des Arts et Métiers

PEYRON de l'Institut Pasteur Professeur de pathologie expérimentale et Directeur scientifique de l'Institut contre le cancer à l'Université d'Aix-Marseille

Membres de la Commission du cancer

En collaboration avec

J. SURMONT, Interne des hôpitaux

Mlle **PÉCHENARD**, Externe des hôpitaux

P. PLANTEVIN Externe des hôpitaux

Dans un article précédent, nous avons envisagé les documents fournis par la statistique et abordé d'autre part l'étude des familles à cancer.

Dans ces dernières nous avions étudié les observations d'hérédité néoplasique portant sur des types divers. Nous continuons l'examen des cas relatifs à l'hérédité exclusive d'une tumeur déterminée.

Tumeurs du sein. — Dans une famille citée par Sibley, une mère et ses cinq filles meurent de cancer du sein gauche.

Velpeau a suivi l'évolution d'un cancer du sein chez une mère et ses trois filles. Broca rapporte l'histoire clinique d'une mère et de ses trois filles, qui présentèrent un adénome du sein à peu près au même âge.

On trouve dans le musée de Middlesex-Hospital (Londres) les pièces anatomiques de trois cas de sarcome du sein développés chez trois sœurs.

Paget rapporte un cas de squirrhe du sein développé chez une femme dont les trois filles présentèrent un sarcome.

Astley-Cooper rapporte l'observation de trois sœurs (bien suivies par leur frère qui était médecin) qui furent atteintes de cancer du sein.

Hutchinson note une série familiale de cancers du sein avec anticipation progressive à chaque génération :

grand'mère, cancer à cinquante ans ;
fille, à quarante ans ;
petite-fille, à un âge plus jeune.

Kircheim d'après l'analyse d'une série d'observations conclut au rôle de l'hérédité dans le développement de certaines tumeurs bénignes du sein. Mais les deux documents les plus caractéristiques me paraissent être ceux apportés par Alglave et par Power.

Dans le premier (fig. 6, thèse de Calvel) il s'agit d'une grand'mère morte de cancer au sein ; elle a une première fille morte de cancer du sein. Une seconde fille morte de cancer du sein ayant à son tour une fille qui meurt également de cancer du sein.

Dans le second (fig. 6 *bis*) un homme meurt de cancer du sein droit. Il avait eu onze enfants dont deux morts pendant l'enfance, les neuf autres meurent tous de cancer (6 filles, 3 garçons). Un fils, de cancer au sein droit comme le père, un autre de cancer à la gorge, le troisième de cancer à l'aisselle gauche. Les documents histologiques n'ont pas été publiés ; néanmoins cette observation, étant donnée la rareté du cancer mammaire chez l'homme, nous paraît aussi démonstrative pour le sein que le seront plus loin celles du neuro-épithéliome de la rétine. Citons encore le cas de Burkardt relatif à deux sœurs jumelles qui au même âge (21 ans) présentèrent un fibro-adénome du sein de même type histologique.

Le Dr Chastel, de Senlis, a signalé à Vignes l'observation de deux frères et une sœur atteints d'un cancer de la région mammaire. Lewin signale une famille dont toutes les femmes seraient mortes de cancer utérin, sauf une qui fit une tumeur de l'épiploon.

Utérus. — L'observation la plus frappante est celle rapportée par Roger Williams. Sur onze frères et sœurs, trois des sœurs meurent de cancer utérin, la mère et sa sœur étaient mortes de la même lésion ainsi que la grand' mère maternelle.

Pour l'épithélioma du col, les cas dans lesquels la mère et la fille ont été successivement frappées ne sont pas rares.

Pour les myomes, malgré que de nombreux cliniciens aient affirmé l'importance du facteur héréditaire, leur fréquence parmi les femmes à partir de cinquante ans est trop grande (50 % environ) pour qu'on puisse accepter sans réserve le rôle de l'hérédité. Il paraît toutefois acquis que dans certaines familles, les femmes en sont atteintes à un âge beaucoup moins avancé.

Citons parmi les documents les plus complets ceux apportés par H. D. Beyea (myome chez quatre sœurs ainsi que leur mère et leur tante) et par Lawrie (myome chez cinq sœurs dont trois étaient atteintes par ailleurs de cataracte, quatre autres sœurs étaient indemnes de myome mais deux présentaient la cataracte).

Signalons enfin, d'après Vignes, le cas de Dimey, relatif à deux sœurs jumelles qui furent opérées le même jour pour un polype utérin.

Ovaire. — On manque de documents pour les tumeurs solides ; par contre, pour les diverses variétés de tumeurs kystiques, plusieurs observations ont été apportées, certaines gagneraient d'ailleurs à être l'objet d'une étude de révision histologique, car elles n'établissent pas nettement s'il s'agit d'embryomes (kystes dermoïdes) ou de kystes d'origine anatomique locale, endothélio-péritonéale ou wolffienne.

Signalons seulement les cas de Keith (tumeur kystique chez cinq sœurs), de Holshausen (chez trois sœurs), de Lohlein (kystes bilatéraux chez trois sœurs) de Hue (kyste bilatéral chez deux sœurs) de Simpson (kyste chez la mère et ses deux filles) de Kirmisson (kyste chez la mère et la fille.

En ce qui concerne les tumeurs de l'appareil génital mâle, nous n'avons pas encore trouvé d'observations typiques, à l'exception de celle de Warren vraiment curieuse (cancer du pénis chez le fils, le père, le grand-père, l'arrière-grand-père.

Tube digestif. — Pour l'estomac, les observations récentes et complètes avec vérification histologique font jusqu'ici défaut. Nous citerons l'exemple célèbre de la famille de Napoléon, dont le père, les deux sœurs (Caroline et Pauline) et le frère (Lucien) seraient morts de cancer à l'estomac. La vérification a été faite à l'autopsie pour Napoléon et pour son père, mais nous ignorons s'il en fut de même pour les autres.

---

(1) Voir *Progrès Médical*, 25 juillet 1925.

Aebly parle d'une famille où le père, mort de cancer stomacal, a eu 6 enfants, tous morts de cancer de l'estomac. (Référence empruntée à Vignes.)

Pour le cancer intestinal, nous trouvons une observation de Childs (cancer du rectum chez trois sœurs âgées de 30 à 35 ans, et qui à peu près vers la même époque, ont présenté les signes cliniques. Chez d'eux d'entre elles le cancer avait été précédé de polypes adénomateux. Leur père était mort d'une affection probablement cancéreuse du rectum. Le rôle des polypes dans l'apparition du cancer est depuis longtemps établi. Hurst signale quatre cas de polypose rectale dans une famille. Quénu et Landel, d'une part, Doerring, de l'autre, ont évalué à 50 p. 100 et 60 p. 100, la proportion de ces cas de polypes vraiment héréditaires.

Un chirurgien américain, Primrose, a rapporté un cas dans lequel deux sœurs furent atteintes presque au même âge d'une tumeur appendiculaire de type carcinoïde (tum. argentaffine).

L'étude des tumeurs des mâchoires d'origine adamantine fournirait peut-être des documents intéressants.

On connaît déjà par Jayle le cas d'un homme de 55 ans, opéré d'un cancer de la mâchoire inférieure dont il est guéri huit ans après. Peu de temps après son frère meurt d'un cancer de la mâchoire supérieure à récidive presque immédiate.

Foie. — On doit à Hedinger une observation remarquable de cancer primitif (greffé sur cirrhose) chez deux sœurs âgées respectivement de 77 et 71 ans, et autopsiées la même semaine. On ne trouva pas d'autres cas dans la famille mais la rareté du cancer primitif du foie donne à ce cas une grande importance.

Raymond Johnson (cité par Hastings Gilford) a suivi l'évolution d'un cancer du foie (avec vérification nécropsique) chez un homme de 40 ans ; son frère, à la même période, montrait également les signes cliniques d'un cancer primitif du foie en évolution.

Rein. — Cohneim a vu deux sœurs mourir au même âge (trois ans) d'un sarcome du rein avec métastases hépatiques et pulmonaires. Or nous savons aujourd'hui que ces soi-disant sarcomes représentent en réalité des néoplasies plus ou moins polymorphes, issues du blastème métanéphrogénique du rein fœtal. Elles sont particulièrement fréquentes chez certains animaux (lapin, porc, coq). Et cette prédisposition zoologique cadre particulièrement avec une prédisposition individuelle dans l'espèce humaine.

Système nerveux. — La maladie de Recklinghausen (neurofibromatose), dont les rapports avec le cancer ne sont pas douteux, présente incontestablement un mode de transmission héréditaire. Elle peut frapper plusieurs membres d'une même famille et durant plusieurs générations. Ainsi Harbitz a pu suivre cette transmission dans une même famille durant cinq générations. Dans l'une de ces dernières elle fut transmise par une femme qui en était, elle, indemne, mais dont les deux sœurs étaient atteintes.

Les études d'une série d'auteurs Herxheimer et Roth, Davenport, ont précisé ce caractère héréditaire.

L'analyse de Davenport qui a porté sur 243 cas permet à cet auteur de conclure qu'elle se transmet comme caractère dominant et par les deux sexes ; cependant la dominance est parfois en échec et l'affection peut sauter plusieurs générations.

Mentionnons également la transmission héréditaire, déjà étudiée par Berg dans une famille, d'une sclérose du système nerveux central associé à des adénomes sébacés multiples et symétriques.

Dans le cas de Berg, le père présentait la sclérose cérébrale tubéreuse associée avec l'adénome sébacé et une tumeur rénale du type mixte (tumeur du blastème). La fille présentait des lésions nerveuses et cutanées du même ordre avec un petit angiome du rein. Le grand-père était mort d'une tumeur du rein, mais sans qu'il y ait lésion nerveuse ou cutanée. On sait d'autre part que cette affection est communément associée avec des lésions cutanées rénales, cardiaques, et rétiniennes.

Dans les diverses variétés de néoplasies de la série conjonctive, les observations favorables à l'existence d'un facteur familial héréditaire ne sont pas rares. Toutefois il s'agit ordinairement de néoformations d'une malignité atténuée ou même à la limite des états hyperplasiques purement constitutionnels, de sorte que leur valeur démonstrative n'est pas aussi nette que celle des épithéliomes.

1° Groupe. Lipomatoses et lipomes.

Depuis longtemps, Max Borst a souligné le rôle général de l'hérédité à propos de certaines observations intéressantes (Petren, Murchison Meerbeck, Blaschko). Dans cette dernière en particulier, les hommes seuls auraient été atteints. Langmead a publié un cas dans lequel les trois enfants de la même famille présentaient des lipomes congénitaux de la plante des pieds. Pour l'un d'eux il y eut récidive. La maladie de Dercum (adipose douloureuse) est assez souvent familiale. Noble vient d'en publier récemment une observation remarquable dans laquelle les lésions frappèrent un frère et sa sœur, leur mère, la grand' mère et un oncle.

2° Angiomes.

Qu'il s'agisse de tumeurs localisées ou de télangiectasies, diffuses les cas dans lesquels plusieurs enfants et parfois les parents présentent des lésions identiques ne sont pas rares. Tout récemment Langmead, dans une étude intéressante, a essayé de montrer que le mode de la transmission héréditaire de ces télangiectasies multiples ou diffuses paraissait suivre les lois de Mendel.

3° Les xanthomes, dans leurs diverses variétés, montrent parfois le rôle de l'hérédité.

4° Exostoses, ostéomes, chondromes.

On sait depuis longtemps que les exostoses multiples peuvent s'observer simultanément chez un père et ses enfants ou chez plusieurs frères et sœurs.

Pour les chondromes multiples, Lawen a pu mettre en évidence dans deux cas le rôle net de l'hérédité à l'exclusion du rachitisme. Du reste exostoses ou enchondromes paraissent être liés étroitement dans leur hérédité, soit qu'ils coexistent sur un même sujet, soit que le chondrome des ascendants se transmette comme exostose chez les enfants et vice versa.

Parfois aussi, cette hérédité dyembryoplasique coïncide avec des malformations diverses. Par exemple, Schweinburg a étudié un cas de chondrome central multiple des os, intéressant à la fois les épiphyses et les diaphyses (mains, pieds, os longs, et coïncidant avec des nævi multiples plus ou moins symétriques. Meyerding a rencontré chez une femme deux chondromes du doigt, un lipome du bras, un adénofibrome du sein.

Quoi qu'il en soit, toutes ces diverses lésions hyperplasiques ou purement bénignes peuvent conduire finalement à une véritable tumeur maligne. C'est ainsi qu'un des sujets étudiés par Rossage et Rock Carling eut un os-

téosarcome d'une côte. De même Sanvenero, à propos d'une observation familiale de tumeurs osseuses, multiples symétriques, signale un cas dans lequel un ostéome de cette catégorie récidiva sous forme de sarcome.

5° Lymphosarcomes.

Nous ne connaissons que deux observations : celle de Manson est relative à un lymphosarcome de la région latérale du cou développée chez une femme de 29 ans et chez ses deux fils âgés de 15 et 18 ans. Celle de Leacock concerne deux jumeaux qui à l'âge de quatre ans présentèrent le tableau de la maladie d'Hodgkin.

6° Prolifération des cellules sanguines, leucémies.

Les documents ici sont assez nombreux, lésions chez deux frères et un oncle (Mac Gavran), mère et fille (Dock, Campbell), chez trois sœurs (Jewett).

des 7 enfants :

le premier fut normal,

le second : gliome double, meurt à 2 ans.

le troisième : gliome double, meurt à 5 mois.

les quatre derniers normaux au moment où l'observation fut publiée.

6° Steinhaus (fig. 12).

sur 9 enfants (deuxième génération) ;

3 atteints de gliome et opérés à 2 ans, 2 ans, 7 ans,

19 ans après le 1er cas observé, l'aîné (indemne) des enfants doit faire opérer sa fille (4 ans) pour gliome, et, 4 ans plus tard son fils âgé de 8 mois.

Cas d'un intérêt considérable : les 2 malades de la 3e génération n'ayant pas eu de conditions de vie communes avec ceux de la 2e.

7° Système réticulo-endothélial.

Il convient de mentionner ici la maladie de Gaucher : endothéliome sanguin de la rate, dont on connaît déjà plusieurs cas familiaux, en particulier dans la race juive.

Neuro-épithéliome de la rétine.

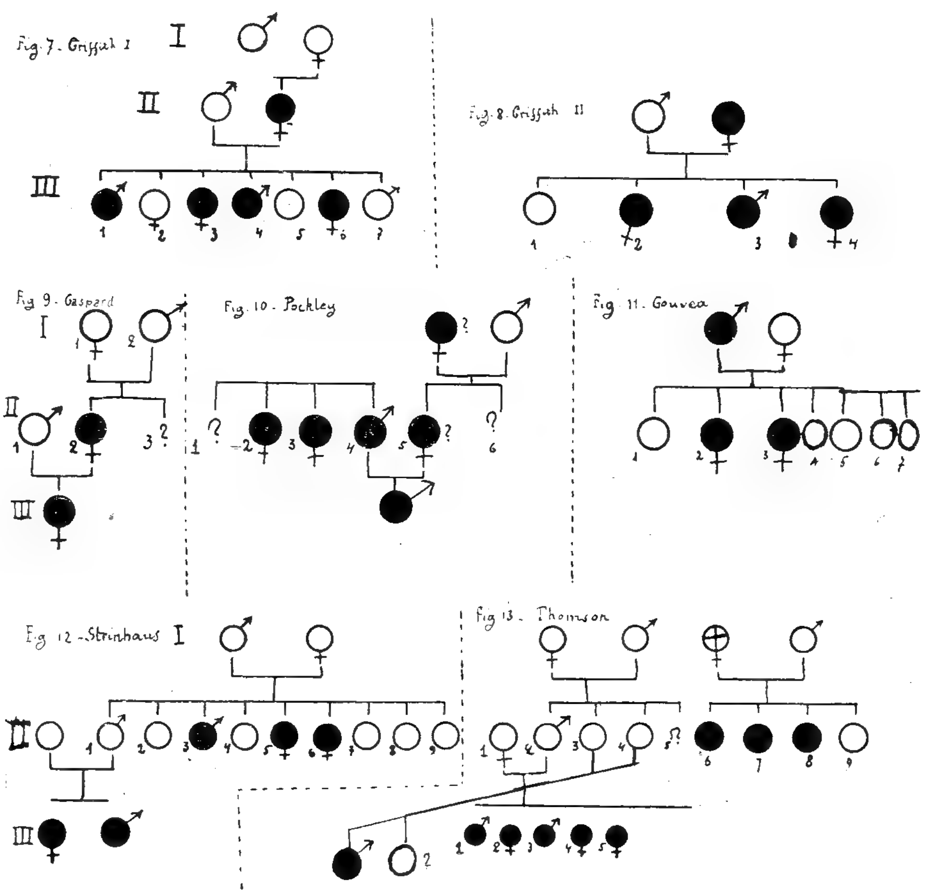
Nous allons maintenant envisager séparément un cas d'un intérêt majeur, celui du neuro-épithéliome rétinien de l'enfance désigné, ordinairement (et à tort) sous le terme de gliome par les classiques. Le nombre des observations de gliome familial ou héréditaire actuellement publiées s'élève à environ quarante correspondant à près de 150 malades.

Nous retiendrons seulement les cas dans lesquels la tumeur a frappé des individus d'une même famille, durant plusieurs générations.

1° *Cas de Griffith* (famille Smith, fig. 7), sur 7 enfants 4 cas de gliome, tantôt uni, tantôt bilatéral, ayant frappé les malades à : 5 mois, 9 mois, 9 mois, 9 mois.

La mère âgée de 22 ans avait été opérée d'une tumeur vraisemblablement gliomateuse à l'âge de neuf mois.

Observation remarquable par la durée sensiblement identique de la période, 9 mois, au bout de laquelle apparurent les symptomes.



2° *Second cas de Griffith* (famille Jones, fig. 8) 3 cas de gliome sur 4 enfants, apparus respectivement à 3 ans ; 3 ans ; 22 mois.

La mère avait été opérée pour gliome de l'œil droit à l'âge de 30 mois.

Aussi remarquable que précédemment par la durée presque identique de la période de latence après la naissance.

3° *Cas de Caspar* (fig. 9). Gliome de la rétine chez la mère et chez la fille respectivement opérées à l'âge de 2 ans, et de 1 an et quart.

4° *Pockley* (fig. 10) le père (II, n° 4) avait été opéré pour gliome dans l'enfance, ainsi que deux de ses sœurs pour tumeur (mal définie).

La mère (II n° 5) était aveugle d'un œil comme sa propre mère.

Leur enfant eut un gliome de la rétine à 18 mois.

5° De Gouvea (fig. 11). Père opéré de l'œil droit pour gliome à l'âge de 2 ans.

7° cas : Thomson et Knapp (fig. 13).

Sur les 14 enfants (3e génération) : les 5 premiers sont morts de gliome unilatéral ou bilatéral ordinairement apparu avant la 2e année.

Les 9 autres n'avaient rien présenté à l'époque (1898) où cette génération fut étudiée.

A la génération précédente (2e) parents indemnes mais trois des quatre cousins (6, 7, 8,) issus d'une tante morte d'un cancer de la poitrine (I n° 3 — croix) sont morts de gliome entre 2 et 4 ans. D'autre part un autre cousin (III, à gauche) meurt de gliome à 2 ans.

Observation d'un intérêt majeur en raison des manifestations collatérales de l'hérédité et de son action ininterrompue chez les 5 enfants de la 3e génération.

8° Cas de Newton.

9 cas de gliome sur 16 enfants, (fig. 14) apparus pour la plupart avant l'âge de deux ans.

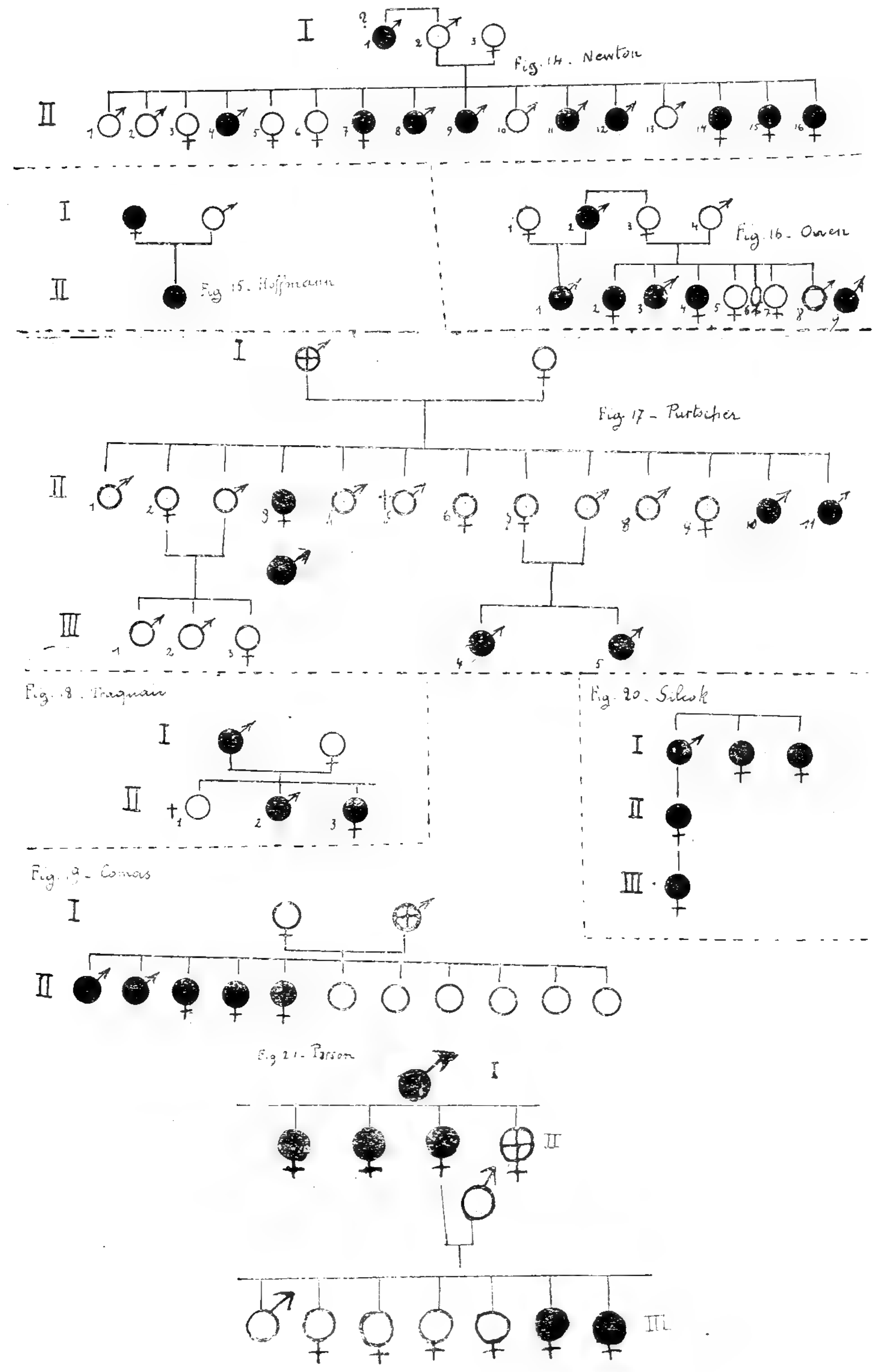
Parents sains : mais un des frères du père était mort dans l'enfance d'une affection oculaire indéterminée (gliome probable).

9° Cas d'Hoffmann (fig. 15). Gliome bilatéral chez un enfant d'un an. La mère, âgée alors de 28 ans avait eu son œil droit énucléé par le père d'Hoffmann pour gliome à 2 ans.

10° Cas d'Owen et Berisford (fig. 16).

Un homme ayant subi à l'âge de 5 mois en 1859 l'ablation de l'œil gauche pour gliome, s'est marié (I fig. 1) et a en 1895 un enfant qui est opéré pour gliome en 1898.

Sa sœur (I-3) eut 8 enfants dont 4 présentèrent un gliome uni ou bilatéral entre 3 ans et 4 ans.



Série intéressante en raison de l'hérédité collatérale et du long intervalle entre l'apparition du cancer dans les deux générations.

11° Cas de Purtscher et Peller (fig. 17)

A la première génération ; père mort de sarcome (?) du bras, mère indemne.

A la seconde : sur 12 enfants; trois cas de gliome développés à 20 ans ; neuf ans ; deux ans et huit mois, tous bilatéraux. Le premier devait guérir (n° 3 guérison spontanée, vérifiée par Fuchs).

A la troisième génération : les deux enfants d'une fille restée indemne présentent un gliome et le fils (unique) de la malade guérie, meurt de gliome. Figure au-dessous de 3 ; mais *le tiret précisant* la filiation a été omis.

Observation remarquable par ce dernier détail ; la survie prolongée de la mère.

12° Cas de Traquair (fig. 18). Père, opéré à 6 mois pour tumeur de l'œil gauche. Sur ses trois enfants deux morts de gliome ayant débuté au même âge de 6 semaines (dont un avec métastases généralisées ; durée, 4 ans.)

13° Cas de Comas (fig. 19). Père mort de cancer de l'estomac, mère indemne. Sur 11 enfants ; deux fils et trois filles morts de gliome.

14° Cas de Wilson. Famille dans laquelle huit enfants furent atteints de gliome.

15° Cas de Lerche. Quatre enfants sur sept morts de gliome.

Mélanome de la choroïde

16° Cas de Silcok (fig. 20). Il s'agit ici d'un sarcome choroïdien, chez la mère et la fille la tumeur fut vérifiée histologiquement.

Le grand père et ses deux sœurs jumelles avaient subi également l'énucléation d'un œil ; mais sans vérification histologique.

17° Cas de Parson (fig. 21).

Le grand-père (I) avait perdu un œil (pas de renseignement) *sa fille* ; (II n° 3) à l'âge de 38 ans, fut opérée pour un sarcome mélanique de la choroïde. Les deux sœurs (jumelles) (II 1 et 2) ont subi aussi l'énuclation d'un œil. Une autre sœur (II n° 4 croix) meurt du cancer du sein.

La petite-fille (III n° 6) opérée d'abord d'un cancer du sein présente, 10 ans après, un sarcome mélanique bilatéral de la choroïde. De ses 6 frères et sœurs les cinq plus âgés sont indemnes, mais une sœur plus jeune (III n° 7) fut opérée pour sarcome mélanique choroïdien.

Cette dernière était née alors que la mère présentait déjà les premiers signes du sarcome mélanique dont elle fut opérée un an après.

Observation d'une grande importance pour l'hérédité des mélanomes ; l'apparition intercurrente d'un cancer du sein n'empêchant pas la sortie, de l'hérédité choroï-

dienne chez la petite fille, ajoute encore à son intérêt.

Tels sont les principaux documents que nous avons réussi à grouper. En réservant le mélanome choroïdien, peu étudié encore, on voit que pour la tumeur de la rétine l'importance du facteur héréditaire ne peut plus être niée.

La valeur démonstrative des observations choisies apparaîtra beaucoup plus nette si on songe que postérieurement à leur publication de *nouveaux cas de gliome ont pu apparaître* sur des sujets *présumés d'abord indemnes*. Il est probable d'autre part que des cas de neuro-épithéliomes, au début restés frustes ou stationnaires, ont dû être cliniquement méconnus. Les résultats de Miss Slye chez la souris prouvent que si l'autopsie et la vérification histologique sont pratiquées systématiquement, le pourcentage des tumeurs spontanées est considérablement accru; enfin il convient de souligner que ce neuro-épithéliome de la rétine est un type néoplasique dont les rapports avec les malformations d'origine embryonnaire sont des plus probables. Cette néoplasie apparaît toujours dans la première enfance ; son histogénèse est bien différente de celle des réactions inflammatoires ou dégénératives.

L'évolution de la tumeur est parfois lente mais presque toujours fatale, en particulier à la suite des récidives ; la rareté des métastases constitue également un des caractères spéciaux.

Par ses rapports avec l'hérédité, cette tumeur souvent dysembryoplasique est à rapprocher de toute une série de malformations oculaires et en particulier rétiniennes. C'est ainsi que le colobome (fermeture incomplète de la vésicule oculaire) est *parfois héréditaire*.

Un ophtalmologiste italien, Busacca, bien connu par des travaux d'histologie et d'embryologie générales, a signalé récemment à l'un de nous (communication faite au Congrès des anatomistes à Turin) un cas de colobome bilatéral chez deux jumeaux.

Étude critique

On peut déjà dégager de la série des faits que nous venons de grouper quelques conclusions préliminaires, abstraction étant faite des notions de pathologie expérimentale ou comparée qui seront l'objet d'un exposé ultérieur.

1° La valeur des notions tirées de la statistique générale, du moins suivant les méthodes adoptées jusqu'ici, est évidemment minime.

2° L'existence de lignées familiales à tumeurs multiples (dont l'observation de Broca reste le plus bel exemple) est confirmée, et les exemples en sont probablement appelés à se multiplier. Mais si riches que soient ces chartes généalogiques, ce n'est pas de ce côté selon nous, que doit s'orienter l'effort d'interprétation. Nous croyons que pendant de nombreuses années encore le problème de l'hérédité du cancer humain exigera un effort d'investigation analytique portant de préférence sur le mode d'incidence d'une *tumeur déterminée*. Si on admet en effet une hérédité générale des tumeurs, on est obligé d'accepter une équivalence ou une transformation d'une génération à l'autre, entre des néoplasies de type différent. Certes, des pathologistes et des cliniciens éminents tels que Broca et Hutchinson ont pu jadis, forts de leur expérience, soutenir ou accepter des équivalences de cet ordre :

(Première génération : cancer de l'estomac. Deuxième génération : sarcome du radius, etc.). Mais d'un point de vue strictement biologique un septicisme complet s'impose en dépit de tout l'intérêt qu'on peut vouloir attacher aux diathèses humorales. Quoi qu'il en soit, nous dirons que dans ces familles à cancers multiples l'apparition des tumeurs ne représente pas un simple fait dû au hasard, mais exige, pour être interprétée, que les faits du groupe suivant aient été eux-mêmes élucidés.

3° L'incidence exclusive d'un type néoplasique déterminé constitue véritablement le fait nouveau auquel les pathologistes auraient pu s'attacher depuis longtemps, puisque certains des documents groupés dans notre étude sont de date déjà ancienne. Son intérêt capital apparaîtra encore mieux lorsque nous aborderons les données de la pathologie comparée. Devant les chartes généalogiques si impressionnantes de tumeurs du sein, de la peau et surtout de la rétine, les bactériologistes restés partisans d'une origine purement infectieuse des cancers, ne sauraient nier plus longtemps l'existence d'un facteur de prédisposition déterminante localisé, comme tous ceux de l'hérédité, au niveau de nos chromosomes germinaux. Du reste toutes les divergences restent possibles sur l'étendue et le degré biologique de ce déterminisme comme sur son antagonisme, ou au contraire son association possible avec les facteurs dits pathologiques. Il convient de mettre à part comme incertaines (encore qu'intéressantes) les deux notions suivantes dues surtout à Hutchinson et à Paget :

1° L'anticipation signalée dans l'hérédité de certaines tumeurs du sein et de la peau et suivant laquelle le cancer dans les générations successives apparaît à un âge de moins en moins avancé.

2° L'accroissement parallèle dans les mêmes conditions de la malignité clinique.

Mais il reste le fait majeur *que dans des familles dont les individus ont vécu dispersés durant plusieurs générations (échappant par conséquent aux conditions communes d'infection ou d'irritation chroniques), le facteur cancérigène héréditaire s'est traduit d'une façon régulière, directe ou collatérale, parfois continue* (5 *enfants de suite*) *et au bout d'une période de latence souvent identique, quels que fussent le sexe et les maladies intercurrentes*. Ici l'objection tirée de la possibilité d'un facteur cancérigène familial non héréditaire est à nos yeux purement théorique. Sans doute Van Dam, qui partage cette opinion, a donné des arbres généalogiques dans lesquels on ne trouve aucun cancer à la première génération 15, à la deuxième, six seulement à la troisième (qui comprend pourtant plus d'individus que la seconde) et aucun à la quatrième. Mais la valeur démonstrative de ces faits demeure faible, surtout en regard de tout ce que nous savons sur la fréquence de la *pseudo-apparition spontanée* de certains caractères récessifs qui sont en réalité transmis.

La notion d'un virus familial tirée des cages à cancer (Borrel) et sur laquelle nous reviendrons ultérieurement ne saurait vraiment s'appliquer à nos tumeurs rétiniennes. Force est donc d'accepter ici une transmission héréditaire mais porte-t-elle sur le terrain anatomique local ou sur la lésion elle-même ?

Voici ce qu'écrivait-il y a déjà trente ans un maître éminent, Quénu :

Il semble en somme bien prouvé qu'un individu appartenant à une famille entachée de cancer a plus de chances qu'un autre de devenir cancéreux. Maintenant faut-il à cette prédisposition appliquer le terme d'hérédité ? Y a-t-il transmission par les parents d'un germe spécifique ou l'hérédité ne consiste-t-elle que dans la transmission des tissus ayant des qualités et des aptitudes semblables ? Je me rallierais volontiers à cette dernière interprétation.

On peut dire que l'ensemble actuel des faits confirme les conclusions de Quénu, mais en les poussant plus loin, et peut-être jusqu'à la production des lésions elles-mêmes. En effet, la distinction entre le *terrain et la lésion* peut bien être maintenue dans la majorité des tumeurs (laissant ainsi aux divers facteurs infectieux ou irritatifs leur rôle déterminant incontestable) ; mais dans *certains cas particuliers* (*embryomes, nævi,* etc...) elle *est plutôt subtile et inconsistante.*

Il serait plus exact de parler, au sens biologique ou cellulaire, d'une graine de cancer, parce qu'entre le complexus initial et les malformations malignes qui lui succèdent, les transitions sont progressives et parfois rapides. Ici, l'hypothèse de l'intervention primitive ou secondaire d'un facteur infectieux spécial serait des plus fragiles.

A l'appui de notre manière de voir, on peut invoquer la série des tumeurs spéciales mises pour la plupart en évidence par l'un de nous depuis 1905 et qui sont issues d'une façon (assez variable du reste) de complexus ou de malformations embryonnaires : les *chordomes* aux deux extrémités de l'axe vertébral, les *sympathiomes et para-sympathomes* au niveau du sympathique et des para-ganglions, les tumeurs ovariennes du *type mâle ou séminifère* parfois issues de la persistance de la première poussée des cordons médullaires et qui englobent une grande partie des pseudo-sarcomes et endothéliomes de l'ovaire, les tumeurs des vestiges coccygiens du tube neural (*pseudo-tumeurs de la glande coccygienne*) les diverses variétés d'embryomes parasitaires ou *parthénogénétiques* (*chorio-placenta*). Pour cette série de tumeurs il était bien permis, théoriquement de considérer comme douteuse ou purement secondaire l'action d'un élément infectieux. Les données récemment apportées par l'embryologie expérimentale, l'étude des cultures de la régénération et de la greffe des tissus ; ont confirmé nettement cette opinion.

De même au niveau des mâchoires, la prédisposition héréditaire à certains kystes devra être recherchée pour être mise en regard des malformations dentaires mieux connues, liées à une aplasie ou une hypoplasie des bourgeons adamantins. On connaît la persistance ou la puissance proliférative plus marquée de certaines ébauches organoïdes chez certains animaux, par exemple celle du blastème méta-néphrogénique chez le lapin, le porc ou encore le coq. La question, immense et pleine d'importance du rôle des corrélations fonctionnelles entre les diverses ébauches organoïdes dans leurs poussées et atrophies successives chez l'embryon et le fœtus, vient à peine de s'ouvrir. L'embryologie expérimentale apportera peut-être dans ce domaine des conclusions importantes pour le problème des tumeurs, D'ici là l'explication de nombreux faits continuera à nous échapper. Telle est par exemple la curieuse observation de Critzmann qui voit dans une famille tous les individus succomber au cancer à l'exception des jumeaux.

En résumé il existe une série de tumeurs pour lesquelles la *distinction si commode entre le terrain anatomique et la lésion proprement dite* ne peut plus être maintenue de façon rigoureuse. C'est pour elles qu'une étude attentive du rôle de l'hérédité sera plus particulièrement indiquée. Mais d'autre part dans ce vaste champ d'étude du cancer on trouve d'autres tumeurs auxquelles les considérations précédentes ne sont guère applicables parce que le rôle des irritations chroniques (cancer de la langue) ou celui d'un agent infectieux (sarcomes, virus-filtrant) ? nous y paraissent autrement nets ou plus probables que celui de l'hérédité.

Il faut souligner à ce sujet que dans tous les documents qui précèdent, on ne trouve pas un seul cas de transmission héréditaire d'un sarcome malin proprement dit. Il convient surtout de rappeler que sous une évolution clinique générale uniforme, il n'y a pas un cancer mais des cancers. Actuellement, l'attitude éclectique en ce qui concerne leur pathogénie, est non seulement la plus commode, mais reste provisoirement la seule scientifique devant la multiplicité des facteurs étiologiques. Dans une étude ultérieure nous reprendrons cette question d'un autre point de vue ; nous verrons la biologie et la pathologie expérimentale éclairer lumineusement quelques-uns des points observés, alors que d'autres resteront encore dans l'ombre. Le rôle de la prédisposition héréditaire nous paraîtra alors plus facile à admettre et surtout moins contradictoire qu'on ne le suppose, avec celui des agents cancérigènes occasionnels ou acquis Par contre, ces tableaux généalogiques impressionnants qui viennent de nous montrer une efflorescence *générale et spontanée de tumeurs rétiniennes* à la 1re génération nous paraîtront trop *beaux et presque inexplicables* lorsque nous aurons vu que Miss Slye, pour *arriver à des chartes comparables a dû se livrer pendant des années à une sélection et à des croisements répétés de sujets récessifs.*

Ce sera l'œuvre de demain d'expliquer ces apparences contradictoires derrière lesquelles se cache sans doute un même faisceau mouvant de faits que la biologie n'a pas réussi à analyser complètement mais qu'elle tient solidement en main.

BIBLIOGRAPHIE

ADAMSON. — *British méd. Journ.*, 1893, v. 366. Proc. Roy Soc. med. 1911 (Dermat. Sect.).

ANCELL. — *The med. chir. Soc. London*, 1842, XXV, 227.

BORST. — *Die Lehre von den Geschwulsten*, in 138.

BASHFORD. — *Proc. Roy. Soc. Méd.*, 2, part I, p. 63, 1909.

BROOK. — *Lancet* 1908, t. II, p. 1137.

BURKARD. — *Deutsch Ztschr. f. Chir.*, 169, 166 : 1922.

BERG. — *Ztschr. f. ges. Neurol.*, 19 : 528, 1913.

BROCA. — Traité des tumeurs, 1866.

BERRISFORD P. D. — Statistical notes on glioma retin with a report of 41 cases, Royal London ophtalm. Hospital Reports, London 1916.

BAKER. — The inheritance of cancer, Barthomew'shosp. reports, 1864.

COMAS (L.). — Five Cases of glioma of the retina in one Family, *J. A. M. A.* 75, 1664 (Dec.) 11, 1920.

CAMPBELL. — *Lancet*, 1912, i, 1473.

COOPER. — *Lectures on Surgery*, 1825, II 187.

CRIPPS. — St. Bart. Hosp. Report, 1875, XIV, 287.

CANDEA. — *Deut. Z. f. Chir.*, 1923, CLXX, VIII.

CHILDS. — *British med. Journ.*, 1905, II 804.

CRITZMAN. — *Bulletin médical*, 1894, p. 983.

DAVENPORT. — *Proc. Nat. Acad. Sc.*, 4 : 213, 1918.

DOCK. — *Am. Journ. med. Sc.* 1904, CXXVI, 563.

DORE. — *Proc. Roy. Soc. med*, V. 1912 (Derm. Sect.), 115.

DOERING. — *Arch. f. Klin. chir*, 1907, p. 194.

EARL. — *Tr. med. chir. Soc. Lond.*, 1823, XII 305.

FEINSTEIN. — *Revue des sciences med.*, 1896, p. 301.

FOX. — *Proc. Roy. Sc.* 1913, VI, Part, I (Dermat. ect), 186.

FALCAO. — Tr. 3rd. Congr. Dermat. London, 1896, p. 280.

FUNK. — *Internat. clin.* 1919, VIII 99.

GOLDSTEIN (H.-I.-L.). — Hereditary hemorrhagic telangiectasia with recurring (familial hereditary epistaxis, *Arch. Int. med.*, 27, 102 (Jan.), 1921.

GRAY. — *Proc. Roy. Soc. med*, 1920, XIII (Dermat. Sect.), 108.

GREIG. — *Edimburg Med., Journ.* 1922, XXVIII, 105.

GOSSAGE et ROCK CARLING. — *Proc. Roy. Soc. med.*, 1911, II. (Med. sect), 1.

Comité de la Fondation Edmond Weill (Clinique infantile médicale, Hôpital de la Charité, Lyon). — Des amis, des collègues, des élèves du professeur Edmond Weill, profondément affectés par sa mort survenue après de longues souffrances, ont pensé qu'un solennel hommage devait être rendu à sa grande mémoire.

Cet homme de grande science et de bonté a laissé dans l'esprit de ceux qui l'ont approché un souvenir profond. Son œuvre scientifique et sociale est de celles qui ne peuvent périr. L'école qu'il a fondée et à laquelle il a donné sa discipline veut poursuivre cette œuvre. Tous ses amis et ses collègues désirent conserver son image. C'est dans ce but que nous vous prions de vouloir bien vous joindre à nous pour honorer ce maître trop tôt disparu. La souscription que vous voudrez bien nous adresser aura deux destinations :

1° Une partie, la plus importante, sera affectée à la création d'une Fondation scientifique Edmond Weill, caisse de recherches dans laquelle pourront puiser les travailleurs qui sous le contrôle d'un comité spécialement désigné, poursuivront des travaux relatifs à l'hygiène et à la médecine infantiles.

2° Une deuxième partie sera affectée à la frappe d'une médaille de bronze, grand modèle, qui sera placée dans la clinique médicale infantile de la Faculté de médecine de Lyon. Une réduction de cette médaille sera offerte à ceux dont la souscription atteindra 80 francs. Mais le Comité recevra avec reconnaissance, les souscriptions même les plus modestes.

Trésorier du Comité : M. Dufourt, 5, rue Servient, Lyon (compte chèques postaux n° 201-34) : président : professeur Hugounenq, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon : secrétaire général : professeur G. Mouriquand.

Membres du Comité. — M. le professeur Léon Bérard (Lyon) ; MM. Baverey et Bickert, industriels (Lyon) ; M. Braham, administrateur des hospices (Lyon) ; MM. les docteurs Besançon, maire de Villefranche-sur-Saône ; Bérard, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne ; Babonneix, médecin des hôpitaux de Paris ; M. Balleidier, ancien administrateur des hospices de Lyon ; MM. les professeurs Commandeur (Lyon) et Cazeneuve (Paris) ; M. le docteur Carle, administrateur-directeur de l'hôpital de la Charité (Lyon) ; M. le professeur Collet ; MM. les docteurs Comby, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et Delcourt, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bruxelles ; M. Léon Delaroche (Paris) ; MM. les docteurs Dauvergne et Favre-Gilly, anciens chefs de clinique médicale infantile (Lyon) ; M. Fabia professeur à la Faculté des lettres de Lyon ; M. le professeur Guiart (Lyon) ; M. le docteur Guinon, médecin des hôpitaux de Paris ; MM. Charles Gillet et Edmond Gillet, industriels (Lyon) ; M. le docteur Garel, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; Mmes Hugounenq et Kœhler (Lyon) ; M. le docteur Lereboullet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris ; M. Emmanuel Lévy, professeur à la Faculté de droit, adjoint au maire de Lyon ; M. le professeur Leriche (Strasbourg) ; MM. les docteurs Mosnier, ancien moniteur de clinique médicale infantile et Malot, moniteur de clinique à la Faculté de médecine (Lyon) ; M. Moutet, député du Rhône ; Mme le docteur Moutet (Paris) ; M. le professeur Nobécourt (Paris) ; M. Niogret, vice-président de la Chambre de commerce de Lyon ; MM. les professeurs Policard et Paviot (Lyon) ; Me Paradon, notaire (Lyon) ; Mme Aug. Pollosson (Lyon) ; M. Pol Honoré, préfet honoraire (Paris) ; M. le professeur Pechère (Bruxelles ; M. le docteur Quintero (Lyon) ; M. le professeur Regaud (Paris) ; MM. les docteurs Thévenet, ancien chef de clinique infantile et Tellier (Lyon) ; Vigne, directeur du bureau d'hygiène de la Ville de Lyon ; M. le professeur Villard (Lyon); M. Maurice Weill (Haguenau) ; M. Francisque Sabran, administrateur des hôpitaux de Lyon ; Sœurs Jacquet et Desfailles, hôpital de la Charité (Lyon).

Quatrième Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française (Paris, 1er, 2 et 3 octobre 1925). — Le Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Paris les 1er, 2 et 3 octobre 1925, à la Faculté de Médecine sous la présidence de M. le docteur Siredey, Médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° Les fonctions biologiques du corps jaune et de la glande interstitielle de l'ovaire. Rapporteur : M. Schickelé (de Strasbourg).

2° Les tumeurs incluses du ligament large. Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) ; Crousse (de Bruxelles).

3° Indications des pelvitomies. Rapporteurs : MM. Rossier (de Lausanne), Le Lorier (de Paris).

Une séance du congrès sera réservée aux communications particulières.

Une autre séance sera réservée aux visites dans les services hospitaliers.

Les rapports imprimés et le programme définitif des séances du congrès ainsi que la liste des réceptions offertes aux membres de l'Association seront envoyés en temps utile.

♣ ♣ ♣

BIBLIOGRAPHIE

Les nerfs en schémas. Anatomie et physiologie, par A. PITRES et L. TESTUT. Magnifique vol. in-4°, 706 p. avec 41 planches en couleurs et 164 fig. en noir dans le texte. Prix : 150 fr. G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris 6e.

Tous les médecins s'intéressant d'un peu près aux problèmes de la neurologie voudront avoir dans leur bibliothèque ce magnifique ouvrage somptueusement édité.

On y trouvera reproduites les leçons faites pendant la guerre par les professeurs TESTUT et PITRES aux étudiants et médecins mobilisés appelés à prendre du service dans les centres de neurologie.

Les brillantes qualités qui ont si justement fait apprécier l'enseignement de ces deux maitres de l'anatomie et de la psychiatrie — la précision de l'argumentation scientifique, la clarté de l'exposition, la hauteur des vues exposées — ont marqué d'une empreinte puissante cette publication, qui fera époque dans les annales de la librairie médicale.

Le Maréchal de Bassompierre, par M. Paul M. BONDOIS. Portraits et documents inédits. Collection « Ames et Visages d'autrefois, publiée sous la direction de M. Emile MAGNE. Un volume in-8 broché Prix : 20 francs, Albin Michel, éditeur 22, rue Huyghens — Paris (14e).

Nul n'avait songé jusqu'à l'heure à écrire l'histoire du Maréchal de Bassompierre, l'une des plus étonnantes figures qui aient paru sous l'ancien régime. Cet homme extraordinaire méritait pourtant que les érudits lui accordassent une attention plus directe.

Issu d'une noble famille lorraine, François de Bes ein, Seigneur de Bassompierre, après avoir nourri son cerveau de sûres connaissances, vint à la cour de France pour acquérir fortune et considération. Beau comme Amadis, galant comme Céladon, brave, spirituel, insoucieux, joueur, libertin, il capta tout de suite la faveur d'Henri IV, lequel en fit son ami très intime. Héros d'alcôve que les dames se disputaient, il subjugua, entre mille autres, Marie d'Entragues, sœur de la marquise de Verneuil, favorite du roi et l'intrigande princesse de Conti, dont il fit secrètement sa femme.

Il connaissait à merveille l'art d'évoluer parmi les intrigues et apparaissait comme le type du parfait courtisan. Pourtant sa frivolité ne l'empêchait point d'être un conseiller sage et écouté. Fin diplomate, sous Henri IV comme sous Louis XIII, il mena à bonne issue, au cours de magnifiques ambassades. en Espagne, en Suisse, en Angleterre, les négociations les plus difficiles. Entre temps, il participait, en soldat héroïque, ne ménageant point sa vie, à toutes les campagnes de guerre, méritant largement le bâton de maréchal qui récompensa ses services. Injustement compris, par Richelieu, parmi les victimes de la Journée des Dupes, il fut, vers la fin de sa vie, embastillé et cet emprisonnement nous valut d'avoir, surtout par ses *Mémoires*, les preuves de sa réelle valeur d'écrivain et de psychologue.

Dans un livre bien équilibré, documenté avec soin à des sources inédites, illustré de 20 planches hors texte. M. Paul M. Bondois nous conte, avec beaucoup de verve et de pittoresque, cette existence fertile en incidents curieux, en anecdotes piquantes et mêlée à l'histoire générale et intime de deux règnes. Son récit régalera les lettrés qui goûtent les relations à la fois vivantes et basées sur des références solides.

Œuvres de Paul-Louis Courrier. — Nouvelle édition augmentée de nombreuses lettres nouvelles, avec préface et notes par Robert GASCHET, docteur ès-lettres.

Tome I. — Pamphlets politiques. — Pamphlets littéraires. — Œuvres diverses. Tome II : Les Pastorales de Longus ou Daphnis et Chloé. — Lettres écrites de France et d'Italie.

2 forts volumes in-16 double couronne, dans la *Collection des classiques Garnier* (2e série), brochés. Chaque : 7 fr. 50. — 2 forts volumes in-16 colombier, brochés : 60 fr. dans la *Collection « Selecta » des Classiques Garnier* : Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.

Depuis l'article de Sarcey, publié en 1876, en tête de l'édition Jouaust, Courrier avait été trop délaissé jusqu'au jour où MM. Desternes et Gallaud, puis M. Robert Gaschet, auteur de cette édition, l'ont pris comme objet de leurs recherches, et ont raconté sa vie « avec ce soin consciencieux du détail vrai » que l'on porte aujourd'hui dans ce genre de travaux.

Désormais l'on peut suivre le premier Courrier, celui des *Lettres d'Italie*, dans ses longues flaneries, dans ses campagnes militaires, dans ses excursions et dans ses visites aux bibliothèques.

La carrière du pamphlétaire est encore mieux connue, et il n'est pas jusqu'à la vie journalière et aux soucis du vigneron de la Chavonnière qui n'aient été publiés. Dès lors la vie de Paul-Louis, attachante comme un roman, n'offre plus guère d'obscurités.

Grâce à cette nouvelle édition, le lecteur aura de nouvelles raisons de s'intéresser à ce remarquable écrivain. Qu'on préfère les lettres ou les pamphlets, on n'hésitera pas à souscrire à ce jugement de Sainte-Beuve : « Courrier était de ces individus distingués à qui il a été donné d'arriver à la perfection dans leur genre et de mettre le fini à leur nature ».

De l'Amour, par Etienne REY. 1 vol. in-16, double couronne. Prix : 7 fr. 50. Bernard Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Peu de livres s'adressent à un public aussi étendu : c'est un véritable bréviaire du cœur.

La Revue de l'Art. Sommaire du n° de juillet-août 1925 :

I. HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'ART : L'art baroque à Prague, pas P. Vondoerfer. — L'Exposition des Arts Décoratifs : La Participation étrangère : I. Tchécoslovaquie ; Pays-Bas ; Pologne, Suède, Autriche, Principauté de Monaco, par J. Rambosson. — La Peinture à l'Exposition des Arts Décoratifs :

I. La Décoration de Jaulmès à la salle des fêtes du Grand-Palais, par A. Tabaraut. — L'Exposition du Paysage français de Poussin à Corot (*fin*) par L. Hourticq.

II. CRONIQUES : **Art contemporain** : les Salons de 1925 : III. Le Salon « des Tuileries » au Palais de bois, par R. Bouyer. — **Correspondance de l'étranger** : une Exposition C. A. Angot à Genève, par D. Baud-Bovy. — **Les Livres** : D'Estampe et le livre illustré en Belgique.

III. **Bulletin** : Notre tribune : le droit de réponse. — Actualités : Pour les vitraux de la Grande Rose et de la Galerie des Rois de la cathédrale de Reims ; le cinquantenaire des « Prix du Salon ». Echos et nouvelles. Informations. Les Expositions. Les Ventes. La Vie artistique à l'étranger. Carnet du Liseur.

GRAVURES HORS TEXTE : La Salle des fêtes de l'Exposition des Arts décoratifs au Grand-Palais. — Le Centaure blessé, bronze de A. Bourdelle.

Ce n° contient 95 illustrations dans le texte.

Prix du n° : 12 fr. 50. Abt. Un an : France : 100 fr., étranger : 150 fr.

La Revue de l'Art, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

GRIFFITH A. HILL. — Hereditary glioma of the retina, *Trans. of opthalmolog. Soc. of United Kingdom*, vol. XXXVII, p. 242. London, 1920.
GOUVEA (H. de). — L'hérédité des gliomes de la rétine, *Annales d'oculistique*, Paris 1910.
GUILLOT, — *Bullet. Assoc. française pour l'étude du cancer*, 1908.
GUILFORD (Hastings). —Tumors and cancers, 1925, London, 1925.
HEIDINGSFELD. — *J. Cutan. Dis.*, 26 : 18, 1908.
HARBITZ (Francis). — Multiple Neurofibromatosis (von Recklinghausen's Disease), *Arch. Int. med*, 3 : 32 (Feb.) 1909.
HERXHEIMER and ROTH. — *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path. (Ziegler's)*, 58 : 319, 1914.
HANSER. — *Berl. klin. Wchnschr.*, 55 : 279, 1918.
HURST. — *Proc. Roy. Soc. med.*, 1914, VII (Prottol, Sect.), 255.
HILLIER and PARSON. — In *Arch. of the Middlesex hosp.* II Cancer report.
HEDINGER. — *Zentralbt. f. allg. Path. u. path. Anat.*, 1915, XXVI, 585.
HANSCH. — *Wien. Klin. Woch.*, 1908, XII, 594.
HUTCHINSON. — In *Hutchinson's Arch.*, II, 261.
HUTCHINSON. — *Human and comparativ. Pathol.*, 1901, p. 206.
KOLLOWSKI. — *Zeit. f. Kreitsforsch.*, 1920, XVII, 408.
HOFFMANN. — Report of a interesting case of inherited glioma retinœ, *Archives of ophtalmology*, New-York, 1909.
LENORMAND. — *Revue d'orthopédie*, 1905, XVI, 195.
LEVIAN { *Ann. of Surgery*, 1901, I. 769. / The influence of heredity on cancer.
LERCHE. — *Am. Encyc. of opht.*, VII, 582.
LETULLE. — *Arch. méd. expér.*, 1907, p. 658 : *Presse médicale* septembre 1924.
LANGMEAD. — *Proc. Roy. Soc. med.*, 1913 (Clin. Sect.).
LANGMEAD. — *Proc. Roy. Soc. med.*, 1910 (Clin. Sect.).
LAWEN. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1904, LXXVI, p. 539.
KIRCHHEIM. — *Archiv. fur klin. Chirurg.*, 1902.
MEIROWSKY (E.). et BRUCK (W.). — *Munchen. med. Wchnschr.*, 68, 1048 (Aug. 19), 1921.
MAYNARD and SCOTT. C. R. — Hereditary multiple cartilaginous exostoses, *J. A. M. A.*, 76, 579 (Feb. 26), 1921.
MOORE. — Antecedents of cancer, 1865, p. 37.
MAC GAVRAN. — *Am. Journ. med. Science*, 1922, CLXIV, 545.
MANSON. — *Brit. medic. Journal.*, 1913, II, p. 1135.
MEYERLING. — *Papers of Mayo Clinic*, 1919-20, X 1058.
NEWTON and EARLE. — Glioma of retina, *The Australasian med. Gazette*, Sydney, 1902.
NOLLE. — *Ztsch. f. d. Ges Neurol.u. Pschy.*, 1922, LXX, 234.
OWEN. — Glioma retinœ, *Royal London ophtalm. Hosp. reports*, London, 1905.
PURTSCHER et PELLER. — *Wien. Klin. Wchnschr.*, 35, 121 (Février) 1922.
PURTSCHER. — Zur kenntnis des Markschamms der Netrhaut and Seiner spontanen Ruckbildung. *Central bl. f. praktische Augenheilkunde*, Berlin, 1915.
POCKLEY. — *Med. Journ., Australia*, Vol. I, 1919.
PRIMROSE Alexender. — *Ann. Surg.*, 72, 690 (Dec.), 1920.
POLAILLON. — Affections chirurgicales du tronc, Doin, éd., 1901.
POWER. — *Brit. med. Journ.*, 1898, II, 154.
PAGET. — Lectures on surgical pathol, 1854, II, 260.
PAGET. — On the hereditary transmission of tendancies to cancerous and other tumours, *Med. Times a. Gaz.*, 1857.
QUENU et LANDEL. — *Revue de chir.*, 1899, XIX, 465.
RICHARDS. — *Surg., gynec., obst.* 1919, XXIX, 266.
RUDER. — Ueber Epithelialkarcinome der Haut beii mehreren Kindern einer Familie. *Inaug. Diss.* Berl., 1880.
SILCOCK. — *Brit. M. J.*, 1 : 1097, 1892.
SIBLEY. — *Tr. med. Chir. Soc. Lond.*, 1859, XLIII, 110.
SAMUEL. — *Proceedings Roy. Soc. med.* 1915, VIII (Dermat. Sect.) 126.
SAUVENERS. — Chir. d. organi di movi, 1922, II, 165.
STEINHAUSS. — Zur Kenntniss der Netzhautgliome, *Centralblat f. Allgemein Pathol. u. pathologische Anat.*, Iéna, 1900.
SCHWEINBURG. — *Wiener Klin. Woch.*, 1907, XX., 381.
TROQUAIR. — Hereditary glioma of the retina, *British Journ. of ophtalm.*, London, 1919.
THOMPSON. — Glioma of the retina, *Journ. of Amer. med. Ass.*, Chicago, 1898.
THOMPSON and KNAPP. — Ein fall von retina gliom, *Arch. für Augen. u. Ohrenheilkunde*, Wiesbaden, 1874.
VAN DAM. — L'hérédité du cancer, *Nederland Tijdschrift v. Geneesk*, janvier 1924.
VELPEAU. — Traité des maladies du sein, 1858, p. 585.
VIGNES. — L'hérédité du cancer, *Presse médicale*, sept. 1924.
WELLS (H.-G.). — Relation of clinical to necropsy diagnosis in cancer and value of existing cancer statistics, *Journal of Am. medic. Association* 1923.
Voir surtout son article d'ensemble sur l'hérédité du cancer exposant les résultats généraux des études faites à son laboratoire par Miss. M. Slye, in *Journ. Am. Ass.*, 1923, LXXXI.
WACHTEL. — *Bull. de l'Ass. française pour l'étude du cancer*, 1924.
WILLIAMS. — Natural History of Cancer, New-York, William Wood et Cie, 1908, p, 367.
WEIL. — *Zeit. f. Krebs forsch*, 1915, 16-15, 738.
WILSON. — Family history of glioma retinae, *British med. Journ.*, London, 1872.
WILSON. — Tr Path. Soc., Dublin, 1871-1874, p. 138.
WEBER. — *Virchow's Arch. f. path. anat.*, 1866, XXX.
WEINBERG et GASPAR. — *Zeitschrift für Krebsforschung*, 1904.
WATKINS. — *Brit. med. Journ.*, 1904, tome I, p. 190.
WARREN. — *Surgical observations on tumours*, 1839, p. 281.
WARTHIN (A.-S.). — Heredity with reference to carcinoma, *Arch. Int. med.* 12, 546 (Nov.) 1913.
WARTHIN. — *Zeit. f. Krebsforsch.*, 1910, XV, 438.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 juillet 1925

Action tréponémicide de l'or et du platine. — MM. ***Levaditi, Girard*** et ***Nicolau*** ont essayé l'action de l'hyposulfite double d'or et de sodium (sanocrysine), et celle de l'hyposulfite double de platine et de sodium sur la syphilis expérimentale du lapin (*virus Truffi*) et la spirochétose provoquée par la *spirocheta cuniculi*.

Les essais pratiqués par les voies intraveineuse, sous-cutanée et digestive ont montré que l'*or, et à un degré moindre le platine, possèdent des propriétés spirillicides et tréponémicides, in vivo.* Il semble exister un certain rapport entre le poids atonique de ces métaux et leur activité thérapeutique, en ce sens que le bismuth (208) est de beaucoup plus actif que l'or (197,2) et celui-ci plus efficace que le platine (195,2).

De plus, la forme sous laquelle l'or est administré paraît jouer un rôle important, car à des quantités d'or égales ou même supérieures, le chlorure double d'or et de potassium et un or colloïdal se sont montrés inactifs.

M. PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er juillet 1925 (*Fin*).

Tumeur kystique intra-médullaire. — *M. Sorrel* a examiné à Berck une petite malade scoliotique et atteinte de paraplégie. Elle était considérée jusque-là comme atteinte du mal de Pott. Mais les troubles de la sensibibilité et surtout la thermo-anesthésie lui firent penser à une tumeur intra-médullaire, diagnostic que la radiographie après injection de lipiodol vint confirmer. Une intervention en deux temps permit d'enlever un

neurogliome kystique et intra-médullaire au niveau de la 1re dorsale. Il y eut amélioration des troubles de la sensibilité mais non de la paraplégie.

Echecs de la cholécystectomie. — *M. Dujarier*, pratiquant pour lithiase vésiculaire une cholécystectomie *rétrograde*, avait nettement disséqué le trépied de terminaison du canal cystique qui était anormalement gros. Il sectionne ce canal mais pour libérer la vésicule il est amené à couper un second canal ; en réalité le cystique se jetait dans la branche droite du canal hépatique. Une suture immédiate des deux bouts de l'hépatique fut pratiquée. Mais la malade succomba à une myocardite assez rapidement.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 juillet 1925

Un cas de talalgie double. — *M. Thévenard.* — Au point de vue pathogénique l'A. croit, à la suite de Tavernier, de Lyon, qu'on peut incriminer une périostite chronique déterminée par les tiraillements d'un puissant tendon à son attache, et que dans certains cas on peut trouver une analogie entre la talalgie et l'épicondylite. Au point de vue thérapeutique, outre l'exérèse des parties molles enflammées, une large abrasion des tissus osseux sous-jacents est le plus sûr garant d'un bon résultat.

La méthode de Bothelo pour le diagnostic sérologique du cancer de l'estomac. — *M. Péraire* a opéré un malade dont les troubles digestifs étaient dus à une torsion de la vésicule biliaire par adhérences de celle-ci au bulbe duodénal. Ces troubles étaient consécutifs à une cholécystite calculeuse. La radiographie faite avec la réaction de Bothelo avait bien montré l'exactitude de ces dispositions anatomiques. Guérison très rapide sans drainage.

Ostéosarcome de l'omoplate. — *M. André Trèves* présente un garçon de 5 ans, chez lequel la tumeur s'est développée en quelques semaines et a déjà envahi la totalité de l'os. Il se propose d'instituer un traitement par le radium. Examen sérologique négatif pour la syphilis.

M. Péraire *montre des radiographies d'un appendice iléo-cæcal tordu sur lui-même* et dont les points de rétrécissement sont tellement bien dessinés qu'ils correspondent exactement aux crises ressenties par le malade. Ces crises avaient une durée et une intensité si peu importantes que le malade continuait au bout de 3 à 4 jours à vaquer à ses occupations. On pensait à de la simple cholécystite calculeuse. L'opération pratiquée à la suite de phénomènes symptomatiques d'une grande bénignité fit voir un appendice très gros, de teinte verdâtre, sphacélé, prêt à se rompre, qui aurait certainement déterminé une péritonite mortelle. Guérison rapide.

Cancer du côlon descendant. — *M. Jean Lanos* rapporte une observation de cancer du côlon descendant traité par la résection en un temps, avec « extériorisation intra-abdominale » par des compresses isolant la zone suturée. Ces compresses furent enlevées le 14e jour et leur ablation s'accompagna d'une fistulisation. La fistule stercorale durait depuis près de deux ans malgré une tentative de fermeture extra-péritonéale. L'A. intervint à nouveau, fit une nouvelle résection de l'intestin, très aminci au niveau de la fistule, douze jours après cette intervention une nouvelle fistule, très petite d'ailleurs, s'établit, mais au bout d'un mois, elle était complètement fermée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 17 juillet 1925.

Eruption arsénobenzolique. (A propos du procès-verbal). — *M. Milian*, à propos de la communication de M. Caussade, considère que l'arsénobenzol, comme le gardénal, provoque des éruptions : Pour lui, il ne s'agit pas d'intoxication étant donné qu'il existe de la fièvre. Il y a là un réveil de microbisme latent et il faut faire jouer un rôle primordial au système endocrinien-sympathique. Le médicament n'agit que comme cause provocante.

Vergetures chez une jeune épileptique. — MM. *Achard* et *Sig-Bloch* ont observé des vergetures dans les régions sous-claviculaires, aux épaules et aux hanches, chez une jeune épileptique de 15 ans, non réglée, aux yeux asymétriques et légèrement strabiques, d'intelligence fruste, de taille petite et un peu obèse.

Ils pensent que les vergetures sont un trouble trophique, lié à l'imperfection du développement. L'action mécanique de distension est souvent légère. Dans le pneumothorax, c'est probablement l'amplification compensative des mouvements respiratoires du côté sain. Chez leur malade, c'est la poussée de croissance des autres tissus, que celle du tissu élastique ne parvient pas à suivre. L'insuffisance de ces fibres élastiques permet à des actions mécaniques aussi légères d'en provoquer la rupture.

Abcès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. — MM. *Achard* et *J. Mouzon* rapportent un cas d'abcès streptococcique du poumon consécutif à une infection utérine. Le début fut brusque et dès le second jour une ponction exploratrice montrait la présence de pus. Il y a lieu de penser à un abcès pulmonaire plutôt qu'à une pleurésie interlobaire, parce qu'il y avait des râles sous-crépitants, des crachats visqueux et sanglants. La vomique survint au 9e jour. Au 34e jour une tentative chirurgicale fut faite, mais sans incision de la poche qui n'était pas visible sous la plèvre adhérente. Guérison au bout de deux mois.

Sur un cas de cancer pulmonaire. — MM. *Caussade, Surmont* et *Lacapère* présentent un cas, ayant les caractères suivants :

Du point de vue clinique, il s'agit d'un homme âgé de 63 ans venu mourir rapidement dans notre service après un passé bronchitique très long. Mais les 15 derniers jours, le tableau fut dominé par une dyspnée intense, une circulation veineuse collatérale et un œdème légèrement rosé très développé aux membres supérieurs, surtout à droite, mais — fait particulièrement rare — respectant la face et le cou. En outre, le malade fut ponctionné à intervalles très rapprochés pour un épanchement pleural droit intarissable (côté de la tumeur), *séro-fibrineux*, à formule lymphocytaire, infecté ultérieurement par des pneumocoques.

Du point de vue anatomique l'autopsie permit de constater l'existence d'une tumeur siégeant autour de la bronche droite complètement oblitérée par le néoplasme, qui refoule le médiastin sans l'envahir (V. C. S. et grande veine azygos) et s'étendant par infiltration continue dans les zones avoisinantes des trois lobes pulmonaires, surtout le lobe supérieur.

L'autopsie révéla, en outre, une absence complète de métastase à distance, ni parenchymateuse, ni ganglionnaire.

Du point de vue histologique il s'agit d'un épithélioma typique par endroits métatypique par ailleurs dont l'origine aux dépens de la bronche droite ne peut être affirmée.

Néphrite aiguë et acidose. — MM. *Rathery*, *H. Bierry* et *Sigwald.* — Les auteurs rapportent l'observation très détaillée d'un cas de néphrite aiguë secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de mercure. Ils ont étudié pendant 50 jours les différentes modifications du plasma sanguin au point de vue de la courbe de l'azotémie, de l'azote résiduel, de la glycémie sucre libre, de l'hyperprotéidoglycémie, du calcium total du sang et des phosphates inorganiques du sang.

Ils ont d'autre part noté au cours de l'évolution de cette néphrite, l'état de la réserve alcaline du plasma, et ont à diverses reprises utilisé l'épreuve au bicarbonate de soude. Ces différentes courbes n'ont pas suivi une marche absolument parallèle ; les auteurs insistent notamment sur les phénomènes d'acidose.

L'affection se termina par la guérison ; à aucun moment on ne nota ni respiration de Cheyne-Stokes, ni respiration de Kusmaul.

Péricardite purulente tuberculeuse traitée par injections intra-péricardiques de lipiodol. — MM. *Noël Fiessinger* et *André Lemaire* présentent un malade atteint de péricardite purulente tuberculeuse dont l'évolution a été remarquablement influencée par deux injections de lipiodol.

Sous l'influence de ce traitement, les signes de défaillance


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

cardiaque s'amendèrent, l'épanchement péricardique se tarit puisque depuis trois mois aucune ponction n'a été nécessaire.

Les auteurs ne considèrent évidemment pas le malade comme guéri : la symphyse reste toujours à craindre dont il n'existe pourtant à l'heure actuelle aucun signe clinique ni radiologique probant.

A côté de l'intérêt thérapeutique de ces injections ils insistent sur leur intérêt diagnostique puisqu'elles leur ont permis de différencier cette péricardite d'une pleurésie gauche enkystée juxta-cardiaque, problème qui se pose souvent, étant donné l'association, fréquente en matière de tuberculose péricardique, de lésions pleurales.

La mort par thromboses multiples dans la leucémie myéloïde. — MM. ***Aubertin*** et ***Rimé*** attirent l'attention sur une complication peu connue de la leucémie : les thromboses multiples qui peuvent entraîner la mort quand elles sont très étendues et qu'elles envahissent les cavités cardiaques comme dans le cas dont ils présentent les pièces. Ces thromboses ne sont pas d'origine phlébitique, car il n'y a ni lésion veineuse, ni caillot primitif. Elles remplissent les veines de cylindres blanchâtres ou grisâtres, volumineux, non adhérents. Elles sont formées surtout de globules blancs (polynucléaires et myélocytes) englobés dans la fibrine : elles contiennent très peu de globules rouges. Les coupes de ces thromboses rappellent celles de la moelle leucémique. Ces thromboses sont vraisemblablement d'origine infectieuse comme le montrent l'étiologie et la bactériologie.

Au point de vue clinique on doit distinguer une forme localisée aux corps caverneux réalisant le priapisme leucémique, une forme phlébitique simulant la phlegmatia alba dolens ; une forme généralisée le plus souvent latente, qui entraîne la mort lorsque les thrombus gagnent le cœur.

Sur le mécanisme intime de la réaction dite de « sédimentation » des érythrocytes. Un facteur nouveau : l'hémotonie. — M. ***Serge Balachowsky.*** — En examinant au microscope du sang non spontanément coagulable, sédimentant dans une cuve plate verticale, on peut étudier le mécanisme intime de cette si intéressante réaction.

Dans la zone des globules, tous les éléments morphologiques se touchent et forment dans leur ensemble une espèce d'armature ou squelette, qui s'affaisse en se tassant.

L'A. admet, que ce squelette possède une solidité relative, qui lui permet de s'opposer en partie à l'action de la pesanteur.

Cette dernière, n'étant représentée que par le poids apparent des globules dans le plasma, est réduite à peu de chose et une très petite résistance peut par conséquent amener un ralentissement très considérable du tassement.

Les preuves de l'existence de cette solidité sont : la constance du tableau, observé au microscope, la constance relative de la configuration capricieuse du bord supérieur libre de la masse générale des érythrocytes, la chute plus rapide des éléments artificiellement isolés par rapport à l'affaissement de la masse générale des érythrocytes.

Considérant cette solidité du squelette sanguin, comme fonction de la tonicité de ses composants, l'A. désigne cette notion sous le terme d'*hémotonie* ; il propose aussi de remplacer le terme de « sédimentation » par le terme de « sédio-tassement des érythrocytes », qui correspond mieux aux phénomènes observés.

L'insuline dans l'athrepsie. — MM. ***P. Nobécourt*** et ***Max M. Lévy.*** — Partant des bons effets de l'alimentation hypersucrée chez le nourrisson, et étant donnés les besoins calorifiques particulièrement intenses des athreptiques comme de tous les bébés cachectiques en général, N. et L., ont adjoint, à la thérapeutique par le glucose, de l'insuline, facteur d'utilisation immédiate et intense de cet aliment.

Ils rapportent l'observation d'un athreptique, dont le poids était de 2.400 grammes à l'âge de 3 mois, époque à laquelle il est admis à l'hôpital. L'allaitement mixte et le régime hypersucré n'avaient produit aucune amélioration au cours de vingt jours d'observation. Des injections d'insuline et de glucose sont alors instituées.

Le résultat fut très net. L'enfant, actuellement âgé de 5 mois a augmenté de 1 kilogr. et l'évolution fatale paraît définitivement enrayée.

Un cas de méningite syphilitique à marche suraiguë. — MM. ***Pissavy*** et ***Delafontaine.***

René GIROUX.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Nancy*, 16-19 *juillet* 1925.)

Les angines de poitrine.

MM. L. GALLAVARDIN (de Lyon) et M. MICHON (de Nancy), rapporteurs.

M. Gallavardin définit l'angine de poitrine « un syndrome paroxystique caractérisé, dans son expression complète, par une douleur précordiale, ordinairement constrictive, accompagnée d'irradiations brachiales ou cervico-brachiales, facilement suivie d'angoisse ; et, dans ses formes frustes, par deux ou même l'une de ces manifestations. Elle est peu fréquente dans la multitude des affections cardio-aortiques et se présente sous un jour pronostic extrêmement varié suivant les cas. »

Son étude est très ardue du fait qu'il s'agit d'un syndrome purement subjectif, d'une affection de ville bien plus que d'hôpital, et, lorsqu'on a les documents complets, de données anatomo-cliniques très difficiles à corroborer ; les cas échappent même à toute classification rigoureuse, tous les cadres, si rationnels qu'ils paraissent finissant par grouper des cas radicalement dissemblables. Pour ce qui est de ses 791 cas personnels, sur lesquels il base son travail, sans négliger pour cela les nombreux éléments acquis par ses devanciers, l'auteur les répartit cliniquement de la façon suivante :

1° ANGINES DE POITRINE DE SIGNIFICATION GRAVE. ANGORS ORGANIQUES. — Les angors organiques sont ceux que l'on rencontre chez des sujets atteints de lésions cardiaques ou cardio-aortiques. Leur séméiologie est très riche, car à côté des formes typiques bien connues, il en existe d'innombrables modalités atypiques par le caractère des irradiations douloureuses, de la douleur elle-même, par l'intensité très variable des accès, par leur durée, et leur répétition susceptible d'aboutir à l'état de mal angineux.

Tantôt le cœur paraît sain, tantôt les lésions se révèlent cliniquement, sous forme le plus souvent de lésions aortiques, d'hypertension et d'hypertrophies, gauches principalement, avec association fréquente de phénomènes hypo ou asystoliques.

L'évolution respective de l'angor et de la cardiopathie échappe à toute règle fixe, aucun parallélisme étroit ne reliant ces deux facteurs. La mort peut résulter de l'un ou de l'autre ou des deux simultanément.

Dans ce groupe d'angors, il est commode de distinguer :

a. *L'angor d'effort.* — Ici la douleur oblige à suspendre l'effort commencé, parfois très minime, au point que le malade peut être peu à peu victime d'un implacable encerclement qui arrivera à le coucher dans la tombe. Tantôt la douleur existe à l'état pur, tantôt elle est associée à l'œdème pulmonaire, ou à une dyspnée secondairement surajoutée, ou à un essoufflement qui a précédé chronologiquement l'accès angineux. Parfois dyspnée d'effort et symptômes douloureux sont tellement confondus qu'on ne peut même pas établir sûrement le diagnostic d'angor.

A signaler des formes légères, frustes et indolores avec simple sensation de « respiration bouchée ».

Dans la plupart des cas (377 sur 486) il n'existe pas de lésions aortiques et l'examen est entièrement négatif (1/3 des cas environ) ou révèle une hypertension (2/3). Par ordre de fréquence viennent ensuite les lésions aortiques (68 cas), et les gros cœurs, avec ou sans hypertension, avec ou sans arythmie (41 cas).

La mort survient le plus généralement dans le cours des cinq premières années, mais peut être différée, bien souvent au-delà de dix ans ; et même la possibilité de guérison vraie est à retenir.

L'homme est le plus souvent atteint (4 fois sur 5 environ) la syphilis est un facteur étiologique capital : constant en cas, d'ectasie concomitante, cas du reste rare (3 cas personnels), — à peu près constant en cas d'insuffisance aortique artérielle — très fréquent enfin, même en l'absence de ces lésions, chez les sujets jeunes. Le tabagisme paraît sans influence sur l'étiologie de l'angor. La coexistence du diabète n'est pas exceptionnelle.

L'angor d'effort comprendra par définition, à côté des formes pures, toutes celles où s'y associe de l'angor de repos ou de décubitus, dût même ce dernier l'emporter sur les crises d'effort proprement dites.

L'influence du traitement antisyphilitique et même parfois des moyens thérapeutiques non spécifiques se manifeste par une proportion élevée de résultats favorables.

b. *L'angor au repos ou nocturne.* — Il y a les accès du soir, ceux du matin, ceux du décubitus, avec toutes les modalités individuelles possibles, ils sont en général plus prolongés que ceux de l'angor d'effort. Ceux du décubitus, principalement, sont fréquemment dyspnéiques, sans que ce caractère soit obligatoire toutefois ; d'où des difficultés de diagnostic, l'angor devant être mis à part des banales douleurs, épigastriques en général, des cardiaques essoufflés. Pour donner une idée précise du polymorphisme clinique, l'auteur donne 24 observations, de divers types, car cette variété d'angor a été jusqu'ici assez négligée par les observateurs.

c. *Angor dans diverses affections cardiaques ou médiastinales.*— L'angor para-dyspnéique des cardiaques troublés, distinct de l'angor vrai par ses symptômes et par ses caractères étiologiques, l'angor des cardiopathies (lésions valvulaires, tachycardie paroxystique, péricardites, etc.), l'angor des affections médiastinales, constituent ce groupe dissident.

2° Angines de poitrine de signification incertaine. Angors douteux. — Ici se rangent des angors d'effort et des angors au repos ou nocturnes. C'est un groupe d'attente où se rangent tous les cas où les sensations douloureuses sont indécises ou anormales par leur localisation, par leur cause provocatrice, par les troubles céphaliques associés, les cas à accès unique, ou, au contraire, à accès au repos trop répétés. L'examen le plus attentif et le plus suivi laisse subsister des cas indéchiffrables.

3° Angines de poitrine de signigication bénigne. Angors névrosiques. — Sans arguer d'une distinction entre l'angine vraie et la fausse angine de poitrine, l'auteur reconnaît l'existence d'angines de poitrine foncièrement bénignes et les dénomme angors névrosiques. Elles résultent d'une sensibilisation de la voie nerveuse cardiaque centripète, sous l'influence des causes irritatives les plus diverses, digestives, génitales ou autres ; d'où le terme d'angor secondaire appliqué à ces cas.

La délimitation des angors névrosiques est souvent bien ardue d'avec le symptôme angineux classique et d'avec bien d'autres algies ; elle se fonde sur le caractère plutôt lancinant de la douleur, sur l'importance des symptômes nerveux accessoires de la crise, sur l'absence d'angor d'effort véritable, sur l'étiologie et l'interrogatoire. Douze observations personnelles choisies en montrent des aspects variés.

L'auteur termine par quelques considérations pathogéniques : à son avis, la théorie de la distension cardiaque ou aortique douloureuse ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas.

Il se montre partisan, dans l'angor d'effort, de la théorie d'insuffisance d'irrigation du myocarde, surtout du fait des spasmes; surajoutés ou non à des lésions organiques plus ou moins avancées. En fait bien des crises sont déclenchées par des influences spasmogènes et rappellent cliniquement les spasmes artériels de la claudication intermittente, souvent rapprochée de l'angor. La clinique peut faire prévoir, avec de grandes chances d'exactitude, l'existence de lésions coronariennes, ainsi que le montre une statistique d'autopsie de 20 observations complètes.

Néanmoins, de même que la gangrène des extrémités ne présuppose pas forcément la claudication intermittente, de même de vastes ischémies myocardiques allant jusqu'à l'infarctus restent, dans un nombre considérable de cas, indolores.

Pas plus qu'une autre, la théorie coronarienne ne doit être exclusive ; car, actuellement, chacun ne demande qu'à s'incliner devant « l'éminente dignité des faits. »

(*A suivre*).

THERAPEUTIQUE APPLIQUÉE

La constipation spasmodique

Bien que, le plus souvent, chez les constipés chroniques, le syndrome dyschésique présente tout à la fois des éléments plus ou moins intriqués de spasme et d'atonie, il est de nombreux cas où c'est le spasme qui domine la scène clinique. La stase et la difficulté des évacuations sont dues alors, non pas tant au défaut du péristaltisme qu'à sa dysharmonie. Normalement les segments intestinaux doivent se contracter successivement et non pas simultanément, car il existe une *euchronie* de cette suite de contractions, et c'est grâce à elle que le péristaltisme, ayant son libre jeu, aboutit par le mouvement de bascule de l'anse sigmoïde, le relâchement de l'ampoule rectale et la béance du sphincter anal, à l'exonération parfaite.

Chez le spasmodique, ces divers temps sont troublés, ou bien par des contractions synchroniques intempestives, la contraction péristaltique d'un segment antérieur étant annihilée par la contraction simultanée d'un segment postérieur, ou encore par la formation d'anneaux de contracture plus ou moins persistants. Dans les deux cas la lumière du canal intestinal peut être considérablement réduite ; si cependant la contraction antérieure est suffisamment forte, le segment contracturé postérieur pourra être en partie franchi, mais les selles rubannées, filiformes et fragmentées seront le témoignage de l'effort imposé au péristaltisme. Souvent, d'ailleurs, les deux contractions s'équilibrent, péristaltisme et antipéristaltisme s'affrontent et s'annihilent, il n'y a pas de selle du tout, ou bien même la contraction inférieure dépasse en intensité la supérieure, l'antipéristaltisme domine, le bol fécal et les gaz cheminent en sens inverse de leur cours normal et sont refoulés vers le cæcum.

Ces troubles ne sont pas rares chez les nerveux : les malades se plaignent de ne pouvoir s'exonérer ; ils éprouvent en allant à la garde-robe une sensation de striction fort pénible faisant obstacle à leurs efforts défécatoires, la palpation de l'abdomen révèle un certain degré de ballonnement et permet de reconnaître souvent les segments spasmés plus ou moins douloureux, ainsi qu'une distension cæcale plus ou moins accentuée. De tels états, pour peu qu'ils se prolongent, peuvent en imposer pour des brides, des rétrécissements cicatriciels, voire même simuler le cancer, mais un examen radioscopique permettra le plus souvent, en établissant le véritable diagnostic, d'éliminer ces redoutables éventualités.

Il est courant alors d'administrer la belladone, le sulfate d'atropine ou la valériane. On obtient ainsi amélioration... quelquefois ; mais il est rare qu'elle soit vraiment satisfaisante. Des résultats bien meilleurs seront obtenus avec la péristaltine (1) qui possède sur la musculature lisse des côlons, une action doucement stimulante sans être irritante comme tant d'agents laxatifs. La péristaltine est un glucoside pur du rhamnus purshiana, totalement débarrassé des anthraquinones qui constituent les éléments irritants de la drogue initiale. Chez les constipés spasmodiques on la prescrira de préférence en cachets, forme où elle se trouve associée aux extraits biliaires et à l'agar-agar, qui complètent son action en la rendant plus cholagogue et en lubrifiant le bol fécal. Concomitamment on insistera d'ailleurs sur toutes les mesures hygiéniques et diététiques propres à améliorer l'état intestinal et à rétablir le rythme fonctionnel. Le régime sera peu carné et plutôt lacto-féculent. Les surmenés, les neurasthéniques seront mis au repos ; un exercice modéré sera prescrit aux sédentaires. L'hydrothérapie sous forme de douches tièdes pourra jouer un rôle adjuvant des plus utiles en calmant l'éréthisme nerveux. Ce sont des malades qui se trouvent parfois admirablement d'une cure thermale qui leur apporte tout à la fois repos et soins hygiéniques ; on les dirigera, suivant le cas, à Châtel-Guyon, à Plombières, Luxeuil, Néris, Brides ou Bagnères-de-Bigorre ; mais Plombières, Brides et Néris sont les stations de choix, en raison des propriétés puissamment sédatives de leurs eaux.

A. J.

(1) *Péristaltine Ciba, Cachets et comprimés.*

ACTUALITÉS

La dernière classe

Qui de nous n'a pas lu sans une profonde émotion la « dernière classe » de Daudet ? Un maître d'école, au moment de quitter l'Alsace envahie, parle pour la dernière fois à ses élèves. Ce ne sont pas des phrases apprêtées, mais simplement la suite du programme de la veille : tel le laboureur qui reprend le sillon interrompu. Les enfants de tout âge, grands et petits, le cœur serré, les yeux voilés de larmes, suivent les dernières explications. Quelle grandeur magnifique enveloppe cette dernière classe ! Et c'est à elle que je pensai, lorsque me fut annoncé que le professeur Chauffard avait fait sa dernière leçon, sans aucun bruit, devant ses seuls élèves du moment, internes, externes, stagiaires. Que fut cette leçon ? Elle fut comme toutes celles que publie notre maître depuis 40 ans : fait clinique minutieusement étudié, écrit dans une langue limpide et claire, illuminée d'aperçus nouveaux, ouvrant souvent des horizons insoupçonnés. Et à la fin, le maître annonça à son auditoire surpris, qu'atteint par la limite d'âge, il quittait sa chaire : il remercia ses collaborateurs passés et présents, de tout rang et de tout grade, sans oublier l'humble infirmière non diplômée, vouée aux besognes obscures : et c'est avec une vive foi dans l'avenir, qu'il transmit le flambeau à plus jeune que lui.

Certes, le professeur aurait pu s'entourer pour cette dernière manifestation de toute la pompe terrestre. Des centaines d'élèves reconnaissants se seraient écrasés dans l'amphithéâtre trop petit : on aurait entendu notre Doyen, le Directeur de l'Assistance publique, un ministre peut être, qui auraient dit d'excellentes choses et remercié le grand enseigneur qui s'en va. Mais combien l'ultime causerie du professeur, sans apprêt, sans fracas, est plus belle et plus émouvante !

Ignorants de la chose, nous, ses anciens élèves, n'étions pas là : et puisque le maître ne l'a pas voulu, nous devons lui en être reconnaissants : car je ne vois rien de plus poignant que ce départ de la scène médicale d'un grand clinicien, resté jeune et vivant jusqu'au bout, frappé par l'impitoyable limite d'âge.

Cependant son gendre, Guillain, était présent, comme délégué de toute la longue lignée des élèves. Combien nous comprenons et partageons son émotion, lui qui connaît mieux que tout autre la finesse de son esprit, et la lucidité de son intelligence, et qui a voué à son beau-père des sentiments vraiment filiaux !

R. F.

VARIÉTÉS

La vie des étudiants d'autrefois dans les Facultés de médecine provençales.

La Provence a possédé une Faculté de médecine dont l'origine remonte au XIVe siècle. Avignon avait également sa faculté, plus ancienne encore.

La Révolution a détruit ces deux Universités. Lorsqu'il fallut reconstruire, Marseille, dont l'essor rapide avait fait la première ville de la région, fut choisie comme centre de l'enseignement médical.

C'est l'histoire de ces deux grandes aînées que M. le professeur Chauvin a retracée dans sa leçon inaugurale (Les anciennes Facultés de médecine de la région provençale, *Marseille Médical*, 5 mai 1925). La place nous man-

que pour reproduire tous les passages intéressants de cette leçon qui est une belle et glorieuse page d'histoire de la médecine. Voici seulement celui où il est question de la vie des étudiants :

... L'enseignement consistait uniquement d'ailleurs, aux premiers âges des Facultés de médecine, dans la lecture et l'explication des textes classiques, j'allais dire sacrés. Le régent commentait un passage de Galien ou un aphorisme d'Hippocrate, absolument comme un pasteur en chaire développe un verset du Nouveau Testament.

C'est tardivement que par la pratique des autopsies, par la création des chaires d'anatomie, puis de botanique et enfin de chimie, par l'organisation des études cliniques, que l'enseignement médical s'est affranchi de sa soumission mystique aux textes anciens.

Les membres des anciennes Universités étaient des personnages importants : à Avignon, la noblesse au premier degré était attachée au primicièrat ; à Aix, le primicier haranguait le roi debout et le collège des docteurs ne devait, en toute cérémonie, céder le pas qu'aux deux cours souveraines, la Cour du Parlement et la Cour des comptes. L'Ecole de médecine de Marseille qui passe après les prudhommes pêcheurs pourrait considérer avec quelque envie cette glorieuse époque.

Les écoliers de ces anciennes Universités étaient relativement peu nombreux : Avignon ne compta jamais que 10 à 12 étudiants en médecine et Aix n'en eut jamais plus de 18 à 20.

Et cependant, on venait de très loin étudier dans ces deux écoles. On se rendait à Avignon non seulement du Comtat et des provinces voisines, mais aussi des pays étrangers : de Suisse, de Styrie, de Silésie, de Savoie, d'Ecosse, d'Allemagne et même de Russie, mais surtout de l'île Minorque.

Aix devait avoir également un recrutement assez cosmopolite, puisque le règlement prescrivait que le Conseil d'Université devait comprendre parmi ses 9 Conseillers, 2 Bourguignons, 2, Provençaux et 2 Catalans. L'histoire ne dit pas si ce règlement put toujours être appliqué.

L'ensemble des écoliers des diverses Facultés formait une corporation ayant ses droits et ses privilèges.

A la tête de la corporation était un abbé, élu par l'assemblée, en présence du primicier et des professeurs de droit. Cet abbé pouvait être choisi parmi les étudiants en médecine, et à Avignon, au XVIIIe siècle, sur deux élections d'abbé, une au moins était faite à leur profit, ce qui démontre l'importance qu'y avait prise la Faculté de médecine.

L'abbé des étudiants était le véritable chef de leurs plaisirs. « On lui obéissait d'autant plus fidèlement qu'il avait lui-même plus d'entrain et se trouvait de meilleure composition. »

Les droits et les privilèges des étudiants furent accordés et précisés dès les origines : pour Avignon, les lettres patentes de Charles II, en 1303, établissent que « tous les membres de l'Université seront exempts de taille, gabelle ou autre quelconque imposition, pour eux-mêmes comme pour les choses destinées à leur usage. Tous ceux qui étudieront à Avignon auront le droit d'entrer dans la ville et d'en sortir avec franchise leurs meubles et tous les objets leur appartenant. Toute transgression aux clauses des présentes lettres sera punie d'une amende arbitraire et le délinquant poursuivi comme sacrilège ».

Aucun membre de l'Université ne peut être jugé hors de l'enceinte de la cité. Un tribunal particulier, le Conservatoire, est seul qualifié pour connaître des crimes et des délits commis par les étudiants.

A Avignon, excepté le cas d'homicide, de viol ou d'incendie, le domicile des écoliers est inviolable. A Aix les garanties sont plus grandes encore : aucun officier du roi ou de l'archevèque n'a le droit de pénétrer dans la chambre de l'étudiant, soit pour une cause civile ou criminelle, soit que l'on y ait vu pénétrer la femme d'un citoyen aixois, sans être accompagné par le recteur.

Non seulement d'ailleurs les étudiants étaient exempts d'impôts et protégés contre la police, mais encore on s'efforçait de faciliter au maximum leur vie matérielle. Pour eux furent créés, par des princes de l'Eglise ou même par de simples laïcs, des collèges où l'on recevait les jeunes gens peu fortunés. Dès le IVe siècle, il existait ainsi à Montpellier 4 collèges ; il en existait au moins 8 à Avignon, dont deux étaient destinés à recevoir chacun gratuitement 36 étudiants. Aix n'en possédait pas et quand le Roi René fonda 6 bourses pour de pauvres écoliers de Provence, il les envoya au collège du Roure à Avignon.

Nourri et logé, l'étudiant n'avait plus qu'à trouver son argent de poche ; il le demanda aux *droits de barbe* et de *Batacule*. Laval nous explique avec humour ce qu'étaient ces deux droits de la corporation :

« Un juif est-il rencontré en temps de carnaval par le cortège des étudiants, immédiatement il est saisi, traîné de force à la place Saint-Pierre et là rasé brutalement et fouetté au milieu des risées de la foule, à moins que le malheureux ne se rachète à beaux deniers comptants. »

« La batacule est bien autre chose : malheur à la femme impudique et malvivante, putain putante ou insigne maquerelle, qui se trouve aussi sur le passage de la bande joyeuse. Quatre étudiants s'en emparent aussitôt, chacun se saisit d'une jambe ou d'un bras et la tenant ainsi suspendue, l'abaissent par trois fois sur le pavé contre lequel elle va frapper avec d'autant plus de violence que l'abaissement a été plus subit. A la troisième reprise, chacun lâche le membre qu'il tient, et la patiente, meurtrie et en sang n'a plus qu'à se relever et à demander grâce tandis que ses bourreaux s'en vont la plume au vent, l'épée au côté, guerroyer ailleurs ou festoyer auprès de leurs belles.

« On pouvait aussi se racheter de la batacule. Le droit de rançon perçu de ce chef rapportait aux étudiants environ cent écus par an. Le 20 janvier 1660, le vice-légat Lascaris fixa lui-même à un écu par femme le prix de ce rachat ».

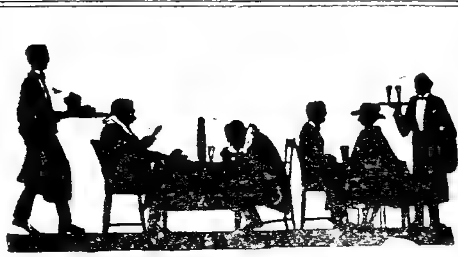
Fiers de leurs privilèges, riches de ces quelques écus mal acquis, les étudiants ne songeaient point seulement aux joies bruyantes et aux divertissements à grands fracas. Ils savaient être sérieux à leur heure, car les études étaient longues et pénibles déjà.

La durée des études médicales fut longtemps imprécise et varia d'ailleurs avec les Facultés. A la fin du XVIe siècle, à Avignon, elle était de 5 ans pour le doctorat. L'édit royal de 1707 la réduisit à 3 ans pour toutes les Facultés de France.

Les études d'ailleurs se faisaient à trois degrés. Le baccalauréat donnait déjà droit à la pratique médicale, mais à une pratique restreinte. Le bachelier, en plusieurs points comparables aux actuels officiers de santé, devait, en présence d'un cas grave ou difficile, appeler en consultation *doctorem medicum expertissimum*. Pour acquérir ce diplôme restreint, il devait consigner comme droits d'examen, la somme de 30 livres et 15 sols.

La licence constituait un droit à l'enseignement plutôt qu'un diplôme professionnel. Le bachelier, pour accéder à la licence, devait s'entraîner pendant plusieurs mois à des leçons ou lectures publiques, et prendre part aux disputes scolaires.





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services Automobiles de la Bourgogne

Pour permettre la visite des vignobles fameux et des sites pittoresques de la Bourgogne, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation des Services automobiles désignés ci-après :

Les dimanches et jeudi, du 20 juin au 25 septembre, un circuit passant par Clos-Vougeot, Beaune, Pouilly-en-Auxois, Valzon, Talant. Prix : 45 francs.

Les mercredi et samedi 20 juin au 23 septembre, un circuit passant par St-Seine-l'Abbaye, Alise Ste-Reine, Flavigny, Semur, St-Thibault, Vitteaux et Sombernon. Prix : 55 fr.

Les voitures assurant ces services partent de la gare de Dijon à 8 h. et y reviennent pour permettre aux voyageurs de prendre le train express n° 102 pour Paris (départ 18 h. 30).

CHEMIN DE FER DE L'ÉTAT

Excursions dans la Forêt de Rambouillet par services d'Auto-Cars.

En vue de faciliter aux Touristes la visite de cette superbe forêt qui peut rivaliser avec les plus belles des environs de Paris, les Chemins de fer de l'État organiseront chaque dimanche, jusqu'au 11 octobre 1925, deux excursions en auto-cars, l'une dans la matinée, l'autre dans l'après-midi, qui emprunteront les parcours les plus pittoresques.

Les auto-cars partiront de la gare de *Rambouillet* à 10 h. pour le premier circuit (retour vers 12 heures) et à 14 h. 30 pour le deuxième circuit (retour vers 18 heures). Les prix en sont respectivement fixés à 10 fr. et à 17 fr. 25.

Les billets seront délivrés au bureau de renseignements des gares de Paris-Saint-Lazare, Paris-Montparnasse et Paris-Invalides et à la gare de *Rambouillet*.

Le doctorat constituait le suprême degré des études médicales. Aussitôt après sa soutenance de thèse, le jeune docteur recevait le bonnet d'écarlate, doublé de soie et à franges, insigne de son titre et de ses nouvelles fonctions. Ce titre se payait d'ailleurs assez cher et le candidat au doctorat devait verser à l'Université, 110 livres, 10 sols, ou même 189 livres 3 sols s'il voulait être agrégé. En plus, il devait offrir à tous les docteurs un béret et une paire de gants, plus une boîte de dragées dont les dimensions étaient réglementées. Le dîner de thèse existait déjà et était offert par le nouveau promu le lendemain de sa soutenance.

BIBLIOGRAPHIE

Le traitement du diabète par Marcel LABBÉ, 1 vol. in-8 de 152 pages. (*Collection Médecine et chirurgie pratiques*). Masson et Cie, éditeurs), 8 fr.

Ce livre n'est point un traité scientifique, il n'est point un formulaire. C'est un guide dans lequel on trouvera : *Un apeçu du diabète*, de sa *physiologie* et des *accidents* qui le compliquent. La manière *d'examiner* un diabétique pour reconnaître la forme et le degré de sa maladie.

L'exposé des analyses indispensables, les unes à faire exécuter par un laboratoire de chimie, les autres à effectuer dans la chambre même du sujet.

Le traitement qui convient aux formes diverses et aux complications du diabète, les indications des cures des régimes et des cures d'insuline.

Le mode d'emploi de l'*insuline* avec les résultats qu'on en obtient.

Les cures de régimes exposées en détails avec leurs variantes.

Les recettes culinaires applicables aux diabétiques.

Une table de la composition des principaux aliments.

Les principes d'organisations convenant aux maisons, hôtels, et restaurants de régime où sont soignés des diabétiques.

Un livre aussi complet et aussi pratique n'existait pas, écrit par le Pr. Marcel Labbé dont les nombreux travaux sur la nutrition sont connus il sera fort apprécié.

Pathologie gastro-intestinale, 4e édition, par les Drs Jean-Charles ROUX et F. MOUTIER. Tome II. 1 volume in-8° de 688 pages, avec figures dans le texte et 2 planches hors texte, 30 fr. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris VIe.

Le premier volume de cette nouvelle édition paru il y a environ un an était consacré à l'étude des maladies d'estomac. Dans le second volume, MM. Jean-Charles Roux et François Moutier ont réuni, condensé et mis au point tout ce qui se rapportait aux affections intestinales.

Ils ont dû, sur bien des points, remanier complètement le texte primitif ; plus encore que pour les affections gastriques, les recherches modernes ont étendu considérablement nos connaissances dans le domaine de la pathologie de l'intestin grêle et du côlon.

La radiologie, la coprologie, la rectoscopie, l'étude des diverses variétés de diarrhées, de constipation et de leur traitement, constituent de nouveaux chapitres. On peut en dire autant des rectocolites dysentériformes, affections autrefois exceptionnelles, mais qui paraissent devenir de plus en plus fréquentes.

Certaines questions, qui étaient inconnues lors des précédentes éditions, ont été abordées, nous signalerons surtout les études sur les périviscéristes et périduodénites et sur la sténose sous-vatérienne du duodénum par compression mésentérique.

Les chapitres consacrés au cancer de l'intestin et aux occlusions ont été étendus et éclairés par la reproduction de planches radiographiques.

On trouvera également dans ce volume une mise au point des grandes médications gastro-intestinales : médications de l'appétit, médications opothérapiques, médications des douleurs, antisepsie, etc.

Le volume se termine par l'étude des régimes alimentaires dans les différentes variétés d'affections de l'estomac et surtout dans les maladies de l'intestin. Les dernières pages sont consacrées aux cures hydro-minérales et à la psychothérapie.

Une Collection française complète d'auteurs grecs et latins. *Association Guillaume Budé*, 95, Boulevard Raspail, Paris (VIe). Chèques postaux, 158-81.

L'Association Guillaume Budé a été fondée en 1918 sous la présidence de M. Maurice Croiset par un groupe de savants et de lettrés en vue de défendre et de propager la culture classique.



L'Association Guillaume Budé a entrepris la publication d'une collection complète d'auteurs grecs et latins avec traduction française.

Elle comble ainsi une grande lacune de l'édition française contemporaine. Quoique la France fût au premier rang dans l'érudition classique, il n'existait pas en dehors des vieilles collections démodées et d'ailleurs épuisées de Panckoucke, Lemaire et Nisard, de collection complète d'auteurs latins et il n'a jamais existé en France de collection d'auteurs grecs avec traduction.

L'Association Guillaume Budé se propose en outre d'établir et d'entretenir des liens de solidarité entre tous ceux qui s'intéressent en France et à l'étranger à la culture gréco-latine.

Les collections publiées par l'Association Guillaume Budé sont dues à la collaboration des maîtres des Universités françaises ; elles s'adressent à tout le grand public cultivé.

L'Association permet aux spécialistes d'étudier les textes grecs et latins dans des conditions scientifiquement mises au point.

Elle offre à tous des traductions françaises exactes et d'une haute tenue littéraire.

L'Association Guillaume Budé se compose de membres d'honneur, de membres bienfaiteurs, de membres fondateurs et de membres adhérents.

Pour devenir membre de l'Association il faut être admis par le Conseil d'Administration. L'Association est ouverte à tous, Français et étrangers.

La qualité de membre d'honneur est accordée par le conseil d'administration en reconnaissance de services exceptionnels.

La qualité de membre bienfaiteur s'acquiert par le versement d'une somme de 500 francs au minimum.

La qualité de membre fondateur par le versement d'une cotisation de 200 francs au minimum.

La cotisation des membres adhérents est de 10 francs par an, au minimum.

Les membres d'honneur recevront tous les volumes publiés sous les auspices de l'Association.

Les adhésions sont reçues au siège de l'Association, 95, boulevard Raspail, accompagnées de la cotisation.

Lea versements par correspondance se font de préférence par chèque, France et étranger, ou par chèque postal, France seule (Compte de chèques Paris 158-81), établis au nom de M. le Trésorier de l'Association Guillaume Budé. Chaque adhérent est prié d'indiquer très lisiblement son nom, sa profession et son adresse habituelle.

Les membres de l'Association ont droit sur toute commande à une réduction de 25 %.

Chaque commande doit être accompagnée de son montant, augmenté de frais de port, soit 10 %.

Aux membres de l'Association désirant recevoir toute la collection, il est recommandé d'envoyer une provision, chaque ouvrage leur sera alors envoyé dès son apparition.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Causeries d'ophtalmologie. Documents pour les praticiens, par A. CANTONNET. In-8°, 34 fig. : 16 fr. (Maloine).

Traitement du diabète, par P. ESCUDERO. In-8° : 30 fr. (Maloine).

Le Pneumothorax spontané tuberculeux, par CASSAET et COLBERT. In-8° : 7 fr. 50 (Maloine).

La syphilis héréditaire et la famille syphilitique, par LEREDDE. In-8° : 30 fr. (Maloine).

Collection Guillaume Budé (Soc. d'édition Les Belles-Lettres) :

ESCHYLE. Tome II. L'Orestie, texte et traduction : 20 fr.

DÉMOSTHÈNE : **Harangues,** t. II, texte et traduction : 20 fr.

TACITE : **Annales,** t. III, texte et traduction : 16 fr.

VIRGILE : **Bucoliques.** Tome I, texte et traduction, 9 fr.

Délos, par M. Pierre ROUSSEL. 40 p. de texte et 8 planches, 5 fr. de la *Collection « Le Monde Hellénique »* (Soc. d'éd. Les Belles-Lettres).

Collection des maîtres anciens et modernes. Boucher, par M. Maurice FENAILLE 1 vol. — **Besnard,** par Georges LECOMTE. 1 vol. Chaque vol. avec 24 hors-texte. Prix : 10 fr. (Edition Nilson.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 32. Le Numéro : 50 Centimes 8 AOUT 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Service de santé. — *Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en* 1925 (section de médecine). — Troupes métropolitaines et troupes coloniales. — A) SECTION TROUPES MÉTROPOLITAINES. — Candidats concourant à 8 inscriptions : MM. Fumaroli, Geay, Lavéré, Massot, Noix, Soulier, Vaissier, Verney, Wiltz.

Candidats concourant à 4 inscriptions : MM. Allehaut, Andréant, Apperce, Aulézy, Aymès, Badelon, Baqué, Bastouil, Beaudiment, Baudouin, Belicha, Bergougnoux, Bernier, Berteaux, Berthon, Billon, Blanc, Bonini, Botrel, Bournique, Cantegril, Carel, Castelbon, Chrétin, Coissieux, Corazzini, Cousin, Daumont, Delest, Dearle, Dengreville, Desblez, Deveau, Dickson, Dot, du Cournau de Carritz, Emond, Entz, Fabry, Fourcade, Gaugier, Gonnet, Goudal, Gouyraud, Greguy, Grizaud, Henry, Izac, Jammes, Jazaud, Klipffel, La Balme, Labat-Labourdette, Lafforgue, Lagrange, Lamoureux, Lamy, Lannuzel, Le Bihan, Le Breton, Le Gallou, Le Hir, Le Merdy, Maillefer, Mary, Mauvais, Monfort, Morard, Moulinié, Nyer, Paget, Pales, Pasquet, Pecastaing, Perrin, Prat-Carrabin, Raboulet, Rey, Ristorcelli, Richet, Rossi, Rothea, Roux, Roy, Sakon, Serres, Soleil, Stora, Suignard, Taillard, Trégouët, Tupin, Vachaumard, Vrignaud, Vaillant, Vidal, Viguier.

Candidats P. C. N. : MM. Abadie, Adrian, Albouze, Amédée, Andreis (de), Anthoine, Autan, Balay, Barriera, Bastard, Bastide, Baylot, Benne, Berenguer, Bergondi, Bernard (M.-P.-L.-M.-J.), Bovier, Boyer, Breyton, Caussade, Cauvin, Chateau, Chauderon, Clerc, Cochard, Conze, Cornillet, Counil, Croci, Crouzet, Dancenis, Deffay, Delmas Dermoncourt, Deschamps, Devroivre, Devy, Dhers, Domer, Domerc, Dubroca, Dufoulon, Dugué, Dumond, Duprat, Dupuy, Durand (Edouard), Durand (Paul), Duroux, Duval, Escoubès, Faure, Favre, Fevrier, Feyte, Fonteix, Froment, Fumaroli, Gabas, Gau, Gaume, Gerbenne, Gérolami, Gillet, Giraud, Gobert, Grandis, Grivel, Groc, Guiguet, Guillier, Hannequin, Hilaire, Huc, Huet, Jacquier, Sauze-Fredon, Jeanpierre, Joubert, Jullien, Lafargue, Lartigue, Lavigne, Laviron, Le Bihan, Ledeuil, Lefranc, Lehmann, Long, Loubet, Lubineau, Luxiol, Mahé, Malossane, Marty, Masson (Paul-Louis-Joseph), Masson (Roger-Damase-Joseph), Millant, Millet, Mongrand, Monnier, Montane, Morizet, Moroni, Mouillard, Moutier, Naudet, Nègre, Oiseau, Ormières, Ouary, Pagès, Paléologue, Paulus, Pernoud, Perrot, Philibert, Pigeanne, Ponsot, Poque, Portalier, Pourcelet, Prat, Prost, Raffalli, Ratié, Raymond, Rével, Rivet, Roumagnou, Rousseau, Rouvier, Roux, Rovegno, Saint-Ferréol (de), Samuel, Sénégas, Siegfried, Silvestre, Simon, Simonin, Sohier, Sol, Solé, Tarain, Thill, Thomas, Thoulon, Tissandier, Tricaud, Triffault, Tronio, Valaix, Verdier, Verrière.

B) SECTION TROUPES COLONIALES. — Candidats concourant à 8 inscriptions : MM. Le Bras, Rebaud.

Candidats concourant à 4 inscriptions : MM. David, Chrapentier, Minier, Olieu, Tereau.

Candidats P. C. N. : MM. Gailhbaud, Gédéon, Hervé, Le Huludut, Pujo.

Les épreuves orales auront lieu aux dates et dans les centres ci-dessous : Lyon (école du service de santé militaire, 25 août). MM. Noix, Vaissier, Desblez, Emond, Gonnet, Gouyraud, Greguy, Jazaud, Klipffel, Moulinié, Paget, Ray, Vachaumard, Minier, Adrian, Anthoine, Barriera, Bayiot, Bergondi, Bovier, Breyton, Chateau, Clerc, Conze, Counil, Croci, Delmas, Devy, Dufoulon, Dugué, Durand (Paul), Duroux, Duval, Favre, Froment, Gau, Gerbenne, Grivel, Hannequin, Hilaire, Huc, Julien, Ledeuil, Lefranc, Lubineau, Malossane, Masson, Millant, Morizet, Mouillard, Oiseau, Pages, Paléologue, Paulus, Perrot, Ponsot, Portalier, Prat, Raymond, Revol, Roussau, Rouvier, Sénégas, Silvestre, Sohier, Tissandier, Tronyo, Hervé, Huludut.

Marseille (hôpital militaire, 31 août). MM. Fumaroli, Andreani, Aulezy, Badelon, Baque, Bastouil, Belicha, Berthon, Billant, Bonini, Chretin, Coissieux, Corazzini, Dot, Fabry, Gaugier, Goudal, Grizaud, La Balme, Lamy, Morard, Nyer, Perrin, Rossi, Storal, Tupin, Amedeo, Balay, Bastide, Berenguer, Bernard, Cauvin, Duprat, Faure, Fonteix, Fumaroli, Gabas, Grandis, Guillier, Laviron, Le Bihan, Long, Luxiol, Moroni, Moutier, Ormières, Pernoud, Prost, Raffalli, Roux, Ropegno, de Saint-Ferréol, Thoulon.

Montpellier (faculté de médecine, 3 septembre). MM. Soulier, Bergougnioux, Blanc, Castelbon, Daumont, Monfort, Olieu, de Andreis, Boyer, Crouzet, Marty, Monnier, Ratié.

Toulouse (hôpital militaire, 5 septembre). Rabaud, Allehaut, Aymes, Beaudiment, Izac, Jammes, Lafforgue, Pales, Prat-Carrabin, Ristorcelli, Vidal, Viguier, Abadie, Albouze, Autan, Bonne, Chauderon, Devroivre, Dhers, Dumond, Gobert, Jauze-Fredon, Joubert, Lafargue, Loubet, Montane, Nègre, Roumagnou, Sol, Solé, Tarain, Valatx, Gailhbaud, Pujo.

Bordeaux (hôpital militaire, 9 septembre). Geay, Lavéré, Cantegrit, Carel, Delest, Demarie, du Cournau, de Carritz, Fourcade, Labat-Labourdette, Lamoureux, Mary, Raboulet, Richet, Serres, Soleil, Vrignaud, David, Charpentier, Bastard, Caussade, Cornillet, Domerc, Dupuy, Escoubès, Feyte, Gillet, Giraud, Groc, Sacquier, Lavigne, Millet, Mongrand, Philibert, Pigeanne, Poque, Pourcelet, Siegfried, Tricaud, Verdier.

Rennes (hôpital militaire, 12 septembre). MM. Botrel, Cousin, Deveau, Le Breton, Le Gallou, Le Hir, Roux, Roy, Suignard, Tregouët, Mahé, Naudet.

Paris (Hôpital militaire du Val-de-Grâce, 15 septembre). MM. Le Bras, Appérée, Berteaux, Bournique, Dickson, Henry, Lamuzel, Le Bihan, Le Merdy, Maillefer, Mauvais, Pasquet, Pecastaing, Rothea, Sakon, Taillard, Vaillant, Tereau, Cochard, Dancenis, Deffay, Dermoncourt, Deschamps, Domer, Dubroca, Février, Gerolami, Guiguet, Lartigue, Lehmann, Ouary, Rivet, Simon, Triffault, Verrière, Gédéon.

Nancy (hôpital militaire, 18 septembre). MM. Massot, Vernet, Wiltz, Beaudoin, Bornier, Durand (Edouard), Gaume, Huet, Masson, Samuel, Simonin, Thomas, Dengreville.

Strasbourg (hôpital militaire, 21 septembre). — MM. Entz, Lagrange, Jeanpierre, Thill.

Tous les candidats seront présents dans les centres respectifs à sept heures quarante-cinq.

Les épreuves commenceront très exactement à huit heures.

La présente publication tiendra lieu de convocation.

Aucune autorisation de changement de centre d'épreuves ne sera accordée.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat d'examen attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité, ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé, en cas de succès aux examens, que sur la présentation dudit certificat avant le 15 novembre 1925 au plus tard.

Liste par ordre alphabétique des candidats admis à subir les épreuves orales et pratiques du concours d'admission à l'école du service de santé militaire en 1925 (section de pharmacie). — Candidats concourant à 4 inscriptions : MM. Cladono, Champ, Malé.

Candidats concourant comme stagiaires : MM. Adam, Auffret,

Barbotin, Bothorel, Carboneil, Chabrand, Chaignon, Coulouma, Cruciani, Demange, Devèze, Dewannieux, Gallant, Gloaguen, Heilhes, Hénaff, Jacquet, Kerboriou, Le Breus, Le Faou, Mahoudo, Mazurié, Monglond, Odeye, Péron, Person, Prigent, Robert, Rolland, Tharaux, Vallée, Vanhems.

Ces candidats subiront les épreuves orales et pratiques à Paris (hôpital militaire du Val-de-Grâce), à partir de neuf heures du matin.

Candidats concourant à 4 inscriptions le 8 septembre 1925 : MM. Chalono, Champ, Mahé.

Candidats concourant comme stagiaires : *a)* Le 10 septembre 1925, MM. Auffret, Barbotin, Bothorel, Chaignon, Gloaguen, Hénaff, Kerboriou, Le Breus.

b) Le 14 septembre 1925, MM. Le Faou, Mahoudo, Mazurié, Odeye, Péron, Person, Prignet, Rolland.

c) Le 17 septembre 1925, MM. Tharaux, Vallée, Demange, Dewannieux, Monglond, Vanhems, Cruciani, Jacquet.

d) Le 21 septembre 1925, MM. Adam, Carboneil, Coulouma, Heilhes Chabrand, Galland, Devèze, Robert.

Les candidats devront remettre au président du jury un certificat attestant qu'ils ont satisfait aux examens afférents à leur scolarité ; ceux qui ne pourraient présenter ce certificat seront néanmoins admis à prendre part aux épreuves, mais ne pourront être admis à l'école du service de santé militaire, en cas de succès aux examens, que sur la production dudit certificat avant le 15 novembre 1925 au plus tard.

Université de Lyon. Faculté de médecine. Année scolaire 1925-1926). — *Cours de perfectionnement.* — Clinique obstétricale (Charité) : Prof. : M. Commandeur. MM. Trillat, Rhenter, etc. Leçons et exercices pratiques. Du 2 au 14 novembre 1925.

Clinique chirurgicale infantile (Charité) : Prof. M. Nové-Josserand. M. Laroyenne, etc. Cours de perfectionnement de chirurgie infantile et d'orthopédie, avec démonstrations pratiques. Du 2 au 15 novembre 1925.

Clinique médicale infantile. (Charité) : Prof. M. Mouriquand. Leçons, examens cliniques, radioscopiques et microscopiques. Du 2 au 15 novembre 1925. (Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de chirurgie infantile qui aura lieu à la même époque.)

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : Prof. M. Rollet. Cours de perfectionnement avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire et d'instruments. Du 5 au 17 octobre 1925.

Clinique gynécologique (Charité) : Prof. M. Villard. Cours de perfectionnement et de gynécologique. Du 15 au 31 octobre 1925.

Chirurgie opératoire (Faculté de médecine) Prof. : M. Patel. MM. Guilleminet et Ricard. Leçons et démonstrations pratiques. 1re série : du 19 au 24 octobre 1925 ; 2e série : du 26 au 31 octobre 1925. (Même programme pour les deux séries.)

Physique biologique, physiothérapie, radiologie (Faculté de médecine) : Prof. M. Cluzet. M. Nogier, etc. Le matin, stage dans divers laboratoires radiologiques hospitaliers ; le soir, leçons et démonstrations pratiques sur la radiologie et l'électrologie. Du 1er au 21 octobre 1925.

Tuberculose (Faculté de médecine et hôpitaux). Prof. : M. Paul Courmont. Médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologique, sérologie, hygiène et prophylaxie. Du 26 octobre au 22 novembre 1925.

Pour tous renseignements relatifs à l'organisation des cours et aux droits à verser, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de Médecine, 18, quai Claude-Bernard, le mercredi de 14 à 16 heures on par correspondance.

Des programmes détaillés seront envoyés sur demande.

Nécrologie. — **Marc LECONTE (1883-1925).** — Le groupe des jeunes médecins des Hôpitaux, si éprouvé durant ces dernières années, vient de compter une nouvelle victime ; après une longue maladie et de cruelles souffrances, Marc Leconte a succombé.

Comptant parmi les élèves préférés du Professeur H. Vaquez, il avait consacré à l'extra-systole (1911) une thèse inaugurale dont la lecture, même actuellement demeure indispensable à ceux qu'attire l'étude des arythmies. Puis avec son maître, il avait, par une série de travaux, imposé au public médical, incrédule jadis et maintenant convaincu, la valeur et la supériorité de l'ouabaïne ; plus tard, les septicémies veineuses (avec Vaquez) les aortites syphilitiques (avec Laubry), la tension veineuse (avec Jacoël), les tachycardies de guerre (avec Tissié), le diagnostic des aortites, sans parler de beaucoup d'autres sujets, avaient attiré son attention.

Sous un aspect un peu frêle et souvent trop timide vivaient une nature délicate, un esprit méthodique, un courage calme et tenace dont sa conduite pendant la guerre avait été le reflet. Après de durs labeurs, la nomination aux Hôpitaux (1922) avait cournnoé ses efforts : et c'est le moment d'une maturité morale et d'autorité scientifique grandissante que la mort a choisi pour le prendre.

Ceux qui l'ont vu, sobre de réflexions sur son état, soigné par une compagne admirable de dévouement, s'étioler et s'amaigrir encore chaque jour, ne peuvent douter que cette fin n'ait été une délivrance. Mais les amis, témoins impuissants de cette lente agonie, gardent une tristesse profonde que ne pourra, hélas ! compenser la fidélité de leur souvenir. A. Clerc.

— Dr Busquet, de Saint-Aigulin. *(Voir la suite page 1192).*

TRAVAUX ORIGINAUX

Alimentation et température des jeunes enfants,

par MM.

Dr Jean MICHAUX et A. LAMACHE

Médecin de la crèche de la Maison de Nanterre

Interne du service

A la suite de quelques constatations faites au hasard en prenant la température des nourrissons immédiatement après leur alimentation, nous avons été frappés des différences considérables que l'on peut constater dans les mensurations qui précèdent et suivent les tétées. Or, la lecture de quelques traités classiques, dans lesquels nous avons recherché ce qu'on dit actuellement à ce sujet, ne nous a révélé d'intéressant qu'une phrase de M. Variot dans le Traité des Maladies de la première enfance. En parlant de l'alimentation du nourrisson, il dit :

« C'est un des facteurs les plus importants : le plus souvent avec la tétée, la température s'abaisse, puis elle remonte et elle est alors plus élevée de deux à huit dixièmes de degré qu'avant la tétée. Chez certains hypotrophiques il y a des poussées d'hyperthermie de 39 à 40°, au moment même où ils commencent à utiliser le lait et à prospérer. »

Ce n'est que très accessoirement que, dans leur Traité de physiologie du nourrisson, MM. Lesné et Binet parlent du rôle de l'alimentation sur la température. Nous ne pouvons mieux faire que de citer leur phrase :

« La température des nourrissons jeunes est monotherme. La courbe de ces nourrissons, s'ils sont élevés au sein, est en plateau ; si l'allaitement est artificiel, la ligne est brisée et c'est à cause d'une digestion imparfaite. »

Nous ne cherchons pas ici à vérifier ce que disent Lesné et Binet à propos de la courbe générale de température ; nous avons seulement recherché systématiquement chez 12 enfants, l'influence immédiate de l'alimentation sur la courbe thermique. Pour cela, nous avons pris la température immédiatement avant l'alimentation, puis nous l'avons reprise systématiquement 1/4 d'heure, 1/2 heure et 3/4 d'heure après la fin des repas. Nous nous sommes efforcés de nous mettre à l'abri des causes d'erreur dues à la façon de prendre la température rectale en découvrant les enfants. Nous nous sommes efforcés également de ne pas modifier la température ambiante avant et après les tétées.

Nos recherches ont porté sur douze sujets ; ceux ci peuvent être répartis en trois groupes suivant leur âge et leur mode d'alimentation, nous avons recherché les modifications chez des nourrissons de quelques semaines environ, chez des enfants de 9 à 14 mois et enfin chez des sujets de 2 à 3 ans. En tout, nous avons opéré 270 mensurations, chacune comportant quatre prises de température en une heure ; pour certains sujets l'expérience a été faite plus de 40 fois. Nous nous proposions de publier un tableau complet comportant pour chaque enfant les modes d'alimentation, les quantités ingérées, les températures prises avant et après l'alimentation ; les nécessités de la mise en pages nous en ont empêchés. Nous tenons ce tableau à la disposition des lecteurs qu'il pourrait intéresser.

Dans un premier groupe d'observations figurent cinq nourrissons, dont l'âge varie entre 19 jours et 8 mois.

OBSERVATION I. — F... Raymonde, prématurée, née à 7 mois, pesait 2 k. 800, a présenté une hématurie deux jours après sa naissance. A 19 jours, sa courbe de poids était régulièrement décroissante ; à chaque tétée ou biberon de lait condensé, elle ne prenait que 50 à 60 grammes ; pendant les trois quarts d'heure qui suivaient l'alimentation, la température tombait de 3 à 4 dixièmes de degré, au 30e jour la courbe de poids était ascendante, l'enfant prenait 70 grammes et la température restait stationnaire (37°, 37°, 37°, 37°) ; quelques jours plus tard, la courbe étant encore nettement ascendante, l'enfant prenant de 70 à 80 grammes, nous observions une ascension de température de 1, puis 2, puis 3 dixièmes de degré. Il s'agit là d'un enfant hypotrophique qui a d'ailleurs succombé quelques jours après à une petite affection grippale avec bronchite et sans broncho-pneumonie. Il n'en est pas moins vrai qu'elle n'a présenté d'ascension notable qu'au moment où sa courbe de poids était devenue suffisante et que la dose de lait ingérée était passée de 60 à 80 grammes.

OBSERVATION II. — M. Solange, 2 mois et demi, bien portante, poids : 4 k. 500, allaitement mixte, 25 mensurations ont été pratiquées entre le 27 octobre et le 16 novembre 1924. Dans 14 cas il y a eu ascension de 6 à 9 dixièmes de degré, une ascension de 9/10 a été constatée après un biberon de 160 grammes (36,9 à 37,8). 11 fois la température est restée stationnaire ou a baissé, et toutes les fois la ration était notoirement insuffisante (40 à 60 grammes).

Le 29 octobre, elle ingérait un biberon de 40 grammes et les températures constatées étaient : 37,4, 37,3, 37,4, 37,3 ; l'enfant était encore à la crèche au début de mars 1925, elle avait alors 6 mois et demi, son allaitement était artificiel, nous avons repris quelques nouvelles températures, le même phénomène s'est reproduit. A la suite de l'ingestion de 70 grammes de lait, la température est restée stationnaire, mais après la prise de biberons de 130 et de 140 grammes elle est remontée de 7 à 8 dixièmes de degré. Le 4 mars, elle prend 140 grammes, on constate 37,6 avant l'alimentation, puis 38, 38,2, 38.

OBSERVATION III. — G. Marguerite, 1 mois, née à terme, poids 4 k. 100, bien portante, allaitement artificiel, lait de vache. Nous avons pratiqué 24 mensurations, après alimentation, la température a été ascendante dans 20 cas, le maximum constaté a été 7 dixièmes de degré ; le 2 novembre, elle ingère un biberon de 80 grammes, le thermomètre indique 37, 37,3, 37,4, 37,3. Le 8 novembre après une prise de 80 grammes encore, la température passe de 36,7 à 37,4. Dans 4 cas, la température a baissé de 1 dixième de degré ou est restée stationnaire, dans ces cas l'enfant avait bu 40 à 60 grammes de lait seulement, au lieu de 80, ration normale.

OBSERVATION IV. — M. Robert, 7 mois et demi, 5 k. 800, hérédo-spécifique, élevé au lait de vache ; 5 recherches seulement ont été faites : à deux reprises nous avons constaté une élévation de température dont le maximum a été 5 / 10 de degré, la ration était normale : 150 grammes ; trois fois il y a eu chute de température, les trois fois la ration était insuffisante ; ainsi le 26 février l'enfant prenait 60 grammes et nous constations 37,1, 36,8, 38, 36,6.

OBSERVATION V. — J... Jacqueline, 6 mois, bien portante, allaitement mixte ; cette enfant présente une instabilité thermique due vraisemblablement à une insuffisance thyroïdienne légère. Il est en effet fréquent de constater sur sa courbe des périodes de 8 à 10 jours pendant lesquelles la température reste en plateau aux environs de 38. Le Wassermann a été négatif. Au cours de 42 mensurations, sur 46 qui ont été pratiquées, l'ascension post-alimentaire a été nette et a varié de 2/10 à 1 degré (36,7, 37,7). Nous avons remarqué qu'elle a été plus nette après la prise de lait maternel qu'après le biberon ; ainsi le 4 novembre, avec un biberon de 190 grammes, nous avons 36,9, 37, 36,9, 37 ; tandis que le même jour avec 120 grammes pris au sein, nous obtenons 36,3, 36,7, 36,7, 36,8. Toutefois, chez cet enfant 4 mensurations ont fait exception à la règle et après une

alimentation suffisante (160 grammes) la température est restée stationnaire ou a été même légèrement abaissée.

Nous avons repris les températures lorsque l'enfant avait 9 mois et demi et qu'elle était nourrie au lait et à la bouillie. Dans les six cas où la mesure a été effectuée, l'ascension thermométrique post-prandiale a été retrouvée, les rations étaient d'environ 200 à 220 grammes, donc normales. L'ascension a été plus nette avec le lait qu'avec la bouillie. En effet, alors qu'avec la bouillie elle atteint à peine un ou deux dixièmes de degré, elle atteint, au contraire, quatre à huit dixièmes de degré après la prise d'un biberon de lait.

Dans un second groupe de quatre observations, nous classons des enfants de 9 à 15 mois ; leur alimentation se composait uniquement de lait et de bouillie.

Observation VI. — B. Madeleine, 9 mois, hérédo-spécifique, Wassermann positif, l'enfant ne présentait aucun trouble digestif au moment des recherches.

Sur 35 séries de mensurations, 29 ont donné une ascension généralement très élevée avec, comme moyenne, six à huit dixièmes de degré ; au cours de trois recherches il y a eu malgré une alimentation nettement insuffisante (60 à 90 grammes), une légère ascension de un à deux dixièmes de degré ; au contraire, trois rations suffisantes (130 gr.) ont provoqué le statu quo ou un très léger fléchissement de la courbe.

Observations VII et VIII. — H.. Jacqueline et H. Yolande. Il s'agit de deux sœurs jumelles âgées de 11 mois et demi, hérédo-spécifiques avec Wassermann positif. Dans une première série de recherches en octobre et novembre 1924 les enfants ne présentant aucun trouble digestif, la température fut prise 86 fois ; dans 66 cas la température notée après l'alimentation fut ascendante, les quantités ingérées étant normales (150 à 200 grammes), à deux reprises l'ascension atteignit un degré. Parmi les 22 autres cas, 8 alimentations insuffisantes (60 à 100 grammes) furent suivies du statu quo ou de chute de la température, les 14 autres font exception à la règle.

En février 1925, ces deux enfants ont présenté des phénomènes d'insuffisance hépatique nette avec diarrhée verte, anémie intense, perte de poids considérable. Nous avons repris à ce moment-là quelques températures. H.. Yolande âgée de 15 mois pesait 7 k. 420, la courbe de poids était régulièrement descendante ; or nous avons constaté à trois reprises qu'après ingestion de quantité de lait notoirement insuffisante, l'enfant présentait de l'hyperthermie assez considérable ; c'est ainsi que le 25 février à l'occasion de la prise de 60 grammes de lait nous constatons avant 37 et après 37,1, 37,8, 37,2. Aussitôt les phénomènes d'insuffisance hépatique terminés, la reprise de poids s'opérant normalement nous avons constaté au cours de 4 nouvelles mensurations que l'ascension thermique était inexistante ou très légère à la suite de la prise de quantités insuffisantes de lait, alors qu'elle se manifestait après l'ingestion de ration normale de bouillie.

En ce qui concerne H.. Jacqueline les mensurations n'ont été pratiquées que 15 jours après les accidents d'insuffisance hépatique.

L'ingestion de 170 grammes de lait le 25 février donne les résultats suivants : avant on notait 36,9, aussitôt après on note successivement de quart d'heure en quart d'heure 37,2, 37,8, 37,6. Dans le même temps une alimentation insuffisante est suivie d'hypothermie.

Observation IX. — D... Yvon, 15 mois, est un hérédo-spécifique sans troubles digestifs. Nous avons opéré notre recherche 3 fois après ingestion de bouillie (230 à 330 grammes). Les rations étaient normales et dans les 3 cas il y a eu hyperthermie variant de 2 à 5 dixièmes de degré.

Notre dernier groupe d'observations comprend des enfants de 20 à 31 mois. Leur alimentation était composée de purées, bouillies et œufs. Nous n'avons pratiqué qu'un nombre restreint de mensurations chez trois d'entre eux, dès maintenant nous ferons remarquer que dans ce groupe nous avons noté, d'une façon générale, une élévation thermique moins nette.

Observation X. — J. Albert, 20 mois, poids 8 k. 500, aucun antécédent *intéressant*. Lorsque l'enfant ingérait une ration de purée et lait satisfaisante (au delà de 200 grammes) nous avons observé d'une façon à peu près constante une ascension thermique qui dans un cas a atteint un degré ; le 12 novembre après un repas de 230 grammes (purée et lait) la température est passée en une heure de 36,9 à 37,9. Une seule fois, sur les 14 mensurations pratiquées, il y a eu exception à la règle et après une prise alimentaire de 230 grammes, la température a baissé notablement (37,6, 37,1, 37,5, 37,4).

Observation XI. — B.. Henriette, 27 mois, 8 k. 700, est une insuffisante au point de vue glandulaire, thyroïde et hypophyse. Au cours de nos 5 recherches opérées chez cette enfant, les quantités ingérées étaient normales, à chaque mensuration nous avons eu une élévation thermique ; nous ferons remarquer qu'à poids égal, un repas composé uniquement de lait, donne une ascension plus élevée que la prise de bouillies et purées ; avec le lait nous avons trouvé des élévations de 6 dixièmes de degré, avec les bouillies nous notons, au maximum, 3 dixièmes.

Observation XII — T... Maurice, 31 mois. Nous n'avons pour cet enfant recherché la température qu'après la prise de purées et œufs. L'ascension notée n'a jamais dépassé trois dixièmes de degré ; d'une façon générale elle ne dépassait pas un dixième de degré ; une fois même, au cours de nos six mensurations le statu quo fut observé. Dans tous les cas il y avait ration normale.

Conclusions.

1° La température semble nettement augmenter chez tous les nourrissons après alimentation suffisante. L'abaissement immédiat de température signalé par M. Variot, et précédant l'élévation a été rarement constaté dans nos observations. Par contre, nous avons eu parfois en 3/4 d'heure une augmentation de 1 degré qui peut en imposer pour un phénomène pathologique.

2° En cas d'alimentation insuffisante, la température baisse généralement.

3° Les deux phénomènes semblent assez nets pour que la prise de température pré et post-alimentaire donne des indications presque aussi précieuses que la balance.

4° Les différences de température sont habituellement plus accentuée chez le nourrisson que chez l'enfant un peu plus âgé et plus nettes après l'alimentation lactée qu'après l'ingestion de bouillies ou purées.

5° L'ascension thermique est plus nette en cas d'insuffisance hépatique et elle existe alors même avec des doses insuffisantes (observation n° 7). Il faudrait compléter ce travail par une mesure de la leucocytose digestive.

Le bactériophage de d'Hérelle, par le Dr Paul Hauduroy. Préface du professeur Fernand Bezançon, 1925, 1 vol. in-18, 212 pages, 10 fr. Librairie Le François, 91 Bd St-Germain, 6e.

L'auteur a résumé dans ce livre tout ce qui a été fait jusqu'à présent. Il a réuni les faits épars dans des notes ou mémoires multiples et les a groupés. Après avoir fait l'historique de la question, il décrit avec beaucoup de détails le phénomène de d'Hérelles et les propriétés du bactériophage. Il discute ensuite la nature du principe lytique, question qui a soulevé des discussions passionnées et prend nettement parti pour la théorie qni en fait un ultra-virus. Les applications thérapeutiques forment un chapitre important. Les diverses maladies animales ou humaines traitées avec le bactériophage sont passées en revue et pour quelques-unes d'entre elles l'auteur apporte des observations personnelles.

La technique de maniement du principe lytique est minutieusement étudiée. Tous ceux qui voudront s'occuper de cette question trouveront là les détails nécessaires et qui leur éviteront des échecs et des déboires.

Dans un dernier chapitre enfin, l'auteur montre toute l'importance du phénomène découvert par d'Hérelle.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Traitement de l'hérédo-syphilis

(2e *leçon*) (1),

Par M. P. LEREBOULLET,
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux.

Dans une première leçon, je vous ai montré toute l'importance clinique de l'hérédo-syphilis et le champ d'action considérable qu'elle offrait à la thérapeutique infantile. Je vous ai rappelé combien multiples sont les manifestations de l'hérédo-syphilis précoce ou tardive dans l'enfance et comment il faut y ajouter les ravages de la syphilis acquise. Heureusement nous avons de multiples moyens à leur opposer ; ce sont principalement le mercure, l'arsenic, le bismuth et l'iodure. Je vous ai indiqué la posologie de ces médicaments et leurs inconvénients respectifs, tout en insistant sur leur grande valeur. Ils sont la base du traitement qui doit être suffisamment *énergique* pour juguler la syphilis, tout en restant *inoffensif*, qui enfin doit être *prolongé* afin que son action soit durable ; je voudrais, dans cette seconde leçon vous montrer comment on doit le mettre en œuvre dans les diverses conditions cliniques où l'on observe les enfants.

I. Dans un assez grand nombre de cas, nous devons traiter des nourrissons atteints d'HÉRÉDO-SYPHILIS CONGÉNITALE OU PRÉCOCE.

La forme la plus caractéristique, sinon la plus commune de la maladie se manifeste par le pemphigus palmaire et plantaire que les accoucheurs constatent dans les jours qui suivent la naissance, par l'apparition de syphilides maculeuses siégeant surtout à la région fessière, par celle de fissures labiales ou anales, du coryza, par la tuméfaction du foie et de la rate et parfois même, dès les premières semaines, par des lésions osseuses. A ce moment l'enfant est gravement atteint par la septicémie à tréponèmes.

Dans d'autres cas les manifestations, étant plus tardives, sont plus localisées. Le foie et la rate sont augmentés de volume ; c'est ce que Chauffard a appelé la *forme splénohépatique* de la syphilis héréditaire. Elle doit être traitée aussi fort activement.

Dans d'autres cas encore, l'enfant n'ayant présenté après sa naissance aucun pemphigus suspect, aucune éruption cutanée ou muqueuse, est pris vers la quatrième semaine ou le deuxième mois d'accidents ostéopathiques constituant la pseudo-paralysie de Parrot, l'enfant ne peut faire aucun mouvement et succombe s'il n'est point traité alors qu'il guérit merveilleusement par la médication spécifique. Je n'insiste pas sur ces formes classiques, faciles à reconnaître. Mais il y a aussi des manifestations de *syphilis congénitale monosymptomatique* se traduisant par des hématémèses ou des hémorragies intestinales, ou par la maladie des vomissements habituels de Marfan. La splénomégalie constatée dans les trois premiers mois constitue souvent, comme l'a montré M. Marfan, un signe justifiant le traitement anti-syphilitique. De même les enfants qui se développent mal ne prennent pas de poids, évoluent vers l'hypotrophie ou même l'atrophie alors même qu'ils n'ont pas eu de troubles digestifs initiaux, sont souvent des hérédo-syphilitiques et doivent être traités comme tels.

Enfin il y a des enfants chez lesquels, dès la naissance ou les premiers mois, se montrent des phénomènes nerveux, convulsions, rigidité spasmodique, ou arriération mentale. Ce sont encore le plus souvent des hérédo-spécifiques.

Dans tous ces cas, le médecin doit intervenir et traiter la syphilis, mais il ne doit pas la traiter de la même façon selon les cas, et c'est à cette discrimination des faits que je vais m'appliquer.

D'une façon générale, il faut être éclectique et associer les diverses médications anti-syphilitiques ou au moins les alterner.

Avant tout traitement, il faut d'ailleurs avoir fait l'*enquête sérologique*.

Toutefois, celle-ci ne révèlera pas toujours un Wassermann positif ; mais la clinique peut avoir le dernier mot pour affirmer ou infirmer le diagnostic. D'ailleurs il faut y ajouter l'*enquête familiale* portant non seulement sur les père et mère mais également sur les frères et sœurs. Et cette double enquête jointe à l'examen clinique peut permettre d'instituer le traitement en toute sécurité.

1° Lorsque vous avez affaire à une *hérédo-syphilis virulente du nouveau-né*, vous devez, comme médication d'attaque, employer le mercure, toujours bien toléré par le jeune enfant et qui peut servir à réactiver la réaction humorale.

Vous l'appliquerez en frictions selon l'ancienne méthode, avant même d'avoir contrôlé l'état des parents, et vous continuerez ce traitement pendant 10 à 15 jours.

Quand la peau n'est pas saine ou quand le temps presse, il faut recourir aux injections de cyanure selon la méthode préconisée par Blechmann dans les veines épicraniennes ou à travers la jugulaire, ou encore aux injections de biiodure et de benzoate.

Quelquefois, malgré la difficulté de faire absorber les médicaments par voie buccale dans le premier âge, vous pourrez utiliser les solutions de lactate de mercure ou de liqueur de Van Swieten ingérées avec un peu de lait.

Il faut associer au mercure l'arsenic. On peut employer le néosalvarsan en l'injectant non pas dans les veines brachiales non accessibles, mais dans les veines épicraniennes ou dans le sinus longitudinal supérieur selon la méthode préconisée par Tixier, en commençant par des doses faibles, non celle de 1 centigr. par kilo parfois recommandée d'emblée, mais plutôt par une dose totale de un demi à un centigramme. Les tares viscérales peuvent exposer à des accidents et à de cruels déboires. Il faut donc se méfier du néosalvarsan à doses relativement élevées chez les jeunes enfants atteints d'hérédo-syphilis virulente. Il est préférable de s'adresser au sulfarsénol et mieux encore au stovarsol et au tréparsol par voie buccale. Toutefois vous vous rappellerez que la gravité même des lésions commande l'action et qu'il ne faut pas, par crainte de nuire, se croiser les bras ou n'agir qu'avec timidité.

Rarement vous vous servirez du bismuth, difficile à manier, surtout au-dessous de deux mois.

2° Dans les *manifestations monosymptomatiques* survenant un peu plus tard, dans les premières semaines, il y a lieu de distinguer différents cas.

Ce sont d'abord les *manifestations osseuses*.

Vous verrez souvent des enfants âgés de quelques se-

(1) Leçon faite le 2 décembre 1924 et recueillie par le Dr LAPORTE.

maines et qui présentent, outre un certain état de dépérissement, des douleurs et une pseudo-paralysie d'un membre, localisées soit à l'extrémité supérieure du bras, soit à l'extrémité inférieure du fémur.

On n'a généralement aucun renseignement étiologique. Vous ferez le diagnostic de *maladie de Parrot*. Elle cède facilement au traitement mercuriel, Depuis les premiers cas de Parrot et de Millard, les faits se sont multipliés.

MM. Barbier, Jules Renault, Hallé et d'autres ont rapporté récemment des cas démontrant l'action certaine des frictions mercurielles, auxquelles on peut quelquefois substituer les suppositoires préparés à l'huile grise ou, de préférence, à l'onguent napolitain et représentant de cinq milligrammes à deux centgr. d'hydrargyre métallique (soit de un à quatre centigrammes d'onguent napolitain). Il sera bon de consolider ultérieurement l'action du mercure par les arsenicaux.

Il en sera de même dans le *coryza* syphilitique, dans les *vomissements sanglants* ou dans la maladie des vomissements habituels de Marfan. Je me rappelle avoir guéri par les frictions et les suppositoires mercuriels un enfant atteint de maladie de Parrot, et deux ans plus tard sa jeune sœur présentant dès sa naissance des hématémèses et du mélæna. La mère était saine et je n'avais aucun renseignement, autre que les symptômes, qui puisse me fixer sur la réalité de la syphilis. J'appris plus tard que le père avait contracté la syphilis cinq ans avant son mariage. Actuellement, l'enfant le plus délicat de la famille est l'aîné, qui ne présentait rien à la naissance, qui ne fut pas traité dès le début et qui est resté hypotrophique alors que les deux autres, traités dès leur naissance, se sont bien développés.

Dans d'autres cas, l'enfant présente un ictère avec hépato-splénomégalie ou parfois une simple hépatomégalie dure sans ictère. Les suppositoires mercuriels font ici merveille, et grâce à l'amélioration de l'état du foie réalisée par le mercure, l'enfant peut tolérer la cure arsenicale qui doit compléter le traitement. Malheureusement, il échoue souvent, comme dans d'autres cas où existent des tares viscérales accusées.

3° Il y a des cas où l'hérédosyphilis se présente sous des formes particulières, d'un diagnostic difficile.

Voici un enfant de neuf mois relativement floride. Il présente, semble-t-il, une cicatrice de rupia tuberculeux ou de tuberculide ulcéro-crustacée, et une gomme tuberculeuse à la cuisse. Mais les cutiréactions réitérées sont toutes négatives, et la radiographie ne montre pas trace d'adénopathie trachéobronchique. La réaction de Wassermann est négative, mais nous savons qu'il en est souvent ainsi chez les jeunes enfants.

Nous avons fait des frictions mercurielles et injecté une faible dose de sulfarsénol ; ce traitement a fait rétrocéder les lésions. Il s'agit d'une hérédosyphilis latente qui rentre dans le cadre des *formes scrofuloïdes* et néanmoins dans laquelle un traitement énergique est nécessaire. En pareil cas, le traitement mercuriel d'attaque doit être complété par le traitement arsenical et le bismuth.

4° Un autre type est l'*hérédosyphilis dystrophique*. Ici le jeune enfant ne présente pas de manifestations locales, il frappe par son arrêt général de développement. C'est un hypotrophique, parfois même un véritable athrepsique. Dans ces cas il faut se méfier d'un traitement spécifique trop actif et n'employer que de faibles doses de mercure et d'arsenic.

MM. Tixier et Maillet ont observé une série d'enfants chez lesquels l'administration régulière du mercure à petite dose sous forme de frictions ou d'injections sous-cutanées a donné de bons résultats.

Dès que l'enfant peut le supporter, il convient de faire un traitement par le sulfarsénol qui est un excellent eutrophique.

Voici l'observation d'une enfant qui présentait des troubles digestifs du premier âge. Le père avait contracté la syphilis dix ans avant le mariage.

Cette enfant, qui était dans un état d'hypotrophie accentuée fut littéralement transformée à la suite d'une série de frictions mercurielles et de piqûres de sulfarsénol.

5° Enfin il y a une dernière catégorie d'enfants chez lesquels vous devez faire le traitement antisyphilitique, ce sont ceux qui présentent des *manifestations nerveuses*. L'hérédosyphilis est souvent la cause des convulsions du premier âge et de la maladie de Little.

De même l'hydrocéphalie est très souvent d'origine hérédospécifique. Enfin certains cas de mongolisme et d'arriération mentale sont liés à l'hérédosyphilis et justiciables du même traitement. On a employé le mercure avec des résultats très encourageants, quelquefois l'arsenic s'est montré supérieur, notamment chez les arriérés cérébraux et les débiles, mais le médicament le plus actif dans ces cas est peut-être le bismuth. Les quelques essais qu'on a faits dans ce sens sont encourageants et il y a lieu de les poursuivre.

J'ai terminé la révision des différents cas dans lesquels l'hérédosyphilis précoce donne lieu à des accidents et je vous ai montré dans quelles conditions vous aurez à intervenir. Il faut vous rappeler que le Wassermann doit être recherché, mais que très rarement il vous guidera, car, très souvent, il peut être négatif.

Dans la consultation des hérédosyphilitiques que dirige mon élève et ami M. Brizard dans mon service, nous avons eu un nombre très restreint de Wassermann positifs. Sur 200 enfants petits et grands, 16 fois seulement la séro-réaction fut positive, et pourtant il est évident qu'un nombre très considérable d'enfants a bénéficié du traitement.

Il faut donc faire le traitement malgré le Wassermann négatif. De plus il ne faut pas se contenter d'avoir amélioré ou fait disparaître les accidents. Il faut continuer le traitement, et longtemps, d'une façon régulière sans trop vite considérer le mal comme conjuré. Il faut savoir obtenir des parents la persévérance dans la cure, seul moyen d'assurer la durée de la guérison.

II. Je passe à l'HÉRÉDOSYPHILIS DE LA DEUXIÈME ENFANCE qui est également très fréquente et donne lieu à des accidents qui de prime abord ne sont pas très révélateurs, car ils sont souvent localisés à la peau, aux muqueuses, au foie, aux reins. Alfred Fournier, puis son fils Edmond Fournier ont fait connaître l'importance de l'hérédo-syphilis tardive, se traduisant, d'une part, par des stigmates vrais, des lésions gommeuses par exemple et d'autre part par des dystrophies qui, dans un cas de Queyrat, constituaient un véritable Musée : chez un enfant de 9 ans s'associaient des manifestations faciales et craniennes, une blépharoptose bilatérale, de la kératose pilaire, une voûte palatine ogivale, des malformations dentaires, un thorax à entonnoir, une cryptorchidie bilatérale, des troubles auditifs. Nombreux sont les cas qui, sans être aussi complets, sont néanmoins significatifs.

A. Fournier a insisté justement sur les déformations craniennes, sur le nez retroussé, aplati ou camard, sur les déformations des fémurs et des tibias, sur la valeur de la triade d'Hutchinson consistant dans l'association

de la kératite interstitielle, de la surdité et des malformations dentaires, auxquelles on peut ajouter, avec M. Cantonnet, un quatrième symptôme, l'hydarthrose chronique du genou. Ces manifestations permettent de porter le diagnostic lorsque surtout il s'y ajoute des lésions testiculaires.

Les manifestations actives qui se greffent habituellement sur ces stigmates dystrophiques peuvent exister en l'absence des stigmates, ce sont des manifestations osseuses et articulaires, cutanées, muqueuses, gommes et perforations du voile du palais par exemple, des lésions du foie, de la rate et des reins, des manifestations nerveuses ; ce sont des enfants épileptiques, des enfants qui souffrent de céphalée dite de croissance ; d'autres présentent des troubles intellectuels, d'autres encore sont paraplégiques ou, quoique rarement, réalisent le tableau du tabes hérédosyphilitique. En même temps ils peuvent présenter divers troubles rentrant dans le cadre des dystrophies endocriniennes, dans lesquelles nous avons coutume de rechercher volontiers la syphilis comme agent initial des lésions.

Dans tous ces cas, il faut pratiquer un traitement actif et d'autant plus énergique que ce sont des syphilis déjà anciennes que l'on ne peut pas guérir entièrement.

Voilà un de ces enfants chez lesquels la spécificité se présente avec une allure monosymptomatique, et avec peu de stigmates. Cet enfant a été amené à la consultation de mon service, il y a quelques mois. Né à terme, il avait marché à 9 mois, il n'avait aucun antécédent familial.

Il avait eu en avril 1922 un abcès du bras droit, qu'un médecin avait incisé, et duquel était sorti un liquide jaune clair. Il s'était fermé au bout de quatre mois. En janvier 1924, récidive de la même grosseur, ouverte d'elle-même, et présentant une plaie à l'emporte-pièce.

La radiographie montre des lésions de la tête humérale, et des lésions diffuses de l'extrémité inférieure de l'humérus. En présence de ces manifestations il n'y avait pas de doute sur la réalité d'une hérédosyphilis. Bien que cet enfant ne présentât pas d'antécédents et que le Wassermann fût négatif, ce malade fut mis au traitement par le novarsénobenzol intraveineux à la suite duquel l'ulcération du bras se cicatrisa. Puis on lui fit un traitement hydrargyrique. Actuellement on pratique une seconde série de piqûres de novarsénobenzol et son état est tout à fait satisfaisant.

Voici par conséquent un enfant chez lequel les stigmates oculaires, dentaires, etc., sont absents, et chez lequel néanmoins nous devons porter le diagnostic d'hérédosyphilis de par les lésions osseuses et cutanées, et l'action du traitement.

Ici le traitement obéit aux mêmes règles que chez l'adulte. On peut commencer par le mercure sous forme d'injections de cyanure intraveineuses, d'injections de biiodure sous-cutanées, ou parfois même d'injections d'huile grise, ou encore instituer un traitement par la bouche.

Néanmoins il faut se rappeler que dans ces cas le mercure n'est qu'une arme de second ordre et doit être complété par d'autres médications. Récemment, MM. Renault, Tixier, Leredde, ont publié des faits montrant que ces malades peuvent résister au traitement mercuriel et que la médication arsenicale réussit mieux. Le néosalvarsan a été employé par M. Brizard à ma consultation dans un grand nombre de cas, en injections intraveineuses par 3 séries de 10 piqûres par an, de façon à atteindre jusqu'à 1 centigramme et demi par kilo et à faire de 2 à 3 grammes de néosalvarsan par série.

Chez les jeunes enfants on emploie le sulfarsénobenzol de préférence, en injections au nombre de 10 ou 12 à raison de une ou deux par semaine, répétées trois fois par an chaque série pouvant atteindre 3 grammes et plus.

Cette cure arsenicale intensive ne semble pas présenter de grands inconvénients. Nous avons eu, en tout, trois cas de crises nitritoïdes avec le novar, un cas d'éruption ortiée, un cas d'éruption purpurique.

Le sulfarsénol donne lieu quelquefois à des accidents cutanés, érythème ou purpura, de l'albuminurie transitoire.

Néanmoins il a été généralement bien supporté et nous n'avons noté aucun cas d'ictère, quoiqu'on en ait publié des cas.

Il faut se rappeler qu'il y a des sujets intolérants à toutes les médications, aussi bien au mercure qu'au novarsénobenzol ou au bismuth. Nous avons vu, quoique rarement, des exemples fort nets.

Si la voie intraveineuse ou sous-cutanée est la plus sûre, il y a cependant deux ordres de composés arsenicaux que nous pouvons administrer par la bouche actuellement.

L'un est le stovarsol, l'autre le tréparsol, qu'on peut employer à titre préventif et curatif. Leur efficacité paraît certaine, mais la difficulté est d'en fixer la posologie. Ce sont des composés arsenicaux puissants, susceptibles chez certains sujets de déterminer des accidents rapides. J'ai vu un adulte être pris, après l'absorption d'une dose de 25 ctgr. de stovarsol, d'érythème scarlatiniforme avec purpura qui a d'ailleurs bien cédé après cessation du traitement.

Je crois donc que ces deux médicaments ont devant eux un bel avenir mais qu'il est bon de les manier avec prudence en se rappelant leurs inconvénients possibles.

C'est ainsi que, volontiers, pour le stovarsol, j'emploie chez les enfants les comprimés de un centigramme à dose progressive atteignant dix et quinze centigrammes par jour, mais laissant un jour de repos entre deux ou trois de traitement actif. La posologie reste d'ailleurs, je le répète, encore à fixer.

Le *bismuth* est également une arme puissante qui doit être alternée avec l'arsenic et le mercure, sous forme de iodo-bismuthate de quinine, d'oxhydrate de bismuth ou d'une autre forme (elles sont nombreuses) : il a été employé par un certain nombre de médecins d'enfants, MM. Debré, Duperrié, à Bordeaux, Nadal, à la consultation de M. Nobécourt, M. Brizard dans mon service.

Le bismuth donne de bons résultats et ne semble pas donner d'accidents sérieux ; il provoque quelquefois pourtant des nodosités, parfois un peu d'insomnie ; on a publié des cas de stomatite et d'albuminurie ; ces accidents ne sont pas fréquents. Le bismuth est en général bien supporté, et paraît s'appliquer spécialement aux cas de syphilis nerveuse avec convulsions ou avec paraplégie spécifique. Toutefois nous ne sommes pas fixés sur les effets lointains ni même immédiats du bismuth qui doit être réservé surtout pour la cure d'entretien.

A ces trois médicaments, — mercure, arsenic et bismuth —, il faut adjoindre la *médication iodurée*, dont le mode d'action est du reste difficile à préciser. Il faut se rappeler l'efficacité du sirop de Gibert et des nombreuses préparations spécialisées qui permettent d'associer l'iodure à l'administration du mercure et des arsenicaux.

Il faut le plus souvent alterner ces diverses médications.

Il faut faire un *traitement d'attaque* pour faire disparaître les accidents que l'on observe et un *traitement complé-*

mentaire ou d'entretien comportant trois cures de néosalvarsan au cours de l'année. En d'autres termes, il faut, comme le conseillent MM. Lacapère et Vallery-Radot, faire un *traitement d'urgence*, c'est-à-dire le traitement de la syphilis en pleine virulence ou les accidents aigus, puis un *traitement de fond*, les accidents ayant disparu, mais la maladie étant loin d'être éteinte, traitement qui doit revenir régulièrement et qui doit après quelques mois être alterné avec un traitement de *sécurité* destiné à empêcher le réveil des lésions.

Dans ce traitement de longue haleine, le mercure, le bismuth, l'arsenic doivent être alternés, ou associés, et l'iodure est un médicament adjuvant utile qu'il ne faut pas entièrement négliger.

Chacune de ces médications agit avec une prédilection particulière sur certaines localisations de l'hérédo-syphilis infantile.

Ce que nous savons des résultats du traitement arsenical dans l'épilepsie, dans certaines manifestations cérébrales, dans certaines formes de chorée, nous porte à penser qu'il est utile de traiter énergiquement les syphilis nerveuses en s'adressant de préférence au traitement arsenical ou bismuthé.

Le foie supporte mal la médication arsenicale et l'hectine ou l'arsénobenzol ont parfois provoqué des accidents ; quel que soit la nature des ictères dits arsenicaux, ils incitent tout au moins à la prudence, quand le foie est nettement lésé, chez un enfant présentant une lésion hépatique qu'on a lieu de suspecter d'origine syphilitique, une cirrhose hérédosyphilitique du foie et de la rate, il y a avantage à se servir plutôt des sels de mercure soluble soit par ingestions, soit par injections, et d'employer aussi les suppositoires mercuriels qui semblent particulièrement efficaces.

Lorsque le rein est en cause, inversement, le mercure est souvent mal supporté et il vaut mieux recourir aux arsenicaux.

Encore les arsenicaux ne mettent-ils pas à l'abri de tout risque ou inconvénient et doit-on surveiller l'élimination rénale.

Certains observateurs ont montré que le cyanure d'hydrargyre était un merveilleux diurétique pouvant être employé même dans les cas où le rein était en cause.

De toute façon, il faut traiter énergiquement les sujets, et, chez l'enfant comme chez l'adulte, un traitement insuffisant, un traitement insuffisamment prolongé peuvent réserver des surprises ; des méningo, des neuro ou des hépato-récidives peuvent survenir à la suite.

III. J'arrive au traitement de l'*hérédosyphilis latente* Y a-t-il lieu de traiter les enfants nés de syphilitiques, mais chez lesquels il n'y a aucune manifestation. La question est très discutée. MM. Dénéchau et Amsler, en 1922, concluaient à la négative, même alors que le Wassermann était positif.

MM. Fordyce et Rosen pensent qu'un enfant indemne avec sérologie négative ne devrait pas être traité. Et pourtant MM. Hutinel et Nadal ont montré qu'à l'occasion d'une infection, d'une maladie aiguë, facilement, chez un hérédosyphilitique jusque-là bien portant, éclatent des manifestations syphilitiques.

Une infection aiguë réveille chez eux la syphilis jusque-là purement latente. MM. Marfan et Tixier citent des faits démonstratifs à cet égard. M. Marfan a observé deux nouveau-nés d'une mère syphilitique ; pendant six semaines ils sont en bonne santé apparente avec un Wassermann et un Hecht absolument négatifs, mais au bout de ce temps l'un fait une pseudo-paralysie de Parrot, et meurt. L'autre, vers la fin du 2e mois, fait des syphilides de la face qu'il faut traiter. Si le premier de ces enfants avait été traité, il aurait probablement survécu.

D'autre part, nous savons que les hérédo-syphilitiques peuvent contaminer leur descendance, même alors qu'ils sont en bonne santé apparente et M. Marcel Pinard a cité un hérédosyphilitique dont 8 enfants sur 9 sont morts !

J'ai vu récemment un jeune homme de 20 ans dont l'histoire familiale était la suivante :

Le père avait contracté la syphilis en 1883 ; il s'était traité énergiquement comme on se traitait alors.

Treize ans après, n'ayant présenté aucun accident, il avait consulté Alfred Fournier et Besnier, avant de se marier. Dûment autorisé par eux, il resta six ans sans enfants ; il eut une fille bien portante, puis un fils peu développé, délicat dans l'enfance mais indemne d'accidents graves ; or récemment, à 18 ans, il a présenté d'une part des ostéopathies craniennes et mastoïdiennes, d'autre part, une névrite optique, reconnue d'origine hérédosyphilitique, (bien que les manifestations sérologiques soient négatives) et nettement améliorées par le traitement. En même temps d'ailleurs le père présente depuis deux ans des accidents aortiques et des accidents nerveux (double ictus) qui semblent témoigner de la virulence actuelle de sa syphilis. Par conséquent cette syphilis qui remonte à 41 ans a révélé récemment sa présence à l'état actif simultanément chez le père et le fils. La nécessité du traitement du fils s'impose et on peut se demander si la fille, bien qu'indemne, ne devrait pas être également traitée.

Voici un autre cas : un adulte contracte la syphilis à 20 ans. Il traite bien sa maladie et se marie quelques années plus tard. Il a un fils bien portant qui, à l'âge de 17 ans est forcé d'interrompre ses études à cause d'une céphalée tenace. Il subit avec avantage un traitement antisyphilitique actif. Il semble bien que, ici encore, ce soit un hérédosyphilitique tardif et qu'un traitement plus précoce aurait pu avoir d'utiles effets.

Il y a d'autres cas dans lesquels nous voyons des jeunes femmes avoir des grossesses avec des accouchements prématurés, mettre au monde des enfants morts ou présentant des manifestations nettement syphilitiques, sans que ni la mère ni le père ne présentent de syphilis active. J'ai soigné un jeune ménage dans lequel deux fausses couches survinrent, puis un accouchement à huit mois d'un enfant manifestement hérédo-syphilitique avec foie gros et dur. Cependant le père était certainement indemne et la mère ne présentait aucun signe de syphilis. Mais le grand-père maternel avait été vraisemblablement atteint et un traitement intensif de la mère a permis par la suite la venue au monde d'un enfant bien portant.

Je pourrais multiplier les exemples qui montrent qu'il serait utile de traiter les fils de syphilitiques alors même qu'ils ne présentent pas d'accidents.

Il y a malheureusement de très grandes difficultés à faire ce traitement, difficultés d'ordre pratique et aussi difficultés d'ordre psychologique dans les familles, il faut, pour l'obtenir, une suffisante ténacité. Il y a bien longtemps que le professeur Fournier avait mis en lumière ces difficultés. « J'affirme, disait-il, par ma longue expérience que l'on chercherait presque vainement, dans les milieux hospitaliers, des exemples d'enfants qui, reconnus syphilitiques à leur naissance, soient restés soumis pendant de longues années à une série de cures rappelant ce que j'ai appelé le traitement chronique intermittent, j'affirme d'autre part que, dans la clientèle de ville, où cependant

Cours supérieur d'anatomie pathologique, sous la direction du professeur G. Roussy, avec la collaboration de : MM. les prof. Jolly et Nageotte (du collège de France) ; Grynfeltt, de Montpellier ; Lecène, de Paris ; Masson, de Strasbourg ; Policard, de Lyon ; Sabrazès, de Bordeaux ; Ameuille, de Paris, Cornil, de Nancy ; Fiessinger, Gougerot, de Jong, Léri, Lhermitte et Renaud, de Paris, agrégés ou médecins des hôpitaux ; Durante, Leroux et Moutier, de Paris, ; Oberling, de Strasbourg, chefs des travaux ou chefs de laboratoire. — Ce cours commencera le lundi 5 octobre au laboratoire d'anatomie pathologique à 15 heures et se poursuivra tous les jours, sauf le samedi, suivant le programme ci-dessous. Il comprendra deux parties :

1° Un exposé théorique, avec projections diascopiques et épiscopiques, portant sur un sujet d'actualité anatomo-pathologique qui sera exposé par un conférencier particulièrement au courant de la question ;

2° Des démonstrations pratiques avec exercices de diagnostic anatomo-pathologique qui seront faites par les préparateurs d'anatomie pathologique MM. Grandclaude et Huguenin.

Programme

Lundi, 5 octobre, M. Roussy : Introduction à l'étude de l'inflammation. — Mardi 6 octobre, M. Ameuille : Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 7 octobre : M. S. I. de Jong : Notions actuelles sur la syphilis pulmonaire. — Jeudi 8 octobre, M. Fiessinger : Les dégénérescences de la cellule hépatique. — Vendredi 9 octobre, M. Masson : L'appendicite neurogène. — Lundi 12 octobre, M. Moutier : Les étapes infectieuses de l'ulcère gastrique. — Mardi 13 cotobre, M. Leroux : Les métaplasies. — Mercredi 14 octobre, M. Lhermitte : Les acquisitions nouvelles sur l'encéphalite épidémique. — Jeudi 15 octobre, M. Léri : Sur quelquesmaladies osseuses hypertrophiques (maladie de Paget, de Recklinghausen, leontiasis ossea). — Vendredi 16 octobre, M. Renaud : Les endocardites. — Lundi 19 octobre, M. Oberling : Les grandes formes anatomiques des néphrites. — Mardi 20 octobre, M. Lecène : Dépôts lipoïdiques sous-muqueux dans certaines infections chroniques (vésicule biliaire, trompe utérine). — Mercredi 21 octobre, M. Policard : Faits fondamentaux de l'histo-pathologie du système osseux. — Jeudi 22 octobre, M. Gougerot : Des mycoses. — Vendredi 23 octobre, M. Nageotte : De la substance conjonctive. — Lundi 26 octobre, M. Sabrazès : Le sang dans les leucémies chroniques traitées par la radiothérapie. — Mardi 27 octobre, M. Jolly : Mécanisme d'action des radiations sur le tissu lymphoïde. — Mercredi 28 octobre, M. Grynfeltt : La névroglie et ses réactions au cours de certains états pathologiques. — Jeudi 29 octobre, M. Durante : Dystrophies osseuses congénitales. — Vendredi 30 octobre, M. Cornil : Les scléroses.

Les conférences théoriques sont publiques. Les démonstrations et exercices pratiques sont réservés aux auditeurs régulièrement inscrits.

Il sera, en outre, organisé pour les auditeurs venus de province ou de l'étranger des visites dans différents services ou laboratoires parisiens : elles auront lieu le matin.

Les auditeurs inscrits faisant preuve d'assiduité auront droit à un diplôme.

Le droit à verser est de 150 fr. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatreulés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis à partir du 1er août 1925.

Les inscriptions peuvent se faire par correspondance.

Croisières médicales organisées sous les auspices de l'Association de la Presse médicale française. — *Croisières des ports de France et d'Algérie.* — (Compagnie havraise péninsulaire). — Itinéraire : du Havre Bordeaux, Oran, Alger, Marseille. — *Durée* environ dix-spt jours.

Prix pour nos adhérents : 750 francs, plus 30 francs de prime d'assurance exigée par la compagnie (vie et nourriture à bord pendant les escales).

Départ du Havre le 10 et le 20 août et le 12 septembre 1925. Ces dates peuvent osciller de deux ou trois jours, on est prévenu d'avance.

Croisière du Proche Orient (Compagnie Messageries maritimes). — Itinéraire : Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Smyrne, Constantinople. Le Pirée, Malte, Naples, Marseille.

Durée : 21 jours.

Prix : 2.500 francs pour nos adhérents, au lieu de 7.900 francs.

Départs en août et septembre.

Pour l'inscription ferme, envoyer une avance de 400 francs sur le prix du voyage au Dr Loir. Chèques postaux Rouen C. C. 6345.

Croisière des Canaries (Lloyd hollandais). — Itinéraire: Cherbourg La Corogne, Vigo, Leixoes, Lisbonne, Las Palmas, Lisbonne, Vigo, Cherbourg, Southampton.

Durée : un mois.

Prix : le voyage revient à environ 3.500 francs.

Départs : 27 août, 10 et 24 septembre, 8 octobre.

Excursions à la charge des voyageurs par les bateaux des compagnies espagnoles faisant le service entre les Sept îles et le Maroc.

Demander renseignements à M. Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

le médecin jouit d'une tout autre autorité que sur le public des hôpitaux, il lui est extrêmement difficile, voire impossible le plus souvent, d'obtenir pour ces enfants hérédosyphilitiques un traitement suffisamment prolongé ».

Il y a donc de grosses difficultés. Néanmoins il faut se rappeler de par les exemples que je viens de citer la nécessité, lorsqu'on est sûr de l'hérédité syphilitique, de faire périodiquement des traitements antisyphilitiques, alors même que les sujets ne présentent aucune lésion.

Il faut se souvenir d'ailleurs que certains accidents qui ne sont nullement syphilitiques d'apparence sont peut-être influencés par ce traitement.

Récemment, M. Ravaut a insisté sur le rôle possible du traitement antisyphilitique dans la cure de l'eczéma, de certaines urticaires, de la maladie de Quincke, qui se développent peut-être de préférence sur le terrain hérédo-syphilitique.

IV Deux mots sur le traitement de la SYPHILIS ACQUISE chez l'enfant. Elle doit être naturellement traitée très énergiquement dès qu'on l'a reconnue et à l'aide d'un traitement superposable à celui de l'adulte. C'est ici qu'il faut rappeler la nécessité d'un traitement actif. Voilà longtemps que le danger d'un traitement insuffisant était signalé. Rosen de Rosenstein écrit dès 1778 pour dire « le danger des cures palliatives et combien un homme de l'art mérite d'être puni, lorsqu'il ne fait que blanchir un malade ».

V. Il faut d'ailleurs, outre le traitement antisyphilitique, faire un TRAITEMENT ADJUVANT.

1° A ce titre les *médications opothérapiques* sont utiles, notamment chez les enfants hypotrophiques. Voilà longtemps que M. Apert a montré l'utilité des cures thyroïdienne et surrénale associées aux cures mercurielles. A cet égard, MM. Lacapère et Vallery-Radot distinguent trois périodes : la première période, où il ne faut que le traitement antisyphilitique ; la seconde, où on peut l'associer à un traitement opothérapique aidant à la croissance de l'enfant ; la troisième, dans laquelle le traitement spécifique peut être inutile, et le traitement opothérapique seul continué.

Je me suis, pour ma part, trouvé souvent bien d'associer le traitement thyroïdien à faible dose au traitement spécifique chez les hypotrophiques, d'employer la cure thyro-surrénale chez certains mongoliens, de recourir à la cure hypophysaire dans d'autres cas, mais je ne puis entrer ici dans tous les détails au sujet de ce traitement qui varie avec les cas.

2° Au traitement opothérapique il faut joindre le *traitement général* par le soufre, le quinquina, la chaux. On vantait autrefois les vertus de la salsepareille. Un traitement général plus moderne consiste dans l'emploi des *rayons ultra-violets*, utiles notamment dans les lésions osseuses, dans l'anémie, dans la spasmophilie, dans les divers états d'hypotrophie et d'athrepsie et dont les effets favorables ne sont pas douteux.

3° A titre adjuvant également, on pourra faire intervenir le *traitement hydrominéral*, conseiller les eaux sulfureuses, comme Luchon ou Uriage, dont on connaît de longue date les heureux effets dans les manifestations cutanées ou osseuses ; on recommandera de même les eaux arsenicales comme La Bourboule, et les chlorurées sodiques telles que Briscous, Biarritz et Salies, particulièrement dans les troubles de l'appareil locomoteur, notamment chez les enfants présentant un syndrome de Little, ou d'autres manifestations paralytiques qui, dans les formes ébauchées du moins, sont parfois très améliorés.

***

De ces deux leçons ressort l'utilité de soigner les hérédo-syphilitiques ; de les dépister, de les suivre, de ne pas les abandonner à eux-mêmes. Trop souvent nous nous contentons du traitement des accidents apparents. Il faut un traitement de fond qui vise tous les hérédo-syphilitiques et ce traitement demande une organisation spéciale dans nos hôpitaux, qui n'a heureusement rien d'irréalisable.

Voilà longtemps que M. Aviragnet a installé dans cet hôpital une consultation pour les hérédo-syphilitiques, et plus récemment M. Nobécourt en a ouvert une, confiée à M. Nadal, où ont passé 400 enfants. Moi-même avec M. Brizard j'en ai organisé une qui a déjà reçu 200 enfants. Dans ces consultations nous pouvons examiner et traiter régulièrement les enfants qui nous sont adressés ; grâce à elles, nous dépistons des syphilis latentes nous suivons et modifions par une thérapeutique appropriée les syphilis avérées ; nos conseils ne se bornent pas à une vague ordonnance trop souvent non suivie et nous obtenons des résultats certains.

Quand on considère les résultats obtenus dans le traitement de la syphilis des adultes, et combien ce traitement, commencé dans la période primaire, diminue les séquelles lointaines de la maladie, et notamment le tabes et les manifestations du tertiarisme, on se dit qu'en traitant les enfants d'une manière active par des cures successives on peut espérer voir moins souvent se manifester les conséquences dystrophiques et lointaines de l'hérédo-syphilis.

Sans doute, on ne peut espérer stériliser complètement la syphilis infantile, mais on peut tout au moins atténuer ses effets, sa virulence, diminuer ses conséquences éloignées. Il faut se rappeler que la syphilis réclame l'attention de tous les médecins, et je citerai à ce propos cette phrase de notre vieil auteur, Underwood ;

« Considérer les maux vénériens dans l'état de l'enfance, c'est, dit-il, considérer l'humanité attaquée dans son principe et déplorer en même temps la malheureuse condition de l'homme. Ce n'était pas assez qu'il fût sujet à des maux innombrables, si son enfance n'était encore exposée aux tristes conséquences de l'abus d'un plaisir, auquel la nature a voulu qu'il dût son existence. Les maux vénériens ne sont que trop communs parmi les enfants, j'en appelle aux témoignages de tous les gens éclairés. »

Actuellement, nous savons mieux encore qu'au 18e siècle que les maux vénériens sont trop communs chez les enfants, que les manifestations de l'hérédosyphilis sont multiples et révêtent tous les aspects, et qu'une fois leur existence reconnue par l'évidence des symptômes ou par l'interrogatoire, il faut traiter énergiquement l'enfant ; que la thérapeutique de blanchîment n'est pas suffisante, et qu'il faut un traitement énergique et prolongé qui, toutefois, reste inoffensif.

C'est ce traitement qu'il faut s'efforcer de réaliser à l'hôpital dans des consultations spéciales qui ont une utilité médicosociale certaine. C'est lui qu'il faut, autant que possible, instituer aussi en ville. quelles qu'en soient parfois les difficultés, quelques déboires que nous rencontrions parfois en exposant aux parents la nature et les raisons de ce traitement.

C'est ainsi seulement que nous arriverons à modifier l'avenir, trop souvent sombre, des enfants si nombreux touchés par l'hérédosyphilis.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 juillet 1925.

Sur la vaccination anti-diphtérique des jeunes sujets. — M. *Zœller* a constaté que chez le cobaye l'acquisition de l'immunité paraît, comme chez le nourrisson, plus difficile à réaliser pour les très jeunes sujets. Il rappelle à ce sujet les recherches d'Hirtzfeld sur l'acquisition progressive de la réactivité spécifique et d'autre part sur les rapports entre la sensibilité à la toxine diphtérique et le groupement sanguin des parents. Il a constaté que chez le cobaye la vaccination par l'anatoxine de la femelle pendant la grossesse donne des portées de jeunes cobayes immunisés (immunisation positive, passagère).

Sur l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — MM. *André Léri*, *Lavani* et *Potier* présentent un malade atteint d'ostéo-arthropathie hypertrophiante de Pierre Marie.

Ils insistent sur ce que la lésion n'est pas seulement une « ostéite engaînante des diaphyses », suivant l'expression de Rénon et Géraudel, Sainton et Luton, mais aussi une ostéoporose portant à la fois sur le tissu compact des os longs, et sur tout le tissu spongieux : épiphyses qui sont raréfiées et comme soufflées, diploé, rachis, etc...

Il peut en résulter soit des fractures, qui se font avec une extrême facilité au niveau des extrémités raréfiées, soit des pseudo-fractures dues en réalité aux soufflures épiphysaires, soit des aspects de rhumatisme chronique et notamment de rhumatisme vertébral : des difficultés et des erreurs de diagnostic en sont une conséquence fréquente.

Gangrène des pieds. — MM. *Achard* et *Sig. Bloch* présentent un cas de gangrène des deux pieds chez une femme de 54 ans qui n'avait ni diabète, ni syphilis, ni tabès, ni artérite. Etant dans la misère, elle avait couché dans un hangar pendant trois semaines sans se déchausser, et ce sont probablement des excoriations infectées qui ont amené la gangrène. Celle-ci atteignait les deux talons, une partie du gros orteil gauche et la totalité de ses premiers orteils droits. Il y avait de l'œdème, de la lymphangite, du subictère et une température à 39°2. Le traitement fut exclusivement médical et les parties sphacélées se détachèrent, laissant une mutilation minime, car l'avant-pied était conservé et permettait l'appui du talon antérieur.

Les auteurs font remarquer que, dans ces cas limités, il n'y a plus lieu d'amputer d'une façon précoce, comme on le conseillait naguère. Le sérum anti-gangréneux permet d'arrêter les progrès du sphacèle. L'élévation du membre, à la condition qu'elle soit forte, transforme la gangrène humide en gangrène sèche. L'embaumement au baume du Pérou, qui pénètre les tissus morts et les rend imperméables à l'eau, empêche la putréfaction.

Le principal danger des gangrènes des orteils ainsi traitées et la formation d'un phlegmon plantaire. Mais alors même qu'une intervention deviendrait ensuite nécessaire, l'opération retardée se ferait d'une façon plus économique et dans de meilleures éonditions d'état général.

Intoxication aiguë mortelle par le sublimé. — MM. *L. Babonneix* et *L. Pollet* rapportent l'observation d'un sujet jeune, sans antécédents, et qui, à la suite de l'absorption accidentelle de quatre paquets de sublimé, fut pris de troubles multiples : digestifs : coliques, vomissements d'abord alimentaires, bilieux, puis franchement hémorrhagiques, diarrhée incoercible ; nerveux : somnolence, bientôt entrecoupée d'agitation ; urinaires : anurie absolue, sauf au sixième jour où furent émis, après un lavement froid, 80 cc. d'urine. La mort survint au 9e jour. La présence du mercure avait pu être décelée dans les selles et dans le sang, qui renfermait plus de 3 gr. d'urée par litre. A l'autopsie, lésions multiples, mais surtout rénales. Ce cas se rapproche de ceux publiés par MM. Guillain et Gardin, d'une part, Achard de l'autre.

Gangrène pulmonaire guérie par le pneumothorax artificiel. — M. *Ameuille* rapporte un cas de caverne gangréneuse du poumon guérie par le pneumothorax artificiel. Les radiographies montrent la guérison de la caverne. Par contre il signale un cas où la gangrène a évolué malgré le pneumothorax.

M. *Hallé* signale plusieurs observations dans lesquelles le pneumothorax a eu une heureuse influence et d'autres dans lesquelles la gangrène a continué à évoluer. Pour Hallé, les succès tiennent aux cas qui s'adressent à un foyer limité et central.

M. *Rist* a observé plusieurs cas de gangrène après submersion dans la mer. Il a pu se rendre compte de la fréquence d'anaérobies à la surface de l'eau.

M. *Flandin* reste surtout partisan des moyens médicaux spécifiques ou non. Il rapporte un cas dans lequel la guérison est survenue en six semaines grâce à l'association de l'arsénobenzol, du sérum antigangréneux et d'auto-vaccin.

Bruit de galop et rythme à quatre temps. — MM. *Ch. Laubry* et *Daniel Routier* rappellent que le bruit de galop, rythme à trois temps, auquel s'attache un pronostic sévère, commandé par l'insuffisance ventriculaire gauche qu'il extériorise, est dû :

1° Le plus souvent à la contraction auriculaire ; l'onde-choc ventriculaire est alors présystolique, à moins qu'il n'existe quelque trouble de conductibilité qui déplace tôt dans la diastole la contraction auriculaire, ou quelque modification de rapidité du rythme qui allonge ou raccourcisse la diastole. Cette variété de galop est d'habitude présystolique ; elle n'est mésodiastolique ou protodiastolique que par l'adjonction de ces troubles précités. En tous cas cette variété de galop mérite le nom d'auriculo-ventriculaire.

D'autres galops sont tout à fait indépendants de l'activité auriculaire. Ils sont dus à l'afflux sanguin qui précède la systole de l'oreillette. Le ventricule se laisse distendre par cette onde, ce qui explique que cette variété de galop persiste dans l'arythmie complète. On peut étiqueter ces galops du nom de galops ventriculaires protodiastoliques.

Les deux variétés peuvent coexister chez le même malade ; l'auscultation permet alors de percevoir quatre bruits sourds : le galop présystolique, le premier bruit, le second bruit et le galop protodiastolique. Cette éventualité rare ne se produit que lorsque l'hypotonicité ventriculaire gauche est extrême et partant, son pronostic est des plus sombres et dans une échéance tout à fait rapprochée. Le diagnostic en est donc très important et les auteurs mettent en garde contre une erreur possible : celle d'un rythme à quatre temps où avec un galop présystolique existe un dédoublement du deuxième bruit. Au lieu d'avoir trois brèves et une longue, on a une succession d'une brève et d'une longue, répétées deux par deux. Le pronostic de ce dernier rythme, sans être favorable, n'est toutefois pas fatal dans un délai aussi bref.

Anaphylaxie à l'insuline. Pyohémie consécutive. — MM. *Achard* et *Sig. Bloch* rapportent un cas de diabète dans lequel le coma étant survenu, l'insuline amena une véritable résurrection. Le traitement ayant ensuite continué, des accidents anaphylactiques survinrent : prurit, urticaire, abcès. On dut cesser le remède pendant deux jours, mais une menace de coma, aussitôt enrayée par l'insuline, en imposa la reprise. L'échantillon fut changé et les accidents ne reparurent plus. Malheureusement l'infection s'était établie et la malade mourut de péritonite provoquée par un infarctus septique de la rate avec des abcès multiples des reins et des poumons.

Ces accidents, attribués à des impuretés protéiniques de la préparation d'insuline, sont heureusement rares. Bien qu'on les considère souvent comme plus gênants que graves. Cette observation en montre le danger et la nécessité de purifier le plus possible l'insuline.

Les auteurs signalent que le pancréas, recueilli dans de bonnes conditions, trois heures après la mort, ne présentait que de légères lésions, et que beaucoup d'ilots de Langerhaus paraissaient normaux.

Etude de quelques cholagogues par la méthode de Meltzer-Lyon. — MM. *Félix Ramond*, *Borcesco* et *Zizine*. — Les substances

instillées directement dans le duodénum, à travers la sonde duodénale d'Einhorn, d'après la méthode de Meltzer-Lyon, peuvent agir séparément sur la vésicule biliaire et sur la glande hépatique, ou bien simultanément. Sur la vésicule, les unes provoquent sa contraction, puis l'expulsion de son contenu. Ce sont des substances *cholécysto-kinétiques* (sulfate de magnésie, peptone, HCl, huile d'olives et oléates, lait et lactoses, jaune d'œuf émulsionné, café, etc.) ; les autres paralysent au contraire la vésicule (calomel, salicylate de soude, sulfate de soude, etc.), ce sont des *cholécysto-antikinétiques* ; d'autres enfin n'ont aucune action (glycérine, glucose, boldo, bicarbonate de soude, etc.).

Sur la cellule hépatique, les unes amènent une sécrétion de bile complète ; ce sont les véritables cholalogues (sulfate de magnésie, peptone, huile et oléates, salicylate de soude et aspirine, etc.) ; les autres augmentent bien la quantité excrétée, mais par dilution aqueuse ; ce sont des *cholo fluidifiants* (sulfate de soude, glucose, salicylate de soude, aspirine, glycérine). Quelques cures agissent à la fois sur la vésicule et la glande hépatique, ce sont des *cholalogues complets* (mélange de sulfate de magnésie et de peptone, huile d'olives). On conçoit qu'en usant avec discernement, suivant les cas, des divers produits précédents, le médecin puisse obtenir des résultats variables, mais adaptés à l'état de chaque malade.

Les duodénites : études étiologique et anatomo-pathologique. — MM. *F. Ramond* et *Darquier*.

Le drainage médical des voies biliaires par injection de produits cholalogues. — MM. *Félix Ramond*, *Borcesco* et *Zizine*. — Vincent Lyon a proposé avec succès de drainer médicalement les voies biliaires par l'instillation dans le duodénum, à travers la sonde d'Einhorn mise en place, de sulfate de magnésie. Les auteurs proposent la simple ingestion, à jeun, dans un peu d'eau tiédie glycérinée, du mélange suivant, beaucoup plus actif que le sulfate de magnésie seul :

Sulfate de magnésie....................	5 gr.
Peptone de Witte....................	2 gr.
Poudre de réglisse....................	1 gr. 50

La poudre de réglisse devant contrebalancer la saveur désagréable de la peptone. L'observation clinique et l'expérimentation leur ont prouvé que les résultats sont aussi favorables que ceux de l'instillation directe.

Séance du 31 juillet 1925.

Sur un cas de cancer du poumon gauche ayant envahi et perforé la paroi cardiaque. — MM. *G. Caussade*, *J. Surmont* et *J. Lacapère* présentent les pièces d'un cancer du poumon gauche : La partie inférieure du lobe supérieur est creusée d'une caverne du volume d'une grosse orange ; la paroi interne, nettement cancéreuse, est constituée par les faces gauches du ventricule et de l'oreillette gauches ; cette dernière est perforée par le néoplasme qui fait fortement saillie dans sa cavité. La paroi externe de la caverne pulmonaire est seulement infiltrée par quelques noyaux néoplasiques, assez disséminés.

Du point de vue clinique, deux syndromes ont prédominé :

1° *Un syndrome cavitaire* avec expectoration d'apparence gélatineuse, parfois fétide ; l'absence de tout bacille de Koch, fit penser à une gangrène pulmonaire.

2° *Un syndrome d'asystolie*, aiguë avec souffle diastolique de la base du cœur, dont l'explication fut fournie à l'autopsie par le gros bourgeon cancéreux, proéminant dans l'oreillette gauche. Cette asystolie aiguë, assez spéciale, était sans doute liée aux lésions myocardiques et nerveuses causées par l'envahissement néoplasique du cœur.

La mort est survenue très rapidement, après un long passé bronchitique.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un épithélioma à évolution épidermoïde, dont l'origine se trouve dans la prolifération fortement atypique ou différenciée du revêtement broncho-pulmonaire et, d'après les A., principalement de l'alvéole.

L'insuline dans l'athrepsie. — M. *Lesné* et Mlle *Dreyfus Sée* sans connaître encore les recherches de MM. Nobécourt et Max Lévy, ni les essais antérieurs des Américains, ont employé l'insuline depuis deux mois dans le traitement de l'athrepsie et de quelques états cachectiques de l'enfance quelles qu'en soient les causes.

Ils publient l'observation d'un athrepsique de trois mois avec Hecht partiellement positif qui présentait de l'intolérance au lait naturel et un amaigrissement progressif considérable.

Les modifications de régime et le traitement spécifiques étaient restés sans effet. Sous l'action de l'insuline, l'enfant a présenté un rapide accroissement pondéral et il est actuellement en très bon état de santé.

Quelques essais, faits également au cours des gastroentérites aiguës, ont donné des résultats favorables et on n'a pas observé, pendant le traitement, de chute glycémique notable.

Donc dans l'ensemble : résultats encourageants qui incitent à poursuivre les recherches.

Mort par méningite à pneumo-bacilles de Friedlander au cours de l'évolution d'une paralysie générale à début atypique. — M. *André Legrand*. — Il s'agit d'une femme internée deux fois en 1911 et 1914 pour syndrome mélancolique chez qui, en 1924, s'est déclarée une paralysie générale.

L'affection était typique cliniquement et biologiquement et évoluait normalement quand se déclara une méningite aiguë qui emporta la malade en quelques jours. Le liquide céphalo-rachidien ensemencé et inoculé contenait du pneumobacille de Friedlander à l'état de pureté.

En somme, cette paralysie générale tire son intérêt d'une triple anomalie :

1° Elle est survenue chez une aliénée.

2° Elle s'est terminée par une méningite aiguë, ce qui est exceptionnel en cas d'une atteinte chronique des méninges.

3° Cette méningite reconnaissait pour agent causal le pneumobacille de Friedlander

L'étude micro-angioscopique dans les états circulatoires des membres. — M. *Guillaume*.

La cholestérine dans la lithiase biliaire. — MM. *M. Chiray*, *R. Le Clerc*, *R. Benda*, et *M. Milochevitch* apportent le résultat d'une nouvelle série de recherches sur ce sujet qu'ils ont déjà antérieurement traité. Ils rappellent d'abord les nombreux travaux qui ont été publiés sur la question, puis exposent sommairement la technique à laquelle ils se sont arrêtés après une longue série d'essais. Après avoir confirmé leurs premières constatations relatives à l'hypocholestérinocholie habituelle dans la lithiase biliaire, ils montrent que ce symptôme « *l'hypocholestérinocholie de fond* » est probablement lié à une *hyposolubilité de la cholestérine* dans la bile des malades. Ils signalent ensuite que ce trouble humoral peut disparaître à certaines périodes de la maladie, si bien qu'on est fondé à distinguer deux stades au cours de celle-ci, le *stade lithogène* pendant lequel le calcul se forme et le *stade lithiasique* pendant lequel il donne des accidents mécaniques ou infectieux. Enfin les auteurs insistent sur ce fait que l'hypocholestérinocholie et l'hyposolubilité de la cholestérine ne sont habituellement réalisées ni par la stase ni par l'infection, ni en somme par aucune autre affection vésiculaire. La constatation de celles-ci entraîne donc une présomption en faveur du diagnostic de lithiase. Mais leur non constatation n'élimine pas entièrement cette hypothèse, puisqu'à certaines périodes le trouble humoral fait défaut.

Un cas de tubercule protubérantiel. — *MM. Babonneix et Hutinel*, à propos du cas récemment rapporté par *MM. Pilod et Fribourg-Blanc*, communiquent à la Société une observation du même ordre, mais où la lésion est restée entièrement latente. Le tubercule, gros comme un pois, occupait le ruban de Roil gauche. Il ne s'accompagnait d'aucune dégénération. La mort avait été produite par méningite tuberculeuse.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 juillet 1925.

Action de l'insuline sur les plaies atones. — *MM. Chabanier, Lumière et Mlle Lebert* ont fait des recherches sur l'action de l'insuline sur les plaies atones employée en traitement local, conjointement ou non avec le traitement général insulinique. Il semble que le résultat soit favorable, aussi bien d'ailleurs chez des sujets non diabétiques que diabétiques.

Toxicité et action comparées de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone. — *MM. P. Lemay et L. Jaloustre.*

Nouveau moyen d'exploration du système végétatif. Réflexes par compression du nerf sus-orbitaire et de ses rameaux à l'état normal. Réflexe orbito-cardiaque, orbito-pneumique et orbito-vaso-moteur. — *M. Petzetakis.*

Séance du 31 juillet 1925.

La recrudescence de l'alcoolisme. — *M. Achard* a trouvé, en six mois, dans son service d'hôpital, 10,5 % hommes et 6,3 % femmes présentant des stigmates manifestes d'alcoolisme. La cirrhose est plus fréquemment observée chez la femme (18 %) que chez l'homme (9 %). Il donne une statistique sur la consommation de l'alcool en France depuis dix ans et indique les moyens propres à lutter contre l'alcoolisme.

Encéphalite consécutive à la vaccination antivariolique. — *MM. Van Bouwdyke Bastiaanse, Therburgh, Byl et Levaditi.* — En attendant l'achèvement de leurs recherches et la publication d'un travail plus détaillé, les auteurs se croient autorisés à conclure que l'hypothèse la plus conforme aux faits qu'ils ont observés est celle du réveil d'une affection névraxique de nature encéphalitique, préexistant à l'état latent au cours des épidéphalite, réveil provoqué par la vaccination antivariolique.

Cette hypothèse est en outre conforme aux récherches expérimentales de Levaditi et Nicolau, lesquels ont montré que l'inoculation d'un ultra-virus neurotrope (rage, herpès) peut faire apparaître une infection latente due à un autre ultra-virus neurotrope, différent du premier (neurovaccine).

Si cette hypothèse est fondée, les cas étudiés sont instructifs. Ils montrent, en effet, que la réactivation du virus encéphalitique par une inoculation du vaccin jennérien, de même que l'évolution de l'encéphalite chez des sujets en puissance d'une infection vaccinale, peuvent modifier l'aspect clinique et jusqu'à un certain à un certain point, la nature même des altérations microscopiques caractéristiques de l'encéphalite épidémique.

Toutefois, il y a encore une possibilité qu'il n'est pas permis d'exclure entièrement : c'est que l'affection en cause a pu être provoquée par un virus encore inconnu, capable de déterminer une encéphalite particulière dans des conditions spéciales.

M. A. *Netter* estime que, dans les cas rapportés, la nature de l'encéphalite n'est pas suffisamment démontrée.

Le paludisme en Corse. — M. *Brumpt* rend compte d'un voyage qu'il vient de faire en Corse où il a constaté l'existence d'au moins trois espèces d'anopheles pathogènes, alors que jusqu'ici on n'avait récolté que l'anophèles maculipennis. M. Brumpt a rapporté l'anopheles algeriensis et l'anopheles hyrcanus.

La pigmentation de l'aréole du sein. Réaction de défense contre la macération. Son action préventive contre les crevasses. Traitement des gerçures et crevasses par les rayons ultra-violets. — M. *P. Chatin* (de Lyon).

Séance du 28 juillet 1925.

La stérilisation de la monnaie. — M. Jules *Renault*, au nom d'une commission composée, avec lui, de MM. Hanriot et Léon Bernard, lit un rapport sur la stérilisation de la monnaie et des billets de banque, elle est théoriquement désirable, comme le serait celle de tous les objets exposés aux souillures, mais les difficultés d'une exécution suffisamment répétée n'en permettent pas encore la réalisation pratiquement efficace ; fort heureusement les pièces de monnaie et les billets même très souillés en apparence, ne portent que rarement des agents pathogènes.

Dans le cas de la monnaie, le métal argent ou cuivre (il n'en

serait pas de même de l'or) a une action bactéricide considérable comme l'ont montré les expériences de M. Vincent.

Quant aux billets, les recherches de MM. Jules Renault et P.-P. Lévy ont montré qu'ils étaient sinon stériles, du moins habituellement exempts de germes pathogènes, ce que l'on peut attribuer à l'action oxydante de l'air favorisée par la porosité du papier.

Dyshépatie grave consécutive à une rougeole anormale chez une adulte. — M. F. *Ladreyt* rapporte un cas de rougeole dont l'évolution n'a pas duré 48 heures et qui fut anormale non pas seulement par l'absence des prodromes ou des syndromes qui, d'ordinaire, caractérisent cette affection — à l'exclusion d'un Koplick assez précoce et d'une desquamation nettement morbilleuse, rien ne rappelait une rougeole classique — mais encore par des complications graves, troubles hépatiques assombrissant singulièrement le pronostic (acétonémie tenace récidivant après des rémissions provoquées par l'ingestion de doses élevées de bicarbonate de soude — 80 à 100 gr. par jour — dyspnée de Kussmaul, adynamie profonde, imminence de collapsus cardiaque) que, même chez l'adulte, ne détermine pas la rougeole, et dont la gravité, dans le cas considéré, ne semble pas en rapport avec la bénignité apparente de l'affection qui les a provoquées.

Il semble bien que l'acétonémie ait été la résultante de la dyshépatie consécutive à l'infection morbilleuse.

Sur l'étiologie et la pathogénie de l'hypertrophie du système pileux. — M. C. *Pomaru Caplesco* (de Bucarest) apporte les résultats de ses recherches sur l'hypertrophie du système pileux au niveau de diverses affections locales, dont l'évolution dépasse au moins un ou deux mois. Il s'agit des poils de la région malade, où l'on observe, à l'inspection de la peau qui couvre et entoure le foyer malade ou septique, une hypertrophie pileuse manifeste.

L'auteur estime que la cause de cette hypertrophie est une vaso-dilatation, c'est-à-dire une hyperémie active, un afflux du sang, causé ou augmenté par l'affection locale elle-même. Cette hyperémie est nécessaire à la réparation des tissus malades ou infectés ; mais en aidant à la guérison ou à la cicatrisation de ces tissus elle nourrit en même temps les tissus sains d'alentour. C'est une hypernutrition physio-pathologique locale.

Traitement de l'endocervicite et du catarrhe de l'utérus par la potasse caustique mitigée. — M. C. *Bottaro* (de Buenos-Ayres) rejette le Filhos et le néo-Filhos trop caustiques agissant profondément sur les tissus et susceptibles de produire des processus scléreux et des sténoses tardives.

Il préconise un composé dans lequel la potasse prédomine et l'excipient chaux est réduit à la proportion du sixième.

Son traitement est surtout intéressant dans l'endocervicite des nullipares. Il porte sur toute l'étendue du conduit cervical.

Le topique agit par une sorte de décapage rapide et total de la muqueuse et des glandes altérées ou infectées.

Il est essentiellement utilisable contre les formes les plus communes de la stérilité féminine.

Il constitue parfois un temps préparatoire avantageux dans les cas où une opération plastique complémentaire aura été jugée nécessaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 juillet

Action préservatrice des rayons ultra-violets contre l'infection. — M. *Louis Bazy*, après avoir rappelé les expériences défavora-

bles de M. Chaton, expose les résultats plus encourageants de M. Regard, de Genève. La cicatrisation est plus rapide après exposition aux rayons ultra-violets et la résistance à l'infection est plus grande. Cette action bactéricide incontestable s'effectue « en surface » et s'accompagne de certaines destructions des tissus : vésication, desquamation, etc. Le dosage est très difficile en raison de la sensibilité variable des sujets. On a pu constater des brûlures tardives, 5 à 6 heures après l'irradiation.

M. L. Bazy rapporte également les expériences de M. Van Leer. Ce dernier a pu pratiquer 800 interventions sous irradiation ultra-violette, sans aucune asepsie du champ opératoire, des mains du chirurgien, des instruments.

Oblitération cicatricielle du cholédoque. — *M. Lafourcade* (de Bayonne) élimine de sa communication les compressions par kyste hydatique ou par pancréatite chronique (4 cas).

Le premier malade, âgé de 68 ans, présentait des crises de coliques hépatiques fréquentes. On pensait à une lithiase vésiculaire. L'opération montra en réalité une sténose du cholédoque à 1 cent. 1/2 de sa terminaison. Une cholédoco-duodénostomie amena la guérison.

Un autre malade, de 58 ans, était atteint d'ictère par rétention. On pensait à une oblitération calculeuse du cholédoque. On trouva à l'intervention une vésicule rétractée et un cholédoque épaissi mais à lumière, oblitérée, ne contenant pas de bile. Le canal hépatique seul était perméable. Une anastomose de ce canal sur tube de caoutchouc avec le duodénum fut tentée. Les suites furent d'abord simples, mais bientôt le malade tomba dans le coma et succomba.

Le pronostic de ces cas réside tout entier dans la précocité de l'intervention, seule capable de préciser le siège de l'oblitération.

L'hystérectomie large pour cancer du col de l'utérus. — *M. de Fourmestreaux* (de Chartres) a eu dans ces dernières années une grosse diminution de mortalité. Dans la première série d'opérations de 1908 à 1918, il pratiquait une péritonisation soignée : sur 27 cas il eut 8 décès immédiats, 8 récidives et 4 survies au delà de 10 ans. Au contraire, de 1919 à 1925, il a d'abord amélioré la préparation des malades d'abord par la vaccination puis surtout par des applications de radium pré-opératoires et a pratiqué le drainage avec un sac de gaze à la Mikulicz. Sur 61 cas il a eu 5 décès opératoires, 16 décès dans les trois premières années et 30 survies. De ces dernières opérées, 22 ont été revues dans ces dernières semaines sans récidives.

Perforation intestinale post-typhique. — *M. Cadenat* dut intervenir chez une étudiante en médecine atteinte, huit mois après une vaccination, d'une typhoïde sévère. Au 12e jour, la malade présenta une crise abdominale sévère suivie de rémission puis de prostration. M. Cadenat ne la voit qu'à la 12e heure et intervient. Il trouve une perforation à 40 cm. de l'angle iléo-cæcal et la suture laissant l'anse amincie extériorisée. Au bout d'un mois des accidents de sub-occlusion nécessitent une anastomose latéro-latérale, puis l'anse se réduit spontanément et la guérison survint.

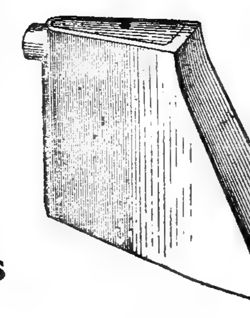
BIBLIOGRAPHIE

Manuel pratique d'astronomie, par Lucien Rudaux. — On avait déjà publié des ouvrages destinés à vulgariser les connaissances astronomiques : mais un ouvrage qui du jour au lendemain permît au premier venu de devenir pratiquement astronome, voilà qui pouvait sembler difficile à concevoir. C'est ce petit tour de force qu'un astronome, M. Rudaux, vient de réaliser avec un rare bonheur. Son *Manuel pratique d'astronomie* n'initie pas seulement le lecteur aux théories de l'astronomie ; il lui apprend encore à construire à peu de frais les instruments indispensables et à effectuer lui-même des observations d'une rigueur scientifique ; il lui montre même, s'il possède un appareil photographique, comment obtenir et fixer des vues directes du ciel et appuyer ses observations personnelles de documents également personnels. Que d'adeptes ce petit livre va valoir à une science passionnante dont on croyait jusqu'ici les merveilleuses perspectives interdites aux profanes ! Un volume illustré, 7 fr. 50. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris, et chez tous les libraires.

Causeries d'ophtalmologie pratique, par le Dr A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris. Maloine éditeur, 27, rue de l'École-de-Médecine, Paris VIe.

Ce livre est un ensemble de conférences, de notes qui forment l'enseignement hospitalier du Dr A. Cantonnet. Cet enseignement s'adresse avant tout aux médecins exerçant la pratique générale, mais les ophtalmologistes y trouveront des notions intéressantes sur des chapitres d'actualité : dionisation oculaire, examen de l'œil à la lumière « sans rayons rouges », collyres isotoniques aux larmes, écriture usuelle pour les aveugles, paralysies oculaires *a frigore*, celle des artério-scléreux, des diabétiques, les rétinites azotémiques chez le diabétique, le quatrième symptôme de la


Feuille de température
Fiche de pansement
Etat
Ne soyez plus tributaire de votre imprimeur...
Quelques stencils, faits une fois pour toutes, vous donneront en peu d'instants avec votre GESTETNER, tous les imprimés, tous les tracés dont vous avez besoin dans votre établissement. C'est une sérieuse économie qui vaut bien un essai. Demandez-le à
Gestetner
114, rue Réaumur
PARIS



triade d'Hutchinson, les chauffages secs des yeux, les instables de la vision binoculaire, l'amélioration des faibles acuités, l'expérience du « trou dans la main », etc...

Mais ce livre n'est pas écrit en termes techniques ; ce sont surtout des causeries, sur le ton de la conversation devant le malade. Elles sont d'allure clinique, claires et concises ; ce sont des « consultations expliquées » où la sémiologie tient une grande place. C'est un plaisir de lire cet ouvrage. Le praticien y trouvera agrément et profit.

Revue des cours et conférences. Paraît le 15 et le 30 de chaque mois du 15 décembre au 30 juillet. Le n° 3 fr. Ab. un an : 40 fr. Boivin, éditeur, 3 et 6, rue Palatine, Paris.

Sommaire du n° du 30 juin 1925 : A. Feugère : Georges Sand et Alfred de Musset (II). — M. Marion : L'agriculture et les classes rurales aux XVII[e] et XVIII[e] siècles (VII). — G. Conyres : Le mystère shakespearien (VI). — A. Lirondelle : Le roman russe en France à la fin du XIX[e] siècle. — E. Meyer : Diderot moraliste (V). — Th. Grabowski : Introduction à l'histoire de la littérature polonaise (V).

Le Guide du Gourmand, par Robert-Robert. 1 vol. in-16, cartonné toile (illustr. par Brissaud), 10 fr. B. Grasset, éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Ce précieux petit volume était épuisé depuis deux ans. La nouvelle édition est entièrement remise à jour. Une série de « Fiches gastronomiques » qui y est jointe assure une collaboration utile avec le public.

Le Guide du Gourmand est le compagnon indispensable de tout gourmet.

Les consultations opothérapiques publiées par les laboratoires Pellissier, 33, avenue de Villiers, Paris.

Le n° 2 des *Consultations opothérapiques* traite de la *Tuberculose*. Il expose clairement les bénéfices que les tuberculeux et prétuberculeux peuvent retirer de l'opothérapie, lorsque celle ci est judicieusement appliquée.

Les auteurs donnent les raisons de l'activité des glandes *surrénales, rate, pancréas*, et surtout de la *glande mammaire* non dégraissée.

Le mécanisme de l'action des glandes mammaires est remarquablement traité et les auteurs concluent ainsi à ce sujet :

Ainsi donc, l'ingestion des glandes mammaires agirait sur les tuberculeux :

1° Comme sédatif de l'appareil utéro-ovarien et anti-hémorragique ;

2° En excitant la sécrétion surrénalienne (rôle antitoxique et fixateur des sels de chaux) ;

3° En fournissant à l'organisme des acides aminés en grande quantité.

L'emploi de la poudre de glandes mammaires contre la tuberculose donne d'excellents résultats qui se résument ainsi qu'il suit :

Chez les femmes, disparition des *hémoptysies* et des *règles profuses, des hémoptysies prémenstruelles* (*la glande mammaire est à cet égard le médicament de choix*).

Pour les deux sexes, amélioration de l'appétit et relèvement de l'état général, disparition progressive de la fièvre, augmentation considérable de poids. La toux et l'expectoration diminuent ensuite, mais seulement après le relèvement de l'état général.

Contre-indications : *les tuberculoses hyperthermiques, les tuberculoses cavitaires avec fièvre hectique, les cas arrivés à la période ultime.*

En revanche, les prétuberculeux, les adénopathies trachéobronchiques, les femmes en instance de tuberculose après allaitement, retirent du traitement un bénéfice rapide et très marqué.

Le n° 3 qui vient de paraître traite de l'*artério-sclérose.*

Le service des *Consultations opothérapiques* est fait aux médecins qui en font la demande aux laboratoires Pellissier.

Le Roman d'une épidémie parisienne. Le vol à l'étalage dans les grands magasins, par A. Antheaume. Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris. Un volume de 228 pages.

On sait que la grande presse de tous les pays a consacré de nombreux articles et parle journellement d'une *affection* mentale *fictive : la Kleptomanie.* C'est au docteur Antheaume que revient le mérite d'avoir déclanché ce mouvement d'opinion à la suite de deux communications : l'une à la Société de Médecine légale de France, l'autre à l'Académie de Médecine de Paris.

Notre collègue, qui ne s'est jamais laissé éblouir par les coutumes médico-légales et qui a toujours basé ses recherches sur l'observation impartiale et raisonnée des faits, nous donne le résultat de ses examens des prétendues kleptomanes. Il démontre avec preuves à l'appui (et des preuves convaincantes) que la keptomanie moderne, c'est-à-dire le vol à l'étalage dans les grands magasins parisiens, était la résultante d'une épidémie mentale sévissant sur les Parisiennes, car il s'agit d'un *vol exclusivement féminin*, vol à la mode qu'on ne trouve ni à Londres, ni à Buenos-Ayres, ni dans aucune autre capitale.

Cette épidémie parisienne a un caractère romanesque et le fait de la préciser, d'en analyser le mécanisme, d'en indiquer les causes intéresse tout le monde, d'autant plus que le sujet pose la question sociale de l'égalité devant la Justice, de la femme qui vole du pain pour nourrir ses enfants et de la voleuse riche qui vole des parures pour satisfaire sa coquetterie.

Ce volume rempli d'anecdotes et de vues originales mérite un succès de bon aloi qui s'annonce comme certain à la suite des articles humoristiques sur le même sujet d'écrivain, réputés : Lucien Descaves, La Fouchardière, Pierre Mille, Paul Souday, Clément Vautel, etc.

On y trouvera le résultat d'une enquête récente sur le vol dans les grands magasins parisiens : Bon Marché, Bazar de l'Hôtel de Ville, Dufayel, Galeries Lafayette, Louvre, Printemps, Trois Quartiers, Samaritaine, Place Clichy ; il s'agit d'une documentation technique, développement indispensable d'un travail de ce genre qui rentre dans la catégorie des travaux du domaine de l'hygiène sociale. En un mot ce volume est un résumé synthétique de la kleptomanie ou point de vue littéraire, anecdotique, scientifique et médico-judiciaire. On y trouve même des indications inédites sur un drame récent (le droit de tuer sans intérêt) et sur les châtiments corporels en matière de répression pénale, comme moyen de défense sociale.

Les psychiatres et les criminalistes doivent lire et méditer cet ouvrage d'une actualité remarquable, j'ajoute que la forme élégante et agréable qui a été donnée à cette étude la fait lire par les gens du monde, d'autant son titre « roman d'une épidémie Parisienne » incite les lecteurs non médecins à en prendre connaissance.

Cet ouvrage n'est donc pas seulement une mise au point psychiatrique et criminologique, c'est un moyen excellent de propagande et par suite de prophylaxie morale. Félicitons donc le D[r] Antheaume d'avoir si brillamment atteint ce double but.

G. P.-B.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT
DRAEGER

FONDÉ EN 1873. — N° 33. Le Numéro : 50 Centimes 15 AOUT 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 30 fr.
Belgique et Italie........... 40 fr.
Union postale................ 50 fr.

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de province. — ARRAS. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hospices civils s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paris, et le concours pour un emploi de chirurgien-adjoint par la nomination de M. le docteur Tierny.

TOULOUSE. — Le concours pour la nomination à trente places d'externe en médecine s'est terminé par la nomination de MM., Favre, Bugnard, Ravel, Masse, Merlin, Lemas, Baisset, Cantegril, Freyches, Augère, Roudil, Vives, Lacaze, Syrmen, Ceulouma, Plazolles, Mlle Teyssandier, MM. Sarremejean, Fauvie, Deguiral Saint-Picq, Igert, Froment, Peyre, Chatenay, Poisson et Guilhem

Facultés de médecine.— AGRÉGATION.— Le ministre de l'instruction publique fait savoir que la nouvelle réglementation de l'agrégation des Facultés de médecine, réglementation publiée au *Journal officiel* du 6 avril 1924, n'a pas prévu de limite au droit qu'a tout candidat de se présenter à la première épreuve, mais que les candidats ne peuvent se présenter que trois fois à la seconde épreuve.

Ministère de l'instruction publique. — Sont nommés :

Officiers de l'instruction publique. — Mlle le docteur Barrier (de Grenoble), MM. les docteurs Bartet, médecin en chef de 2e classe, à Rochefort : Bax (d'Amiens), Clermont, (de Toulouse), Cotte (de Lyon), Delon (de Nîmes), Denéchau, (d'Angers), le médecin-major Drouhet ; Durand (de Toulouse), Escande (de Toulouse), Estève (de Figeac), Faisant (de Lyon), Fournier (de Clermont-Ferrand), Gérard (de Lille), Hugel (de Strasbourg), Margarot (de Montpellier), N.-J. et E.-L. Martin (de Toulouse), Pech (de Montpellier), Pellissier et Pierret (de Lille), Piéry (de Lyon), Quirin (de Reims), Raymond (de Limoges), Rochais (de Lyon), Sauvage (de Grenoble), Savy (de Lyon), Traversier (de Grenoble), de Verbizier (de Toulouse), Worms (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alary (de Clermont-Ferrand), Aubry (d'Alger), Ballereau (de Nantes), Barthe (de Bizerte), Beltrami (de Marseille), Bertein (de Lyon), Boucher (de Grenoble), Brémond et Chauvin (de Marseille), Cornil (de Nancy), Costa (de Marseille), Constantini (d'Alger), Crémieu (de Lyon), Dubreuil - Chambardel (de Tours), le médecin principal Duguet ; Fabre (de Paris), Florence (de Lyon), Gallerand de Marseille), Granel (de Montpellier), Guégan (de Nouméa), Imbert et Jullien (de Lyon), Kern (de Thann), Lalung-Bonnaire (de Cholon, Cochinchine), Lancelin (de Toulon), Massia (de Lyon), Mattéi (de Marseille), Morvillez de Lille), Plazy (de Toulon), Sigaud (de Grenoble).

Réorganisation des études en vue du doctorat en médecine.—L'article 27 du décret du 10 septembre 1924, susvisé, est modifié ainsi qu'il suit :

Art. 27. — Les examens correspondant aux trois premières années d'études peuvent être subis devant les écoles de plein exercice de médecine et de pharmacie.

Les examens correspondant à la quatrième année d'études peuvent également être subis devant ces écoles lorsqu'elles y ont été autorisées par un arrêté ministériel pris sur avis conforme de la commission compétente du comité consultatif de l'enseignement supérieur public et de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique. Ces autorisations peuvent être retirées dans les mêmes formes.

Les examens correspondant aux deux premières années d'études peuvent être subis devant les écoles préparatoires de médecine et de pharmacie.

Médailles de l'Assistance publique. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Lagrange, Rousseau-Saint-Philippe et Sabrazès (de Bordeaux), Leprince (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Andérodias, Auché, Bitot, Bouvet, Duvergey, Gourdon, Lacouture, Princeteau (de Bordeaux), Lalanne (de Maréville), Amoux (de Paris), Camescasse (de Forges-les-Bains), Rochon-Duvigneaud (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Philippe (de Tarascon), Estradère (de Talence), Bordeau et Grasset (de Fougères), Latour (du Puy), Coliez (de Longwy), Jeandidier (de Gouraincourt-Longwy), Beaufils et Horay (de Moulins-Engilbert), Ferry (de Romorantin), Henry (de Montdidier), Cordemans (de Bruxelles).

M. Mabille, interne des hôpitaux à l'hospice de Bicêtre.

MM. Deslandes et Fournier, élèves en médecine à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Charuel, ancien directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, a été nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés.

Comité médical des Bouches-du-Rhône. — M. le professeur Henr Roger, vient d'être nommé président de la section scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

Faculté de médecine de Lyon. — *Cours de perfectionnement d'ophtalmologie.* — Le Prof. ROLLET, assisté de MM. les Drs BUSSY, ROSNOBLET, COLRAT et MALOT, chefs de clinique et de laboratoire, commencera, le lundi 5 octobre 1925, un cours de perfectionnement, avec examens cliniques, travaux pratiques d'ophtalmologie opératoire et manipulations de laboratoire, instruments d'optique, électro-aimant géant, etc.

Les leçons et exercices pratiques auront lieu pendant deux semaines à la Clinique ophtalmologique. Un certificat d'assuidité sera délivré à la fin du cours.

Les docteurs et étudiants français et étrangers qui désirent suivre le cours, devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, Lyon. Les droits à percevoir sont fixés à 150 fr.

PROGRAMME DU COURS. — Lundi 5 octobre : 9 heures. Le fond de l'œil normal et pathologique ; Projections en couleurs. — 10 heures. Examen des malades. — 5 h. 1/2. Fonctions rétiniennes, leur exploration en clinique.

Mardi 6 octobre : 9 heures. Voies optiques, hémianopsies. — 10 heures. Exercices de chirurgie oculaire : kératotomie, iridectomie, sclérectomie, strabotomie, avancement musculaire. — 5 h. 1/2. Conjonctivites simples.

Mercredi 7 octobre : 9 heures. Papillites, œdème papillaire, atrophies. — 10 heures : Examen de malades. — 5 h. 1/2 : Détermination pratique des troubles de la réfraction.

Jeudi 8 octobre : 9 heures. Les affections spontanées et traumatiques du fond de l'œil ; projections en couleurs. — 10 heures : Bactériologie oculaire. — 11 heures. Exercices de chirurgie : énucléation, éviscération, exentération. — 5 h. 1/2 : Radiothérapie oculaire pour trachome, kératite interstitielle, épithéliomas oculo-palpébraux, avec présentation de malades.

Vendredi 9 octobre : 9 heures. Voies motrices oculaires, paralysies extrinsèques. — 10 heures. Examen de malades. — 5 h. 1/2. Le trachome, les ulcères cornéens.

Samedi 10 octobre : 9 heures. Démonstration des nouveaux procédés d'examens oculaires : lumière verte, microscope cornéen, grands ophtalmoscopes.— 10 heures. Séméiologie pupillaire. Accom-

modation, son mécanisme et ses maladies. — 5 h. 1/2. Microbiologie oculaire.

Lundi 12 octobre : 9 heures. Les glaucomes. Tension oculaire et tonomètres. — 10 heures. Examen de malades. — 5 h. 1/2. Conjonctives purulentes.

Mardi 13 octobre : 9 heures. Dacryocystites et leur traitement. — 10 heures. Exercices de chirurgie des annexes : canthoplastie, tarsorraphie, opérations pour entropion et ectropion, blépharoplastie, ablation des glandes lacrymales. — 5 h. 1/2. Thérapeutique sous-conjonctivale, vaccinothérapie, sérothérapie, galactothérapie, traitements antisyphilitiques.

Mercredi 14 octobre : 9 heures. Kératites, Zona ophtalmique. — 10 heures. Examen de malades. — 11 heures. Exercices de chirurgie lacrymale et orbitaire : extirpation totale du sac lacrymal et du canal nasal. Orbitotomie externe sous aponévrotique. — 5 h. 1/2. Nystagmus. Les signes oculaires dans les syndromes nerveux d'acquisition récente.

Jeudi 15 octobre : 9 heures. Cataractes, soins préopératoires, technique opératoire, incidents et accidents. Résultats immédiats et éloignés. — 10 heures. Les épithéliomas cutanéo muqueux des paupières. — 5 h. 1/2. Radiographie oculaire, repérage des éclats intra-oculaires avec démonstrations.

Vendredi 16 octobre : 9 heures. Les éclats magnétiques intra-oculaires, leur extraction à l'électro-aimant géant, démonstration pratique. Exophtalmies et exophtalmométrie. — 10 heures. Examens de malades. — 11 heures. Œil et Sinus. — 5 h. 1/2. Iritis, iridochoroïdites.

Samedi 17 octobre : 9 heures. Médecine légale oculaire. Aptitudes militaire et professionnelle. Accidents du travail. Pensions, réformes, certificats et expertises. — 10 heures. Strabismes concomitants, stéréoscopie, diploscopes. — 5 h. 1/2. Tumeurs de l'œil.

Certificats et diplôme d'hygiène de l'Université de Lyon. — Depuis 1905 est donné à Lyon l'enseignement de perfectionnement, organisé pa Jules Courmont, pour l'obtention du Certificat d'Hygiène destiné aux Hygiénistes spécialisés.

Depuis 1920, cet enseignement a été remanié et étendu en vue des deux Certificats : Microbiologie appliquée à l'Hygiène, et Hygiène, et enfin du Diplôme d'Hygiène.

Cet enseignement a été suivi en 1925, à la Faculté de Médecine de Lyon, par 30 élèves.

La session d'examens a donné les résultats suivants : 1° Certificat de microbiologie appliquée à l'Hygiène. 25 candidats reçus : 3 avec très bien ; 9 avec bien ; 9 avec assez bien ; 4 avec passable.

2° Certificat d'Hygiène. 27 candidats reçus : 5 avec très bien ; 7 avec bien : 9 avec assez bien ; 6 avec passable

3° Diplôme d'Hygiène. Epreuves orales, écrites et pratiques.

Jury : MM. Courmont, prof d'Hygiène ; Commandeur, prof. d'accouchement ; Rochaix, prof. agrégé d'hygiène ; Piç, prof. à la Faculté de Droit.

21 candidats ont été reçus : M. Collignon avec très bien ; MM. Noyer, Meidinger, Cavaillès, Sauzet, Dosdat avec bien ; MM. Théobalt, Matinier, Sempé, Courrier, Giraud, Poty, Guerriero, Fouquet, Lainé, Carpat, Forjat, Porte, avec assez bien ; MM. Caman, Dupré, Mighalli avec passable.

Clinique médicale infantile. (Prof. : M. Georges Mouriquand). — *Cours de perfectionnement* 1925. — Un cours de perfectionnement aura lieu du 2 au 15 novembre 1955, sous la direction de M. le prof. Mouriquand, avec la collaboration de MM. Pehu, Gardère, Dufourt, médecins des hôpitaux, Bertoye, chef de clinique, et Bernheim, attaché à la clinique infantile. Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques. Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la clinique de chirurgie infantile (professeur Nové-Josserand) qui aura lieu à la même époque.

Programme. — 1° *Leçons et démonstrations.* — Tous les jours, à 3 h. 1/4, à la Clinique médicale infantile.

Lundi 2 novembre. Notions pratiques sur l'alimentation du nourrisson (normal et pathologique). — Mardi 3 novembre. Diagnostic

(*Voir la suite page* 1223).

TRAVAUX ORIGINAUX

La mélancolie et l'hyperthymie anxieuse

Par R. BENON
Médecin du Quartier des Maladies mentales
de l'Hospice général de Nantes.

SOMMAIRE. — *Hyperthymie anxieuse : originellement et initialement, anxiété. Mélancolie : chagrin, regrets, anxiété secondaire. — Illusions et hallucinations. Asthénie. Emotions « sensibilisatrices ». — Evolution de l'hyperthymie anxieuse. — Observations. — Conclusions.*

Tous les auteurs, semble-t-il, confondent la mélancolie et l'affection que nous appelons l'hyperthymie anxieuse : l'hyperthymie mélancolique, ou mélancolie, ne se présente pourtant pas sous le même aspect que l'hyperthymie anxieuse, qu'il y ait ou non, dans l'un et l'autre accès, complications délirantes.

Le fait clinique qui conduit à distinguer l'hyperthymie anxieuse de l'hyperthymie mélancolique, ou mélancolie proprement dite, est que celle-ci a pour cause un chagrin, un état de tristesse, déterminé par l'idée d'un mal passé, tandis que l'hyperthymie anxieuse a son origine dans l'idée d'un mal futur. Le malade hyperthymique anxieux n'est pas du tout primitivement triste ; il est uniquement inquiet, préoccupé, craintif ; il a peur de l'avenir : peur, par exemple, de manquer d'ouvrage et, par conséquent, de pain pour sa famille ; — peur de ne pas arriver dans le commerce qu'il a entrepris ; — peur, comme un de nos patients (Obs. IV), de voir entaché l'avenir de ses enfants, parce que des voisins cherchent à les faire passer pour incendiaires, etc. Il n'exprime pas de regrets, comme le mélancolique : il n'a nulle faute à se reprocher.

Lorsque les idées délirantes se développent chez l'hyperthymique anxieux, elles ne se groupent pas, comme dans la mélancolie, autour d'un thème d'auto-accusation et cela est rationnel, puisque dans l'hyperthymie anxieuse le sujet n'a aucune tendance à la contrition et aux remords. On ne constate donc jamais d'idées de culpabilité, d'indignité, de damnation. Les idées de négation, d'immortalité, d'énormité, font aussi défaut dans nos observations. Mais le malade qui redoute des maux à venir peut exprimer des idées de ruine, des idées de persécution ; elles sont basées sur des illusions, des hallucinations ou des interprétations absurdes. On note parfois encore des idées d'empoisonnement, ou des idées hypocondriaques.

L'anxiété que l'on observe dans la mélancolie ordinaire, née d'un chagrin prolongé, n'est pas une anxiété primitive ; elle se développe secondairement aux idées d'auto-accusation ; elle s'enchaîne directement avec ces idées. Le patient, pénétré de sa culpabilité, attend avec angoisse son châtiment sur la terre (on va l'arrêter et le guillotiner) ou son châtiment dans l'enfer (idées de damnation). Il ne faut pas confondre cette anxiété secondaire au délire d'auto-accusation, avec l'anxiété initiale de l'accès hyperthymique anxieux délirant ou non.

Les hallucinations, les illusions ne sont pas plus fréquentes chez l'hyperthymique anxieux que chez l'hyperthymique mélancolique. Les troubles psycho-sensoriels sont toujours, chez ces divers malades, un peu pauvres, assez peu actifs. Le sujet atteint d'hyperthymie anxieuse, entend, comme dans la mélancolie, des appels, des voix brèves, des phrases courtes ; ce ne sont jamais des conversations prolongées, ou cela annonce ordinairement une transformation de l'affection. Ces hallucinations déterminent un surcroît d'agitation et notamment des raptus pantophobiques.

Dans l'hyperthymie anxieuse délirante, comme dans la mélancolie délirante, on relève nettement ou obscurément à titre épisodique ou d'une façon durable ; de l'asthénie secondaire à l'état d'anxiété prolongée, des accès de confusion mentale, des crises de grande agitation anxieuse, des crises d'énervement et de désespoir, du mutisme, du refus d'aliments, des idées de suicide, de l'épigastralgie, de la céphalée, de l'insomnie rebelle, etc.

Chez certains malades complexes, l'hyperthymie anxieuse délirante, — mais cela d'une manière tout à fait exceptionnelle, — doit pouvoir se compliquer d'idées d'auto-accusation par suite de combinaisons d'idées, de réflexions intimes, souvent difficiles à démêler : ces faits rares ne sauraient enlever son autonomie au tableau clinique habituel de l'hyperthymie anxieuse.

Cette distinction entre l'hyperthymie anxieuse et l'hyperthymie mélancolique montre que chaque individu est « sensibilisé » à certaines causes émotionnelles et non pas à d'autres. Il en résulte pour nous qu'il existe en pathologie mentale et nerveuse des *émotions sensibilisatrices*, spéciales à chaque sujet qui déterminent chez lui soit immédiatement, soit progressivement, soit après répétition, soit par association, les perturbations corporelles et psychiques les plus profondes et aussi les plus graves par leurs conséquences. Chez quelques mélancoliques, la tristesse avec le regret du passé et la crainte avec peur de l'avenir, sont si intimement enchevêtrés qu'on ne parvient pas toujours à fixer la *dominante étiologique*. Pour terminer ce chapitre, faisons remarquer qu'une fine formule populaire, le « sans peur et sans reproche » de l'homme normal, permet de mieux comprendre, sinon d'expliquer l'essentiel des troubles qui atteignent les hyperthymiques anxieux ou les mélancoliques.

***

Il y a beaucoup d'analogies entre l'évolution de l'hyperthymie anxieuse et de l'hyperthymie mélancolique. La guérison dans l'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, est commune comme dans la mélancolie : elle a lieu progressivement, lentement ; elle ne se termine jamais avec la brusquerie qui marque la fin d'un état de psychose périodique : nous en rapporterons deux observations (obs. I et II). La mort, quand elle se produit, est la conséquence de complications viscérales, pulmonaires, hépatiques, rénales, cardiaques ou de complications infectieuses indéterminées (obs. VI et VII), ou encore de cachexie sans fièvre (obs. VII). La récidive des accès d'hyperthymie anxieuse peut se produire de la même façon que la récidive des accès d'hyperthymie mélancolique, c'est-à-dire sous l'influence d'une cause extérieure au sujet. Cette cause est semblable à celle qui a déterminé le premier accès d'hyperthymie anxieuse (peur de perdre une situation acquise, peur de ne pas mener à bien une entreprise, etc.). Notre observation III est un exemple caractéristique d'hyperthymie anxieuse, récidivante. Chez les jeunes sujets, l'hyperthymie anxieuse, délirante ou non, aboutit fréquemment à la démence précoce Chez quelques jeunes gens, chez les adultes, elle peut se transformer en un délire de persécution, systématisé et chronique, hallucinatoire ou non, ou encore évoluer vers l'hypocondrie minor ou major. Les complications dysthéniques de l'hyperthymie anxieuse, enfin, ne sont

pas rares. L'asthénie psychique et musculaire, qui accompagne à peu près constamment l'hyperthymie anxieuse, à des degrés plus ou moins élevés, peut persister comme séquelle, sous forme d'asthénie chronique (obs. IV), alors que le délire a disparu, alors que l'état hyperthymique d'anxiété s'est totalement dissipé. Lorsque l'asthénie secondaire, déterminée par l'état hyperthymique anxieux, a guéri comme tous les autres symptômes de nature délirante et émotionnelle, on voit quelquefois cette asthénie se reproduire périodiquement et spontanément : c'est l'asthénie périodique post-hyperthymique anxieuse (obs. V). L'asthénie secondaire de l'hyperthymie anxieuse, quand elle vient à se dissiper chez le patient, peut être remplacée par un état maniaque : ainsi se trouve réalisé un accès d'asthéno-manie post-hyperthymique anxieux, lequel est susceptible de guérir ou de donner naissance, soit à la manie intermittente, soit à l'asthénie-manie de forme alterne, soit à l'asthénie-manie de forme circulaire. En fait, cette évolution complexe de l'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, est à rapprocher de l'évolution de l'hyperthymie mélancolique. Aussi paraît-il rationnel de ranger l'hyperthymie anxieuse dans le cadre général d'une mélancolie élargie, mais à la condition de bien préciser les modalités d'origine et les symptômes spéciaux de la forme hyperthymique, purement et initialement d'ordre anxieux.

***

Voici huit observations d'hyperthymie anxieuse, la plupart avec délire. Nos malades n'ont jamais exprimé d'idées d'auto-accusation : il ne se sont jamais dits coupables ; ils n'avaient aucune faute à se reprocher : seul l'avenir les angoissait et les troublait profondément, jusqu'à l'état vésanique ou « paranoïaque ». Dans les deux premiers cas (obs. I et II), l'affection s'est terminée favorablement par la guérison complète et durable ; l'observation III est un exemple d'hyperthymie anxieuse, de forme récidivante ; dans l'observation IV, l'accès hyperthymique anxieux s'est compliqué d'asthénie chronique, et dans l'observation V, d'asthénie périodique. L'issue de la maladie, dans les trois derniers cas (obs. VI, VII et VIII) a été fatale ; le malade de l'obs. VI a présenté deux accès d'hyperthymie anxieuse : le premier accès avait parfaitement guéri.

OBS. 1 (personnelle). Résumé. — *Galochier, 48 ans* (1904). *Hyperthymie anxieuse type. Apparition lente (1903-1904) d'un état d'angoisse créé par la difficulté à trouver du travail, le travail manuel étant remplacé par le travail mécanique ; craintes de ne plus pouvoir gagner sa vie, de tomber dans la misère. Asthénie secondaire. Pas de tristesse à proprement parler. Aggravation : idées de suicide, fugue. Placement à l'asile (15 octobre 1904) : refus d'aliments. Sentiment de honte durable. Essais de sortie ; échec. Janvier 1925 : travail régulier : vie libre dans l'hospice.*

Oussariguef Jean-Baptiste, galochier, 48 ans, entre à la C. P. X., le 15 octobre 1904.

Antécédents héréditaires. — Père cardiaque, mort à 30 ans. Mère morte vers 80 ans. Un frère mort accidentellement à 28 ans (chute de bicyclette). Une sœur morte à 55 ans (?). Un oncle et une tante du côté paternel étaient faibles d'esprit.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave, ni dans sa jeunesse, ni à l'âge adulte. Marié jeune à 18 ans, il avait une femme atteinte d'épilepsie. Trois enfants : le premier est bien portant, il est âgé de 26 ans ; le second (une fille), est mort à 12 ans, de méningite ; le troisième est mort à un an (?). Le malade n'a jamais fait d'excès de boissons.

Histoire de la maladie. — Depuis 1902-1903, le métier de galochier devenait, à Nantes, de moins en moins fructueux. Peu à peu le travail humain était remplacé par le travail à la machine. Et puis le malade vieillissait : il avait été remercié par un patron chez lequel il avait travaillé durant vingt ans. Autrefois il gagnait largement sa vie, jusqu'à dix et douze francs par jour : en 1903 et 1904, il arrivait difficilement à gagner 2 fr. 50 et il fallait travailler jusqu'à 15 heures par jour. Il n'avait pas mis d'argent de côté : il avait épousé une femme épileptique, il fallait élever plusieurs enfants et il avait sa mère à sa charge. A un moment, il eut l'espoir d'obtenir une place de contremaître ; celle-ci fut donnée à un autre.

Il dit : « J'ai vu que j'allais tomber dans la misère, moi et les miens. Je connaissais beaucoup de camarades qui étaient tout à fait malheureux ; je me disais que bientôt ce serait mon tour, que je serais un rien du tout, un vaurien, un miséreux. Je me demandais comment je gagnerais ma vie, si je pourrais exercer un autre métier et lequel...

« Non, je ne me faisais pas de reproches. Qu'est-ce que je me serais reproché ? Je n'avais rien fait de mal : Non, c'était l'inquiétude que je croyais que je ne pourrais pas gagner ma vie ; ça été la crainte de voir que j'allais tomber dans la misère.

« Tout cela (inquiétudes et aussi surtravail) m'avait affaibli. Ma vue surtout avait diminué. »

L'état anxieux s'aggravait (septembre 1904) : le malade décida de se laisser mourir de faim. Il avait entendu dire que du côté du Mans, il y avait de très vastes forêts ; il gagna cette ville en chemin de fer et se sauva dans les bois (fugues avec idées de suicide). Il resta cinq jours sans boire ni manger, dans une petite cabane.

« J'attendais la mort qui ne venait pas. Je ne souffrais pas de la faim. Je fus recueilli par des paysans et ramené à Nantes. C'était la peur de la misère qui m'avait poussé à fuir pour chercher la mort ».

Comme le malade refusait de s'alimenter, voulant se laisser mourir de faim, comme il cherchait à s'en aller et devenait violent si on le maintenait, il fut placé à l'asile le 15 octobre 1904.

Premier placement à l'asile du 15 *octobre* 1904 *au* 3 *juillet* 1906. — Considéré comme un mélancolique, il est placé à l'infirmerie où il se montre calme. En mars 1905, sa famille désire le faire sortir, il refuse. Un an après il accepte : moins abattu, il travaillait depuis quelques mois dans les sections. Au moment de sortir, le 3 juillet 1906, il était inquiet, ennuyé.

Deuxième placement, le 11 *juillet* 1906. — Il n'a pu rester dehors. Il causait peu ; il a quitté la maison encore pour se rendre à pied à La Roche-sur-Yon... Il est revenu à Nantes et a demandé à être interné de nouveau.

A l'asile, il a recommencé presque tout de suite à s'occuper comme avant sa sortie.

Etat actuel. Janvier 1913. — « Longtemps j'ai eu honte ; honte de moi-même, honte d'être parmi les fous. Je voulais voir le moins de monde possible Ça m'avait beaucoup affecté d'être venu à l'asile. Quand j'entendais dire dans la conversation : « Tu es fou », ça m'oppressait. Pendant plus de deux ans, je me suis caché dans les coins, derrière les portes. Aujourd'hui, je suis très bien, surtout depuis deux ans. J'ai repris confiance. Mes forces aussi sont revenues, je me sens bien, je ne fatigue pas comme avant au moindre travail ».

Février 1913, *janvier* 1925. — Rien à signaler. Travaille à l'asile ; sort dans sa famille chaque semaine. Toujours timide et un peu craintif.

Commentaires de l'obs. 1. — L'hyperthymie anxieuse, chez ce malade, s'est développée lentement. Ouvrier galochier, le patient voyait le travail mécanique remplacer le travail manuel ; il crut qu'il ne pourrait plus gagner sa vie, qu'il allait tomber dans la misère, il prit peur et, un jour subitement il s'enfuit avec l'idée bien arrêtée de se laisser mourir de faim. Il n'eut jamais de chagrin à proprement parler. Il a guéri complètement. Il refuse de sortir de l'asile, parce que, dehors, il ne pourrait pas, vu son âge, gagner sa vie.

Observation 2. (personnelle). — Résumé. — *Cultivateur, 31 ans* (1912). *Hyperthymie anxieuse. Etiologie : vive inquiétude à la suite de la disparition de son père, chef de famille, en juillet 1911 ; de plus en avril 1912, réduction imprévue de ses terres de culture. Ce nouveau choc moral détermine un état d'anxiété avec énervement extrêmement marqué. Perte de tout espoir de faire vivre sa famille. Tendance au suicide. Céphalée. Anorexie. Insomnie. Menaces. Violences. Placement à l'asile le 7 juin 1912.*

Constitutionnellement, troubles de l'émotivité. Guérison 1922 ; pas de récidive à signaler.

Ejayl..., Francis, 31 ans, petit propriétaire cultivateur, entre à la C. P. X., le 6 juin 1912. Renseignements de sa femme.

Antécédents. — Père mort, presque subitement, vers 60 ans, (ictus apoplectique probable). Mère morte en 1904, à 52 ans, maladie non connue de la famille. Le malade a un frère et une sœur bien portants. Personnellement, sujet de caractère nerveux, pas coléreux, impressionnable, vif dans le travail, ne pouvant pas rester en place, plutôt gai. Il n'a jamais fait de maladie grave, quoiqu'il ait toujours été chétif, maigre. A dix ans, il fut soigné pour des symptômes nerveux (?). Marié à 26 ans (1907) : une petite fille bien portante. Intelligence normale.

Histoire de la maladie. — Le 23 juillet 1911, son père, qui vivait avec lui, meurt. Depuis, il se montre très tourmenté, il travaille, mais il est sans cesse préoccupé : « Me voilà seul, dit-il ; comment vais-je faire pour conduire la maison ? C'était mon père qui dirigeait le travail et me voilà seul ! » Il dormait mal. Après quelques semaines, il redevint relativement calme ; s'il répétait souvent : « Mon père est mort, comment ferais-je ? » il put cependant continuer ses travaux.

Il eut encore, vers cette époque, en septembre, des contrariétés avec son frère, parce que celui-ci vendait sa part d'héritage paternel : il lui disait : « Je ne te comprends pas ; notre père vient à peine de mourir et tu vends tes terres ; ça ne se fait pas, tu as tort, ce n'est pas bien, que vont dire les gens ? »

Il resta tout l'hiver assez tranquille, pas trop soucieux, quand au mois d'août 1912, un propriétaire dont il avait, avec son père, une pièce de terre à ferme, sans bail, depuis longtemps, lui enleva ce terrain. Alors le voilà désolé, désespéré : « Comment allons-nous faire ? Que vais-je devenir ? Je n'ai plus de terre pour ensemencer. On va tomber dans la misère. Je n'arriverai pas. Il va falloir que j'aille chez les autres, à la journée. Je suis un homme perdu pour la vie ».

Tourmenté, tracassé, « travaillé » par ses idées, il ne mange plus, ne dort pas, à cause de la fatigue, des maux de tête ; s'alite par intervalles ; dit qu'il ne veut plus s'occuper aux travaux des champs (le travail lui faisait peur, dit la femme), parce qu'il n'en a pas la force, qu'il lui faut une situation moins dure, qu'il est lassé de la vie, qu'il vaut mieux en finir, qu'il va se suicider se noyer, tellement il souffre...

Pas d'idées délirantes d'auto-accusation.

Il est très énervé. Il va et vient sans cesse. Il se couche sur un lit, puis sur un autre, il ne peut voir ni sentir personne, pas même sa petite fille qu'il aimait beaucoup. Il se sent poussé à être méchant... Qui me pousse par derrière, disait-il, à faire le mal ? Et il pleurait. Dans les premiers jours de juin, il se précipite sur son enfant et menace de la jeter dans l'eau bouillante de la lessive. Sa femme intervient ; il la prend aux cheveux. Après, il regrette ses violences, s'isole, dit qu'il est ingrat. Il est amené à l'asile le 6 juin 1912.

Etat actuel (9 juin 1912). — Le malade raconte ses ennuis, ses tourments, depuis la mort de son père (juillet 1911). Il dit bien qu'il avait peur de ne pas arriver à faire son travail, comme autrefois. Il ajoute que lorsque son propriétaire lui retira le morceau de terre, qu'il avait toujours bien cultivé, cela lui donna de mauvaises idées, le jeta dans le désespoir.

« Oui, c'est la question de la terre qui m'a « travaillé » le plus, dit-il, je voyais que ne pourrais pas gagner ma vie, que je tomberais dans la misère avec les miens... Je me faisais des idées noires. Je me disais : « Je suis perdu, il vaudrait mieux mourir.

« Je regrette ce que j'ai fait. J'étais excité, énervé, ça me poussait au mal, à frapper.

« J'aime beaucoup ma femme et mon enfant. Pourquoi m'a-t-on amené ici ? Je ne suis pas malade. J'ai toujours été très nerveux. Sans doute, je ne mangeais pas, je ne dormais pas, je travaillais mal, mais c'étaient les ennuis ».

Pas d'idées de culpabilité.

Il parle beaucoup, proteste contre son internement, pleure, veut s'en aller chez lui.

L'examen somatique est négatif.

14. — J'étais fatigué par tous ces tourments-là. Je suis bien mieux, les idées noires disparaissent ».

22. — « Ça va très bien. Tout est disparu. Je suis plus gai. Je pleure quand je pense aux miens ».

12 *juillet*. — « Je suis bien, je vous en supplie, rendez-moi à ma famille, que je retourne travailler. Je suis résigné. Il faut bien se faire une raison ».

Evolution. — Le malade est rentré guéri dans sa famille, le 25 juillet 1912. Il est toujours très impressionnable. Il n'a pas servi durant la guerre (1914-1918). Il a perdu son beau-frère en 1917 ; sa sœur est restée veuve avec cinq enfants : il a été vivement affecté de ce fait, mais il n'a pas déliré. Il a encore été très déprimé en 1921 à la suite d'une maladie grave qui a frappé sa sœur : elle a été atteinte de fièvre typhoïde et les médecins disaient le cas désespéré. Il a pu supporter ce nouveau choc. Actuellement (juillet 1922); il est valide cérébralement, mais il ne lui faut pas grand'chose pour qu'il ait le cœur triste et que le dégoût de la vie s'empare de lui.

Commentaires de l'obs. 2. — Forme légère d'hyperthymie anxieuse. L'inquiétude du sujet relativement à son travail, la perte de tout espoir pour l'avenir, engendrent un état d'agitation anxieuse et coléreuse qui nécessite le placement à l'asile. Chose curieuse chez ce malade, la mort de son père, la perte d'un morceau de terre à cultiver, n'avait presque pas déterminé de chagrin, de regrets, alors que l'anxiété, la peur de l'avenir, avaient pris des proportions considérables et dominaient incontestablement le tableau clinique. La guérison survint en quelques mois. Ce malade était affecté de troubles constitutionnels de l'émotivité.

OBS. 3 (personnelle). RÉSUMÉ. — *Homme 52 ans (1912). Cinq accès d'hyperthymie anxieuse. Premier accès à trente-neuf ans en 1899 ; étiologie : perte d'argent. Second accès à quarante-six ans, en 1906 ; étiologie : maladie de sa femme. Troisième à cinquante-et-un ans, en 1911 ; difficultés commerciales, concurrence. Craintes constantes et fondamentales de ne pas arriver à gagner sa vie, de manquer d'argent. Quatrième accès, à soixante-et-un ans en 1921 ; étiologie : chômage. Cinquième accès, à soixante trois ans, en 1923 : maladie de sa fille et diminution du travail. Hérédité. Avarice.*

Obertr...., Jean-Albert, charpentier, 52 ans, entre à la C. P.X..., pour la deuxième fois, le 5 mars 1912.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-sept ans, d'un cancer à l'estomac. Mère morte à soixante six ans ; atteinte de débilité intellectuelle congénitale, elle n'a jamais été placée dans un asile. Un oncle, du côté maternel, était également atteint de débilité psychique. Un neveu du malade (côté maternel) a été atteint d'aliénation mentale ; placé à l'asile à la suite du meurtre de sa grand'mère, il y est mort à l'âge de vingt ans. Le malade a cinq frères et sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans l'enfance Fièvre typhoïde à vingt-neuf ans (épidémie familiale). Marié à vingt-six ans ; trois enfants : le cadet est mort de dothiénentérie, à 14 ans ; les deux autres (19 et 13 ans) sont bien portants. Intelligence normalement développée ; bon ouvrier, a été patron puis chef de chantier. Caractère emporté ; bon cœur, mais sombre, triste, au moindre ennui, et toujours inquiet de ne pas arriver, toujours préoccupé d'amasser : « C'était comme une maladie de l'argent », dit sa femme (avarice).

Le malade, pour ses troubles mentaux, n'a été placé que quatre fois à l'asile, en 1900, 1912, 1921, 1923, mais il a eu cinq accès psycho-névropathiques.

Premier accès d'hyperthymie anxieuse : 1899. — Au commencement du mois de novembre 1899, il s'était associé un collègue pour diriger une moyenne entreprise : il eut des difficultés avec son collaborateur qui le trompait. Il en fut très affecté : il était triste, mais surtout inquiet de l'avenir : « C'est de ma faute, disait-il, si cela est arrivé. Suis-je bête d'avoir eu confiance dans cet individu ! Je suis perdu, je suis ruiné. Je ne réussirai jamais. Je veux mourir ». Il n'en voulait pas aux autres, il n'en voulait qu'à lui. Il répétait sans arrêt qu'il n'arriverait jamais à gagner de l'argent, que, dans cette affaire, il perdait plus de soixante mille francs. Peu à peu il a refusé complètement de manger, il ne dormait plus, et à la fin ne parlait presque pas. Sa femme l'a soigné trois mois ; elle l'a amené à l'asile le 22 janvier 1900 (placement volontaire).

23. — Mutisme complet. Accuse quelques rêves professionnels et des zoopsies (appoint alcoolique possible).

24. — Nuit agitée (agitation anxieuse).

25. — Alimentation à la sonde.

29. — La femme retire son mari.

Elle explique, plus tard, que le malade a guéri tout doucement. Il était calme et ne parlait qu'exceptionnellement.

Deuxième accès en 1906. — Ce dernier accès qui n'a duré

que deux à trois mois (septembre-novembre) est survenu à l'occasion d'une maladie assez longue que sa femme a faite. Celle-ci tenait un petit commerce (débit de vins) pendant que lui, travaillait à son métier. Elle dut abandonner ce commerce à cause de sa maladie. Aussitôt, l'ennui, l'inquiétude l'ont pris : « Il voyait, déclare la femme, que je ne gagnerais plus d'argent, alors, ça le travaillait, il avait des idées noires. Il disait que sa journée ne suffirait pas pour l'entretien de la maison. Il était seul, songeur, ne parlait pas, regardait fixement devant lui. Sa femme a guéri, et lui également. Ils ont repris un commerce dans les premiers mois de l'année 1907.

Troisième accès en 1911. — Le café-débit que sa femme dirigeait faisait de bonnes affaires, quand, au mois de décembre 1911, O... apprend que quelqu'un va s'installer près de chez lui. « Il a pris un fond de chagrin là-dessus, dit sa femme, depuis que la cave est fondée (8 janvier 1912). Il affirme que le commerce ne va plus marcher, qu'on ne pourra vendre notre débit qu'à vil prix, que tout est perdu, qu'on va manquer de tout. Il se prive sur la nourriture, il ne veut plus acheter de médicaments parce qu'il n'a pas d'argent. Il déclare qu'il n'y a qu'à se sauver, à s'en aller très loin... Quand il est comme ça, c'est qu'il a *peur de manquer*, il ne lui faut pas d'ennuis. »

Il accuse des phénomènes asthéniques. Il se plaint de ne plus avoir de force. Il ne voit plus les lignes qu'il trace sur les chevrons (asthénopie accommodative).

Anorexie. Epigastralgie. Insomnie avec cauchemars : il voit des gens qui veulent le tuer, qui parlent de le guillotiner (appoint alcoolique possible) ; amaigrissement très marqué.

Aggravation en avril, agitation anxieuse plus intense, mais peu de tendance à l'énervement ; placement à l'asile le 5 mars 1912.

Il se fait traîner par les infirmiers. Mutisme à peu près complet. Voici quelques paroles qu'on a pu lui arracher : « Les affaires ne vont pas très bien... Je voudrais retourner chez moi... Je ne croyais pas qu'on m'amenait ici (il sait qu'il est à l'asile). Je ne suis pas malade. »

Regard fixe. Sourcils contractés. Soupirs par intervalles. Langue saburrale. Refus d'aliments. Nombreux stigmates physiques de dégénérescence.

7. — Alimentation artificielle (la seule fois).

8. — « Je n'ai rien à dire. Je veux m'en aller. » Examen très difficile. Pouls : 56.

9. — « Je n'ai rien à me reprocher. J'ai mal dans la tête et dans les oreilles. Je vois très mal. » Parle toujours très peu. Pouls : 60. — Nous le gardons longtemps avec nous, il ne parle pas davantage.

10. — « J'espère tout de même me relever. Je vais tâcher de recommencer à travailler. Ça fait des frais de rester ici (il est pensionnaire). »

Parole lente, mouvements lents. Vision : « Je vois, mais je ne distingue pas bien encore (asthénie). »

14. — Quelques cauchemars : rêves professionnels Pouls : 56.

15. — Il explique assez bien, ce jour, comment se sont développés les phénomènes asthéniques qu'il éprouve : « Je sentais mes forces diminuer par l'ennui, depuis près de deux mois ; ça augmentait petit à petit. Je n'avais plus de force dans les bras, ni dans les jambes ; la vue faiblissait, les idées étaient brouillées, mon travail m'embarrassait. Je buvais pour me remonter. »

16. — Sortie par retrait.

3 *mai* 1913. — Il est complètement guéri, nous écrit sa femme. Il a recommencé à travailler quelques jours après son retour à la maison ; il est resté taciturne pendant près de deux mois ; puis il est revenu à son état normal. Sa femme ajoute : « Ce qui l'a rendu malade, c'est les ennuis de mon commerce ; il ne lui faut pas de tracas. »

Quatrième accès en 1921. — Les renseignements ont été fournis par sa femme. « C'est la même chose que les autres fois, dit elle. C'est quand il voit quelque chose qui l'ennuie : les nerfs l'attrapent et impossible de prendre le dessus.

« Depuis le commencement d'avril, il s'inquiétait à cause du chômage qui augmentait. Il travaillait chez Madame B.... et savait qu'on ne recevait plus de commande : il voyait qu'on n'achetait plus de bois, que le chantier était vide. Tous les soirs il me confiait : « On ne fait rien, on ne gagne rien : on mange de l'argent à la patronne, on va nous débaucher. » Du 2 au 17 avril (1921), il est resté à la maison parce que l'ouvrage manquait, mais le 18 il a repris le travail (il n'accusait pas d'asthénie).

« Les semaines suivantes, le délire augmente, quoique le malade continue à s'occuper au chantier. Il se dit réduit à la misère. Il se voit manquer de tout. Il se reproche de ne pas avoir assez économisé. Il a tout le temps fait des bêtises : il a perdu de l'argent avec son associé... Il accuse son entourage de lui voler son argent. Sa femme et sa fille ont dépensé plus de dix mille francs en dix jours (faux) : elles vont tout dissiper. Que va-t-on devenir ? Il ne s'alimente presque plus et ne dort pas. »

Le 10 mai (1921), il est amené à l'asile, à la suite d'une tentative de pendaison dans sa cave. Il a travaillé jusqu'au dernier jour ; il a toujours refusé de voir le médecin. « Il faut bien que je gagne ma journée, disait-il. »

A l'asile, il parle peu. Le front est plissé. Il reste près de nous sans rien dire, ou presque. Parfois, il fait quelques mouvements de la mâchoire (mâchonnement), ou bien il frise sa moustache, comme un peu énervé. A un moment il nous déclare : « Tout cela ne regarde guère le médecin. » Il est sorti le 10 juin (il a été alimenté à la sonde quatre ou cinq fois durant son séjour à l'asile). Il a guéri en trois ou quatre mois.

Cinquième accès en 1923. — En février 1923, sa fille qui devait se marier, a présenté des troubles psychiques ; de plus le travail diminuait à l'atelier, faute de commandes. Il a été repris de la peur de ne pas gagner suffisamment pour sa famille et de voir la misère entrer à son foyer. « Dès que la peur de manquer d'argent le saisit, c'est fini, dit son entourage ; on ne peut plus le raisonner. » On a dû le placer à l'asile des aliénés, durant un mois, à cause de ses idées de suicide.

Nota : En 1914, il est tombé d'une chèvre de charpentier ; la chute a été sérieuse ; il a gardé le lit durant quatre-vingt-dix jours (douleurs thoraciques et abdominales) ; il a repris son travail au bout de dix mois ; et à aucun moment, il n'a déliré (il touchait son demi-salaire).

Pendant la guerre, en 1916, son fils a failli tomber aux mains de l'ennemi : « Quand il a appris la chose, ça l'a mis sens dessus-dessous, dit sa femme, mais il n'a pas eu de délire. » Ce n'est pas la même chose, ajout-elle spontanément.

Commentaires de l'obs. 3. — Cinq accès d'hyperthymie anxieuse, essentiellement déterminés par la peur de ne pas arriver, la peur de manquer d'argent. Guérison de tous les accès. Au cours du troisième accès, asthénie secondaire très nette. Constitutionnellement, disposition très marquée à l'inquiétude avec avarice.

OBS. 4 (personnelle). RÉSUMÉ. *Cultivateur, 44 ans (1899). En juillet 1899, à la suite d'accusations d'incendie portées contre ses enfants, hyperthymie anxieuse. Etat aigu, peurs, angoisses insomnie, céphalée, interprétations délirantes ; troubles psycho-sensoriels. L'incendie avait eu lieu le 14, le malade fut placé à l'asile le 27. Guérison en deux ou trois mois de l'état d'anxiété. Séquelle : asthénie chronique, avec troubles du caractère, notamment avec disposition très marquée à l'énervement. Plusieurs sorties et placements à l'asile des aliénés, où il est décédé en 1921.*

Ivelc... Jean, cultivateur, 44 ans, entre à la C. P. X..., le 26 juillet 1899.

Antécédents héréditaires. — Père mort vers 60 ans, à la suite d'excès alcooliques. Mère emphysémateuse, morte à 72 ans. Cinq enfants, deux morts, maladies inconnues. Une cousine germaine, du côté paternel, a été placée à l'asile avec le diagnostic de lypémanie anxieuse ; elle en est sortie par retrait, non guérie.

Antécédents personnels. — Jamais de maladie grave. A fait son service militaire ; s'est marié à 34 ans, en 1889 : quatre enfants bien portants ; sa femme n'a jamais fait de fausse couche. Pas d'excès de boissons. Intelligence normale. Caractère plutôt sombre.

Histoire de la maladie. — Le 14 juillet 1899, un incendie éclate dans son village ; on l'attribue à la légèreté imprudente des enfants. Une enquête a lieu : les gendarmes questionnent les enfants, ceux de I..., comme ceux des autres voisins. I..., a peur qu'on considère ses enfants comme coupables. Il ne dort plus la nuit, va et vient sans cesse, explique à tout venant que ses enfants ne peuvent être accusés de ce crime, etc. Il vit dans un état d'inquiétude permanente.

Le 16 juillet, sa femme, qui était enceinte et presque à terme, fait une chute dans un escalier et se blesse à la jambe gauche sur la pointe d'une fourche. Il en résulta une petite hémorrhagie qui effraya beaucoup le malade. Deux jours après la femme accouchait sans incident. Mais le malade était de plus en plus

tourmenté au sujet des accusations formulées contre ses enfants. L'insomnie persistait avec de la céphalée.

Il se livrait à des interprétations délirantes. Il disait que sa femme, son oncle, son frère, se mettaient contre lui et cherchaient à sauver leur tête en l'accablant. Sans fin, il déclarait : « J'ai peur d'être réprouvé de Dieu, d'être damné. J'ai peur que les gendarmes ne viennent me chercher, moi qui ne suis pas coupable, pas plus que mes enfants... J'ai peur d'avoir des démêlés avec la justice, etc. »

L'agitation anxieuse augmentait ; le médecin ordonne des bains. On met le malade de force dans une cuve remplie d'eau. Quelque temps après le bain, furieux, et pour se venger, il applique à sa femme, comme il le dit, la peine du talion, en la portant, malgré sa résistance, dans le bassin où il avait été plongé lui-même. C'est à la suite de cet acte, — sa femme, on se le rappelle, venait d'accoucher, — qu'il fut placé à l'asile, le 26 juillet 1899, douze jours après l'incendie.

Etat actuel : 27 juillet 1899. — Agitation anxieuse avec hallucinations différenciées ; il entend des cloches, des bourdonnements (comme des abeilles), le télégraphe (c'est-à-dire le bruit qu'on entend près des lignes télégraphiques : le malade appelle aussi cela le « renvoi » parce que c'est quelque chose qu'on lui envoie à ce moment-là). Il a aussi quelques hallucinations auditives verbales.

11 *août.* — Agitation anxieuse par intervalles.

4 *septembre.* — Amélioration : disparition de l'excitation.

19. — Sortie.

Etat du malade de septembre 1899 *à novembre* 1901, *date de la seconde entrée à l'asile.* — Le malade, à la suite de cet état hyperthymique anxieux qui a duré en somme deux ou trois mois, est resté un asthénique chronique : « Je n'étais plus le même homme, je n'avais plus la même force. Je me sentais affaibli. Les membres n'étaient plus aussi vigoureux. La tête était moins solide. Je ne voyais plus mon travail comme avant. Je ne commandais plus l'ouvrage, il fallait me commander. Et puis, j'avais honte du monde, honte pour causer, pour faire un marché... C'était une émotion que je me taisais... Je me sentais moins fort... On savait que j'avais été interné. Je croyais que les autres y pensaient ou en parlaient. Je me figurais être trahi. »

Cet état morbide engendrait chez le malade un certain degré d'inquiétude et surtout d'énervement. Son caractère avait beaucoup changé. Il était excité, frappait les animaux, menaçait, insultait et quelquefois aussi battait sa femme. C'est à la suite de ces violences qu'il fut amené pour la seconde fois à l'Hospice Général le 14 novembre 1901.

15 *novembre* 1901. — Syndrome asthénique. Malade calme, réponses lentes. Demande à être mis au travail.

8 *février* 1902. — Sortie.

7 *avril.* — Ramené à l'asile à la suite de nouveaux phénomènes d'excitation coléreuse. Parle de suicide, se mutile la main droite. Insomnie. Anorexie.

23. — Calme, mis au travail.

14 *septembre* 1910. — Pas de note, dans l'observation, de la fin d'avril 1902 à septembre 1910. Le malade travaille plus ou moins régulièrement. Altercations par intervalles avec ses camarades. Le 14 septembre, il s'évade. « Je m'ennuyais de ma famille. Je me trouvais bien, je travaillais à la lingerie depuis longtemps (travail facile). » Il fut réintégré le 15.

Etat actuel (Janvier 1913). — Le malade est un asthénique chronique. Depuis qu'il a eu ses émotions pénibles, il n'est plus aussi fort qu'auparavant, physiquement et mentalement. Cette asthénie est de moyenne intensité. Le sujet peut remplir à l'asile les fonctions d'auxiliaire dans une section. Il accuse de la céphalée par moments. Il n'a pas d'idées délirantes, ni idées de persécution, ni idées mélancoliques, etc.

Ses facultés intellectuelles n'ont pas diminué (pas de déficit). Son affectivité est normale : il demande fréquemment à retourner avec les siens. Il n'a pas été mis en liberté à cause de ses troubles du caractère, troubles secondaires à son etat asthénique.

Il raconte parfaitement comment il est tombé malade : « Le 14 juillet 1899, le feu a pris dans un pailler et une meule de foin. Les gendarmes sont venus. Ils ont interrogé mes enfants. On a dit (?) que c'étaient eux qui avaient mis le feu. Ça m'a fait une émotion..., être attaqué d'une chose et être innocent... Ça me revenait tout le temps. Je me disais : comment faire ? Quand on pense à tout cela, ça vous enlève le sommeil. Je n'ai jamais dit que j'étais coupable, ou que mes enfants l'étaient. Je savais bien que je ne l'étais pas et eux non plus. Mais j'avais peur qu'on nous fasse passer pour les coupables... Je me rappelle que j'entendais des voix comme par le téléphone. Je ne sais plus ce qu'on disait au juste : on parlait de l'incendie, de mes enfants... Ce n'était pas des conversations. »

Terminaison : (janvier 1913-novembre 1921). — Le malade est un asthénique chronique, travaillant par périodes de quelques mois, dans l'espoir d'obtenir sa sortie. Enervement, grande irritabilité par intervalles, mais motivés : il se calmait après quelques semaines d'alitement continu. Il a eu, en 1917, un fils tué à la guerre : chagrin vif, mais normal. Transféré en août 1920 à l'asile des aliénés de Pontorson (Manche) il y est décédé le 27 novembre 1921.

Commentaires de l'obs 4. — Etat très net d'hyperthymie anxieuse, qui apparaît sous l'influence de la crainte spéciale de voir porter contre ses enfants l'accusation d'incendie. Développement rapide de l'agitation anxieuse et placement à l'asile. La maladie s'est compliquée d'asthénie chronique avec disposition marquée à l'énervement ; l'asthénie secondaire à l'état hyperthymique, au lieu de disparaître, est restée incurable.

OBS. 5 (personnelle). RÉSUMÉ. — *Quincaillier, 38 ans* (1912). *Hyperthymie anxieuse. Début en décembre* 1911 : *inquiétude très marquée du malade au sujet de son commerce, pour lequel il n'avait pas été préparé ; craintes de ne pas arriver, de ne pas réussir, de ne pas gagner sa vie. Aggravation en février-mars* 1912. *Désespoir, dégoût du travail. Idées de ruine, de suicide. Placement à l'asile le* 27 *mars* 1912. *Tentative de suicide préméditée. Sortie le* 13 *juin. En août, guérison complète. Séquelles : deux accès d'asthénie périodique, en* 1916 *et en* 1921.

Enagerm... Arthur, 38 ans, petit commerçant quincaillier, ancien ouvrier forgeron, entre à la C. P. X..., le 27 mars 1912

Antécédents. — Pas de maladie nerveuse ou mentale dans la famille. Personnellement, pas de maladie grave. Anémie à 14 ans. Réformé du service militaire pour insuffisance de taille. Marié en 1906 ; quincaillier dans une petite commune du département de la Vendée. Intelligence moyenne, sujet sensible, impressionnable, coléreux. Pelade chronique.

Histoire de la maladie. — Au mois de décembre 1911, la femme constate chez son mari des modifications de caractère, il devient sombre, irascible, parle peu. Il exerce un commerce pour lequel il n'a pas fait d'apprentissage, il a toujours peur de ne pas arriver, dit-il ; il a entrepris trop de chose à la fois, et des choses qu'il ne connaît pas ; il n'a plus de goût au travail, il est découragé par ces idées qui, toute la journée, occupent son esprit.

Et pourtant à l'heure actuelle, son magasin est extrêmement florissant, la situation est excellente. Il se trouve dans une région éloignée des villes ; il débite beaucoup de marchandise et facilement. Sa clientèle lui réclame toutes espèces d'objets ses rayons s'étendent, il vend des bicyclettes, des machines à coudre, etc. C'est à ce moment que l'inquiétude s'empare de lui : « Je ne connais rien à ce que je vends. Je n'aime pas ça, vendre des choses que je ne connais pas. On ne va pas réussir, on n'arrivera pas. » Il se décourage, se désespère.

Du reste très jaloux dans son métier, et cela dès le début, c'est-à-dire depuis 1906. Il redoutait la concurrence. Il aurait voulu être le seul quincaillier de la commune. Il savait qu'un concurrent vendait quelques bicyclettes, qu'un chaudronnier faisait des tournées chez les gens, à la campagne ; tout cela lui montait à la tête, malgré un gain personnel qui dépassait ses prévisions initiales.

En février-mars, l'état morbide s'aggrave. Le malade a de l'insomnie, des troubles gastriques.

Il répète sans cesse : « Je n'arriverai pas. Je suis un homme de rien (idées d'indignité). Je suis dégoûté du travail. Je ne suis pas capable de gagner ma vie, ni d'élever mes enfants. On va tomber dans la misère (idées de ruine). Je ne veux pas avoir la honte de ne plus rien faire, autant mourir. » Par moments il est énervé, menace de frapper, de tuer. Ces faits (idées de suicide, tendance à la violence) décident la famille à le placer à l'asile. Il y est amené le 27 mars 1912,

Etat actuel (28 mars 1912). — Le malade est bien orienté dans le temps et dans l'espace : il répond assez bien, il est calme.

« Je suis quincaillier ; autrefois j'étais forgeron. Je ne connais pas le métier de quincaillier. J'ai eu peur de ne pas réussir, j'ai entrepris trop de choses à la fois. Je pensais ne pas

pouvoir arriver, ne pas pouvoir élever mes enfants. J'en voyais qui me faisaient concurrence. C'est le désespoir qui m'a pris. Le travail est venu à me répugner, j'ai laissé tout à l'abandon. Je me suis découragé. »

Il se livre sans cesse à de fausses interprétations : « Je vois bien, toutes ces interrogations, c'est pour me tracasser. C'est malheureux ! » Il ajoute : « Ce matin, dans la salle, on chantait, c'était certainement pour me monter la tête ».

Pas d'idées de culpabilité. Pas d'idées d'indignité, comme chez lui.

Asthénie ; faiblesse musculaire et idéative. Il dit : « Il y a des moments où mes idées sont embarrassées ; cela tient à ce que certaines idées repassent sans cesse dans la tête (obsédance) ».

Malaise général, abattement qu'il ne peut pas bien définir, il dit : « Je ne suis pas dans mon état normal. »

Il est craintif : « Au moindre bruit que j'entends, je sursaute ».

Insomnie. Idées de suicide. « J'avais l'idée de me suicider, mais je ne voulais pas le faire, ce sont des blagues.

Etat somatique bon. Epigastralgie. Tremblement des doigts.

29 avril. — « Il ne faut pas trop m'interroger, ça me fatigue ». Enervement. Gémit par intervalles : « Ah ! là là ! Je souffre de voir ces pauvres martyrs près de moi ». (Il a été placé à l'infirmerie.)

30 avril. — Tentative de suicide par défénestration. Il a fait un trou dans le grillage de la fenêtre des cabinets et s'est laissé tomber dans la cour. Contusions ; pas de fracture.

14 mai. — Craintif, peureux : « On va me couper en morceaux »(ne quitte pas son lit).

29 mai. — Très amélioré depuis quelques jours. Ecrit à sa femme de venir le chercher, dit tout le plaisir qu'il éprouvera à retrouver les siens, dit qu'il travaillera avec joie, réclame une longue lettre pour avoir beaucoup de nouvelles.

10 juin. — « Je n'ai plus du tout l'idée de me détruire. Je serai content de retourner chez moi. Mes idées sont bonnes.

« Oui, j'avais peur de ne pas réussir dans mon commerce. Je pensais que je n'arriverais jamais à gagner ma vie parce que j'entreprenais de faire des choses que je n'avais pas apprises, pour lesquelles je n'avais pas fait d'apprentissage. J'avais des maux de tête, j'étais énervé ».

13 juin. — Sort de l'asile pour aller dans sa famille.

1er août. — Disposition encore très marquée à l'énervement. Il ne peut supporter le bruit, ni la porte qui bat, ni le marteau qui frappe sur l'enclume, ni les cris des enfants, ni le chien qui aboie, etc. Il est le moins de temps qu'il peut au magasin. Il travaille au jardin.

Il a gardé parfaitement le souvenir de son état maladif, de ses idées noires. Il dit comme il était craintif lorsqu'il était alité à l'infirmerie de l'asile ; il sursautait au moindre bruit, il tremblait si on approchait la main de sa figure.

Au sujet de sa tentative de suicide, il raconte que dès son arrivée à l'asile, il prépara son acte. Il commença par faire un petit trou dans le grillage qu'il agrandit peu à peu. Il simulait l'envie de vomir et allait souvent aux cabinets pour continuer son travail. Il donne, comme motif de son suicide, son désespoir : il était incapable de gagner sa vie, il n'avait qu'à disparaître, sa femme pourrait ainsi se remarier, se refaire une situation.

A ce jour, état somatique et moral excellent.

Depuis son accident boite de la jambe droite ; il accuse une douleur dans la hanche de ce côté ; l'examen physique est négatif.

Octobre. — Guérison. Etat général parfait.

Séquelles (novembre 1912-avril 1922). — De 1912 à 1922, le malade a fait deux accès d'asthénie périodique, l'un durant la guerre, en 1916, qui a duré cinq à six mois, le second, en 1921, qui a duré de sept à huit mois. Lors du dernier accès, il a dû être placé à l'asile des aliénés (1er mars 1921-13 septembre 1921).

Commentaires de l'obs. 5. — Inquiétudes commerciales, peur de ne pas arriver malgré des affaires florissantes, telle est l'origine de la maladie. A l'asile, le sujet fit une tentative de suicide préméditée : il voulait mourir pour que sa femme puisse se refaire une situation. Il a guéri parfaitement, mais, dans la suite, il a présenté deux accès d'asthénie périodique, l'un en 1916 et l'autre en 1921.

OBS. 6 (personnelle). RÉSUMÉ. — *Cultivateur, 58 ans (1911). Deux accès hyperthymiques, à base d'inquiétude et d'énervement. Le premier, à 32 ans, en 1885 : contrariétés au sujet d'un mariage. Insomnie. Craintes du malin esprit. Durée environ six mois. De 1885 à 1911, état normal. Deuxième accès en 1911, à 58 ans. Contrariétés avec un voisin, en janvier 1911, au sujet d'un passage dans une cour. Peur du diable, peur de la mort. Tentative de suicide ; mobile avoué ; le désir de décider le voisin à accorder le passage. Agitation anxieuse et placement à l'asile en juillet. Terminaison fatale.*

Oulinm... Pierre-Marie, laboureur, 58 ans, entre à la C. P. X., pour la seconde fois, le 17 juillet 1911.

Antécédents. — Pas de maladie mentale et nerveuse dans la famille. Le père, la mère, les trois frères et deux sœurs sont bien portants. Personnellement, testicule droit hypertrophié (?) et hernie inguinale gauche. Masturbation dans la jeunesse. Pas d'excès alcooliques. Phénomènes dyspeptiques à vingt-trois ans : intelligence moyenne. Caractère doux, mais sombre, facile à attrister et à inquiéter.

Premier accès d'hyperthymie anxieuse. — En octobre 1885, à trente-deux ans, le malade eut des ennuis, des contrariétés, au sujet d'un mariage. Ses parents voulaient le marier, puis ne voulaient plus ; ils reculaient toujours pour l'établir. « Alors cela me tourmentait, dit-il à ce jour (18 juillet 1911) ; j'avais peur que le mariage ne se fasse pas, j'étais arrivé à ne plus dormir la nuit. Les idées se sont brouillées ».

Vers le commencement de décembre 1885, les troubles psychiques s'aggravent. Le malade dit maintenant qu'il ne doit pas se marier parce qu'il sera incapable de faire vivre et d'élever une famille. Il se croit poursuivi par l'esprit malin. « Il entend les suggestions du diable ». Il s'excite la nuit (agitation anxieuse). Un jour, enfin, il tente de se noyer dans un étang. Par intervalles, il tient pourtant des propos très raisonnables. Sa famille l'amène à l'asile, le 19 janvier 1886.

20 janvier 1886. — Attitude déprimée, anxiété par intervalles. Les yeux fixes, il parle seul, appelle ses parents et Dieu à son secours contre le malin esprit. Idées de suicide.

25 février. — Calme, travaille, mais encore délirant.

15 mars. — Réapparition des idées délirantes avec agitation, pleurs.

8 avril. — Evasion. La famille le garde.

Evolution. — Les troubles ont disparu petit à petit, en deux ou trois mois.

Etat du sujet de 1886 à 1911. — Revenu à son état antérieur il s'est marié en 1889 avec la jeune fille qu'il devait épouser en 1886. Il a une fille bien portante : deux enfants sont mort en bas âge. Pas d'alcoolisme chronique.

Deuxième accès d'hyperthymie anxieuse. — Au mois de janvier 1911, âgé alors de cinquante-huit ans, il a une contrariété avec un voisin à propos d'un passage dans une cour. Il s'entête à l'avoir, ce passage. Il devient tout à coup sombre, il n'est plus comme d'habitude. Ça l'empêche de dormir. Il y pense toujours. Malgré cela, il dirige bien sa ferme.

Peu à peu, mais très lentement, l'état émotionnel morbide s'aggrave surtout à partir de mai-juin. Il se met à dire que l'esprit malin l'appelle et vient le chercher pour l'emporter tout vivant. Il croit qu'il va être tué. Sans cesse il cherche à se sauver ; il a peur du diable, des vipères. Il se tape la tête contre les murs ou bien la place entre les rayons de roue de sa charrette ; il se met à l'eau pour se noyer, etc. Il est ramené à l'asile le 17 juillet 1911.

Etat actuel : 18 juillet 1911. — « Depuis cette contrariété, dit-il, j'ai de mauvaises idées. Ça m'a fait tourner la tête. Ça m'a fait un tourment. Je ne dors pas. Je croyais que je ne pourrais pas battre mon grain sans ce passage. J'étais ennuyé. C'était pas un petit ennui. Comment faire ? Je ne peux pas passer ailleurs. Comment ira ma batterie, pensais-je toujours ?

« Oui, j'ai sauté dans la fontaine. C'était pas pour mourir, j'ai peur de la mort. J'ai pensé : ça le décidera peut-être (le voisin) de voir que je veux me noyer. C'est un geste inutile. Je me suis senti poussé à faire ça... Ce n'était pas le diable qui me poussait.

« Je suis fatigué de la tête. C'est un bouillonnement. J'ai pas la tête solide. Je ne suis pas malade. »

Pas d'affaiblissement intellectuel, pas de délire, pas d'agitation. Le malade parle tout à fait raisonnablement.

19 juillet. — Agitation anxieuse. Il cherche à se blesser en se frappant la tête contre les murs.

Il dit : « On va me faire bouillir dans une marmite. Je n'ai pas mérité de mourir. Je n'ai fait de mal à personne. Il y en a qui m'en veulent mais c'est injuste. Il y a un nommé Jean G...

et traitement des angines et de la diphtérie. Pratique de la sérothérapie. Anaphylaxie. — Mercredi 4 novembre. Diagnostic et traitement des maladies gastro-intestinales du nourrisson. — Jeudi 5 novembre. Diagnostic et traitement des pneumonies et bronchopneumonies de l'enfant. — Vendredi 6 novembre. Diagnostic et traitement de la tuberculose infantile. Du pneumothorax chez l'enfant. — Samedi 7 novembre. Diagnostic et traitement des cardiopathies et des albuminuries de l'enfance. — Lundi 9 novembre. Diagnostic et traitement des syndromes endocriniens chez l'enfant. — Mardi 10 novembre. Diagnostic et traitement des dystrophies infantiles (anémies, athrepsie, rachitisme, obésité, diabète, maladie par carence). — Jeudi 12 novembre. Diagnostic et traitement des méningites, de l'encéphalite et de la paralysie infantile. — Vendredi 13 novembre. Diagnostic et traitement des convulsions, de la spasmophilie et de la chorée. — Samedi 14 novembre. Les thérapeutiques nouvelles en médecine infantile.

2° Les *examens cliniques* auront lieu : à la Clinique médicale infantile les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la Clinique chirurgicale infantile de M. le prof. Nové-Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours. Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de médecine infantile et de 200 francs pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantile. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude Bernard, jusqu'au 25 octobre 1925. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

Service de physique biologique, radiologie et physiothérapie. (Prof. Cluzet). — *Cours de perfectionnement d'électro radiologie du 1er au 21 octobre* 1925. — Cet enseignement, dirigé par M. le prof. Cluzet, sera effectué avec la collaboration de MM. Nogier, agrégé ; Arcelin, Badolle, Coste, Chevallier, Kofman et Malot, chefs de laboratoire d'électro-radiologie ; il comprendra un enseignement théorique, avec démonstrations et travaux pratiques, à la Faculté, tous les après-midi, et un stage clinique dans divers laboratoires radiologiques des hôpitaux ou dans certains services électro-radiologiques privés.

Programme de l'enseignement. — I. *Leçons théoriques avec démonstrations et travaux pratiques*. — Du 1er au 13 octobre : propriétés, production et mesure des rayons X, types d'installations radiologiques, méthodes de radiodiagnostic et de radiothérapie. Du 14 au 16 octobre : propriétés des corps radioactifs, technique générale de la radiumthérapie. Du 17 au 21 octobre : méthodes d'électrodiagnostic et d'électrothérapie.

II. *Stage*. — Tous les matins, sauf les jeudi et samedi, exercices de radioscopie, de radiographie ou de radiothérapie. Les jeudi et samedi, exercices de radiumthérapie, d'électrodiagnostic ou d'électrothérapie (y compris la diathermie).

N. B. — Un diplôme de médecin électro-radiologiste de l'Université de Lyon peut être délivré, après deux ans de stage, effectués dans les conditions prévues par le règlement.

Cours de perfectionnement de chirurgie opératoire. *Technique des opérations d'urgence*. (MM. Patel, prof. ; Guilleminet et Ricord, prosecteurs). — I. Plaies et contusions de l'abdomen. Sutures et anastomoses intestinales (bout à bout, latéro-latérale, bouton anastomotique, suture). Plaies du foie et de la rate.

II. Péritonites par perforation (estomac, intestin grêle, appendice). Suture d'urgence. Gastro-entérostomie d'urgence. Appendicectomie d'urgence.

III. Occlusions intestinales. Anus cæcal, anus iliaque. Extériorisation. Invagination. Brides.

IV. Hernies étranglées. Inguinale, crurale, ombilicale. Gangrène herniaire.

V. Opérations gynécologiques d'urgence. Colpotomie. Rupture de grossesse tubaire. Torsion ovarienne.

VI. — Cholécystites aiguës. Cholécystectomie à chaud. Cholécystostomie. Pleurésies purulentes : pleurotomie avec résection costale.

VII. Anurie calculeuse, néphrostomie d'urgence. Néphrectomie d'urgence. Phlegmon périnéphrétique. Cystostomie. Urétrotomie externe. VIII. Fracture du crâne : Trépanation. Epanchement sanguin intra cranien. Ponction lombaire. Mastoïdites : trépanation d'urgence de la mastoïde. Trachéotomie.

IX. Lésions des parties molles. Plaies des vaisseaux, tendons, nerfs. Phlegmon des gaines. Transfusion sanguine d'urgence.

X. Lésions des membres. Fractures compliquées : amputations d'urgence. Arthrites suppurées : arthrotomies. Ostéomyélite aiguë : répanation.

Les cours auront lieu à la Faculté deux fois par jour : le matin de 8 h. 30 à 10 heures ; le soir de 15 heures à 16 h. 30. Les élèves répèteront eux-mêmes les opérations sous la direction des prosecteurs. Deux séries de cours seront faites d'après ce même programme : la première série aura lieu du lundi 19 octobre au samedi 24 octobre, la deuxième série du lundi 26 octobre au samedi 31 octobre. Le droit à verser est de 150 francs pour la série de dix cours. S'inscrire au Secrétariat de la Faculté, tous les jours de 14 à 16 heures.

CLINIQUE DE CHIRURGIE INFANTILE ET D'ORTHOPÉDIE. (Prof. M. NOVÉ-JOSSERAND). — *Cours de perfectionnement* 1925. — Un cours de perfectionnement aura lieu du 2 au 15 novembre 1925, sous la direction de M. le prof. NOVÉ-JOSSERAND, avec le concours de M. le prof. agrégé LAROYENNE et de MM. les Drs André RENDU, Lucien MICHEL et Marcel CHASSARD, attachés à la Clinique.

Il sera essentiellement pratique et comprendra des leçons, des démonstrations de radiographies et d'appareils et des examens cliniques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs qui ne s'intéressent qu'à la pédiatrie de suivre le cours de perfectionnement de la Clinique médicale infantile, qui aura lieu à la même époque.

PROGRAMME. — 1° *Leçons et démonstrations.* Tous les jours, à 4 h. 1/2, à la Clinique chirurgicale infantile.

Lundi 2 novembre. Traitement de la tuberculose chirurgicale en général, des abcès froids et des adénites. — Mardi 3 novembre. Formes anatomo-cliniques et traitement du mal de Pott. — Mercredi 4 novembre. Formes anatomo-cliniques et traitement de la coxalgie. — Jeudi 5 novembre. Formes anatomo-cliniques des tuberculoses du genou et du pied. — Vendredi 6 novembre. Les fractures du coude chez l'enfant. — Samedi 7 novembre. Les fractures de l'humérus et de l'avant-bras. — Lundi 9 novembre. Les fractures du fémur et de la jambe. — Mardi 10 novembre. Traitement de la paralysie infantile. — Jeudi 12 novembre. Traitement du pied bot congénital. — Vendredi 13 novembre. — Formes anatomo-cliniques et traitement de la scoliose. — Samedi 14 novembre. — La luxation congénitale de la hanche. Diagnostic et traitement.

2° Les *examens cliniques* auront lieu : à la Clinique chirurgicale infantile les mardi, jeudi et samedi, à 9 h. 1/2.

Les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre soit à la Clinique médicale infantile de M. le prof. MOURIQUAND, soit dans le service de chirurgie orthopédique des adultes de M. LAROYENNE, à l'Hôtel-Dieu

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours. Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de chirurgie infantile et orthopédie, et de 200 francs pour les deux cours de chirurgie et de médecine infantile. Les inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1925. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

Cours de perfectionnement et de pratique obstétricale du 2 au 14 novembre 1925 (sous la direction de M. le Prof. COMMANDEUR, avec le concours de MM. TRILLAT et RHENTER, prof. agrégés ; EPARVIER, ancien chef de clinique obstétricale ; GAUCHERAND, moniteur de clinique obstétricale). — Les leçons et exercices pratiques auront lieu à la Clinique obstétricale, à l'Hospice de la Charité de Lyon. Tous les jours, de 8 heures à 18 heures : Examens de femmes en travail et pratique des accouchements.

Tous les matins, de 8 heures à midi : Exercices cliniques et pratiques. 1° Révision et pratique des opérations obstétricales, les lundis, mercredis et vendredis, de 8 heures à 9 h. 1/2 ; 2° consultation des femmes enceintes, les lundis, mercredis et vendredis, de 9 h. 1/2 à 11 heures ; 3° consultation des nourrissons, le mercredi, à 11 heures ; 4° examens des femmes enceintes, les mardis, jeudis et samedis, de 8 heures à 9 h. 1/2.

Les après-midi, à partir de 15 heures : 1° visites du Musée ; 2° présentation de pièces macroscopiques et histologiques ; 3° séances de projection ; 4° visites de l'Infirmerie de la Clinique ; 5° leçons de pratique obstétricale, suivant le programme ci-dessous : Lundi 2 novembre, à 17 h. M. TRILLAT : Conduite à tenir dans l'accouchement normal. — Mardi 3 novembre, à 17 h. M. COMMANDEUR : Diagnostic des rétrécissements du bassin. — Mercredi 3 novembre, à 17 h. M. EPARVIER : Indications des applications de forceps. — Jeudi 5 novembre, à 17 h. M. RHENTER : Des avortements. — Vendredi 6 novembre, à 17 h. M. TRILLAT : Conduite à tenir dans la délivrance et dans ses complications. — Samedi 7 novembre, à 17 h. M. COMMANDEUR : Thérapeutique des rétrécissements du bassin. — Lundi 9 novembre, à 17 h. M. TRILLAT : Radiographie obstétricale et fœtale. — Mardi 10 novembre, à 17 h. M. RHENTER : Décollement du placenta normalement inséré et *placenta prævia.* — Jeudi 12 novembre, à 10 h. (par exception). M. EPARVIER : Prophylaxie des infections puerpérales. — A 17 h. M. RHENTER : De l'éclampsie puerpérale. — Vendredi 13 novembre, à 17 h. M. EPARVIER : Thérapeutique des infections puerpérales. — Samedi 14 novembre, à 17 h. M. COMMANDEUR : Contractions irrégulières et rétraction utérine pendant le travail. — De l'anesthésie obstétricale.

Droit de 150 francs à verser en s'inscrivant, au Secrétariat de la Faculté de Médecine.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose (*médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie sociale,* (sous la direction de M. le Prof. Paul COURMONT, avec le concours du Comité national). — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 26 octobre au 22 novembre 1925, avec le concours des Professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. ARLOING, BARJON, BÉRARD, BLANC-PERDUGET, CORDIER, COURMONT, DUFOURT, DUMAREST, GARDERE, GATE, LANNOIS, MOUISSET, PIC, ROCHAIX, ROLLET, ROUBIER, SAVY, TIXIER.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leur connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 fr.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le Comité National de défense contre la Tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de Dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Programme. — L'enseignement sera donné tous les jours (sauf samedi après-midi) ; il comprendra : 1° Des leçons théoriques (matin et après-midi) ; 2° des exercices pratiques de clinique (le matin), et de laboratoire, de radiologie, de dispensaires (l'après-midi) ; 3° des visites aux organisations antituberculeuses : Sanatorium (Hauteville), Préventorium, etc.

Anatomie pathologique : Démonstrations à l'amphithéâtre. — *Bactériologie* : Le bacille de Koch. Recherche. Inoculation. Comparaison avec les autres acido-résistants. — *Les réactions humorales* ; *sérologie* : Séro-diagnostic par l'agglutination. Réaction de fixation. — *Clinique et Thérapeutique. Radiologie* : Diagnostic du début. Diagnostic et pronostic des formes. Tuberculose de l'enfance. Pleurésie tuberculeuse. Pneumothorax spontané. Radiologie. Conférences et exercices pratiques. Méthode de Forlanini (Conférences et exercices pratiques). Thoracoplastie. Thérapeutique générale et médicamenteuse. Tuberculose du larynx. Tuberculose oculaire. Tuberculose osseuse. Tuberculose abdominale.

Hygiène : Etiologie générale : Voies d'infection de la tuberculose. Hérédité et contagion. Tuberculose d'origine bovine. Le lait. Facteurs sociaux. — Prophylaxie : Désinfection des crachats, du linge. Protection de l'enfance. Isolement du tuberculeux. Hôpital. Sanatorium. Dispensaire antituberculeux Armement antituberculeux.

Légion d'honneur. — Sont promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Sébileau (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Le Mée, Bensaude, Devraigne, Kuss, Lortat-Jacob et Toulouse (de Paris).

M. Devaux, directeur de la maison d'hydrothérapie et de convalescence du parc de Neuilly.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Eissen (de Bordeaux), Issaurat (de Paris), Labarrière (d'Amiens), Layral (de Saint-Etienne), Mahon (des Landes), Bonnemaison (de Paris), Butzbach (de Belfort), Delrat (de Paris), Dubois (de la Rochelle), Frèche (de Bordeaux), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Pascalis, Pelisse et Riquoir (de Paris), Weill (de Versailles).

MINISTÈRE DU COMMERCE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Sartory (de Strasbourg).

Au grade d'officier. — M. Castanet, vice-président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

M. René Lisbonne, éditeur à Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Voronoff.

M. Plisson, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

qui a fait de faux témoignages contre moi. Je l'ai su à Nantes. On m'accuse d'avoir commis un crime sur une jeune fille, il y a vingt-cinq ans, mais ce n'est pas vrai. Je l'ai appris, cela, par une voix. (Il importe de noter, croyons-nous, que le malade n'a pas parlé spontanément de ce fait : il ne l'a raconté que lorsqu'on lui a demandé s'il n'était pas coupable, s'il n'avait pas commis de crime, etc.)

« Je cherche à me distraire, parce que j'ai peur d'être brûlé. »

Pas d'amnésie. Pas de confusion mentale. A un moment, il dit : « Je suis à l'église de Saffré » (son pays). Mais il dit bien quelques minutes après : « Ici, je suis à l'asile ».

A propos de son état actuel, il dit : « Cela m'est venu par l'inquiétude. La première fois c'était la même affaire ».

Céphalée : douleur au niveau des tempes, au-dessus des yeux et sur le dessus de la tête. Pas de rachialgie.

Douleur épigastrique : « Ça me serre au cœur, ça grossit. »

Etat somatique précaire. Lèvres sèches. Langue saburrale. Pouls petit avec 72 pulsations.

21 *juillet*. — Affaiblissement général. Température 39°4.

22 *juillet*. — Mort. L'autopsie n'a pu être pratiquée.

Commentaires de l'obs. 6. — Deux accès d'hyperthymie anxieuse, à 32 et à 58 ans. Analyse des phénomènes émotionnels difficile, mais l'inquiétude, la peur semblent bien néanmoins avoir été l'origine de la maladie. Le dernier accès a été suivi de mort. Tentative de suicide simulée : « petit geste inutile, » suivant la jolie expression du patient.

OBS. 7 (personnelle). RÉSUMÉ. — *Cultivateur 63 ans* (1910) *Hyperthymie anxieuse à l'occasion de mauvaises récoltes, en juin 1910. Aggravation progressive de l'état d'inquiétude en un mois environ. Pas d'idées d'auto-accusation. Le sujet dit que tout est perdu, que lui et sa famille sont tombés dans la misère, faute de blé. Motifs multiples d'inquiétude. Il se dit malade, puis ajoute que sa maladie gagne son entourage, que toutes les choses qui lui appartiennent sont contaminées. Tendance au suicide. Légère agitation anxieuse. Pas d'énervement. Mutisme, sitiophobie. Insomnie. Pas d'affaiblissement intellectuel. Amaigrissement. Epistaxis. Cachexie. Mort en août* 1911.

Oquinm, Gustave, 63 ans, cultivateur, vient à notre consultation le 19 août 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort, à 35 ans, de pleurésie. Mère morte à 72 ans d'emphysème. Un oncle du côté maternel s'est suicidé, à 60 ans (chagrins domestiques).

Antécédents personnels. — Pas de maladie grave dans son enfance ni dans sa jeunesse. Pleurésie à 20 ans. Attaques de rhumatisme articulaire à 51 ans, puis à 53 et à 60. Marié à 29 ans, en 1876 : une fille bien portante. Pas d'alcoolisme chronique. Intelligence vive. Caractère gai, jovial ; colères faciles, mais vite passées ; volontaire, entêté, de nature plutôt inquiète.

Histoire de la maladie. — Le début de la maladie remonte au mois de juin 1910. La récolte des céréales s'annonçait comme devant être particulièrement réduite ; la pluie ne cessait de tomber ; les blés, les avoines étaient envahis par des herbes de toutes sortes. Le malade s'inquiétait de cet état de choses, et pourtant sa situation de fortune est bonne. Il protestait contre le mauvais temps, s'énervait, se lamentait sur son sort. C'était en vain qu'on cherchait à le calmer et à le rassurer. Petit à petit, mais en moins d'un mois, il devint de plus en plus inquiet, ne dormit plus, se nourrit mal, ne travailla plus.

Voici ce que disent sa femme et sa fille : Il s'inquiétait de toutes choses. Il n'avait pas de chagrin, il n'avait rien perdu ; il ne se reprochait rien. Ce qui l'inquiétait surtout, c'était que nous n'allions pas récolter de blé. Comment vivrait-on alors ? Comment passerait-on l'hiver ? Nous allions être ruinés. Tout allait être perdu, les siens, lui, sa fortune, ses animaux. Nous allions tomber dans la misère. Nous allions être malheureux.

« Puis, plus tard, tout ce qu'il nous voyait entreprendre, il voulait nous empêcher de l'exécuter : « Laissez ma jument, ne l'attelez pas, vous allez la faire crever... Ne chargez pas la charrette de gerbes, la jument ne peut la traîner... Ne passez pas sur ce terrain, vous faites du tort aux voisins... Ne mettez pas de grain dans le grenier il est trop petit, il n'y a pas de place. N'entrez pas dans la maison, — il disait cela à des amis — elle va s'écrouler. Ne me touchez pas, vous allez attraper ma maladie (on n'a jamais pu savoir de quelle maladie il voulait parler). « Mais tu n'es pas malade », lui disaient les siens. — « Oh ! si, je suis bien perdu et vous aussi et tout ce que nous avons ».

Il n'a pas d'idées de suicide bien arrêtées, il dit simplement : Du moment que tout est perdu, je n'ai plus qu'à me jeter dans le puits.

En général, il parle très peu ; il ne parle guère qu'avec les siens ; si des étrangers sont devant lui, il ne dit rien.

Pas de diminution de la mémoire.

Insomnie complète depuis une dizaine de jours. N'accuse pas de céphalée, ni de rachialgie.

Etat actuel (19 août 1910). — Légère agitation anxieuse avec lamentations. Le malade va et vient en disant : « On n'a plus rien. On va mourir. Chez nous, plus rien n'est bon, tout est empoisonné, le vin, les aliments ». Si on lui parle de sa maladie, il fait remarquer que cette maladie là ne se guérit pas.

Pas de déficit intellectuel. Pas d'idées d'auto-accusation.

Réponses rares, brèves. Refus partiel d'aliments.

1er *octobre*. — Même état. Il ne veut pas que les siens payent les journaliers avec son argent, parce que c'est du mauvais argent, on va le rapporter. Il ne veut pas sortir dans la rue, parce qu'il donne sa maladie à tout le monde, même aux animaux. Il ne veut pas qu'on donne à boire ou à manger aux gens qui viennent à la maison : le vin est sale, empoisonné, les œufs sont pourris, la viande est corrompue. Sa femme a vendu leur vache, on va la ramener parce qu'on ne doit pas vendre une bête malade. S'il passe un vagabond dans le chemin, il dit que c'est lui qui l'attire.

Pas d'idées de culpabilité. Pas d'excitation coléreuse. Pas d'affaiblissement des facultés mentales.

Amaigrissement ; épistaxis par intervalles. Insomnie, anorexie.

Août 1911. — Etat cachectique. Mort à cette époque.

Commentaires de l'observation 7. — La maladie a abouti, ici, à un état cachectique (cachexie douloureuse émotionnelle), comme cela se voit dans la mélancolie ordinaire. On notera aussi, dans cette observation, la tendance du délire à l'extension, mais sans idées d'énormité ou d'immortalité.

OBS. 8 (personnelle). RÉSUMÉ. — *Jardinier, 40 ans* (1912). *Hyperthermie anxieuse, ses terres sont inondées, en février* 1912. *Inquiétude progressivement croissante ; désespoir ; il se figure qu'il n'arrivera pas à faire son travail, qu'il va être obligé de contracter des dettes, qu'il est ruiné. Phénomènes d'épuisement nerveux consécutifs. Placement à l'asile le* 17 *mai : mutisme, résistance à l'examen physique (négativisme). Mydriase. Le* 21 : *aggravation, fièvre. Mort le* 23 : *complications viscérales probables.*

Retagneb... Joseph, 40 ans, jardinier, entre à la C. P. X..., le 17 mai 1912. Renseignements fournis par la femme.

Antécédents. — Père mort à 71 ans, à la suite d'une attaque apoplectique. Mère bien portante, 70 ans : elle a eu six enfants ; un seul est mort en Chine, à la guerre. Personnellement jamais de maladie grave. Ne serait pas buveur. Marié à 29 ans : deux enfants de dix et cinq ans, bien portants. Intelligence normale, caractère doux, plutôt sombre et inquiet de son naturel ; n'aimait pas à contracter des dettes.

Histoire de la maladie. — A la fin de février 1912, son jardin fut inondé, comme cela arrive presque tous les ans, depuis sept ans qu'il a loué cette ferme. Mais cette année, explique la femme, il n'a pas pu surmonter ça. Il était toujours à dire qu'il n'arriverait pas à faire son travail ; il ne parlait que de cela, il ne pensait qu'à cela. « Je ne pourrai rien faire, la terre est humide, on ne pourra pas continuer notre industrie (fait des primeurs) ». Sa femme avait beau lui dire : « Mais on a vu l'eau d'autres fois ». Non, il ne pourra pas labourer, il sera trop tard, tout sera perdu, il en voyait d'autres qui travaillaient et lui ne pouvait pas : le désespoir l'a pris.

« Il dormait mal, mangeait à peine.

La femme ajoute : « Peu à peu, je le voyais qui s'abandonnait ». Il ne voulait plus manger : on n'a plus d'argent, on n'a plus de pain. Que va-t-on devenir ? On va faire des dettes. Je ne travaillerai plus, c'est fini. »

Le 2 mai, il arrive un petit accident chez lui ; un tombereau ébranle son portail. Cela le met dans un état d'inquiétude extraordinaire : il prétend qu'il y a pour trois cents francs de dégâts, quand en réalité tout s'est arrangé pour dix francs. La nuit même il se levait pour aller regarder le travail et « il pleurait de voir ça ».

Jamais il n'a exprimé d'idées de culpabilité ou d'indignité Il ne se reprochait rien.

Finalement, une dizaine de jours avant son entrée à l'asile (le 17), il garda le lit : « Il s'est affaibli progressivement, dit la femme. Ce n'est pas lui qui se plaignait, il ne répondait plus aux questions, mais on le voyait anéanti, épuisé. S'il se levait, il se couchait par terre ; il ne tenait plus sur ses jambes. il tremblait ; on aurait dit une paralysie ».

Depuis le 10 mai, il refuse toute nourriture.

Le 16 mai, il se montre violent et mord sa femme (excitation à base d'énervement).

Le 17, il est amené à l'asile.

Etat actuel (18 mai 1912). — Le malade reste immobile dans son fauteuil ; il regarde par terre.

Il est impossible de lui faire prononcer une parole. Lorsqu'on le questionne, on remarque simplement quelques petits mouvements des lèvres et aussi des doigts.

Si on lui prend le bras pour l'élever, il résiste.

D'après les infirmiers, par moments, il cherche à sortir de son lit ; on l'a trouvé plusieurs fois au pied du lit.

Examen somatique : réflexes rotuliens normaux. Pupilles dilatées. Impossible de voir la langue : il contracte fortement les mâchoires.

19. — Même état : mutisme et refus d'aliments.

20. — A bu un peu de limonade vineuse.

21. — Aggravation. Lèvres fuligineuses. Température matin, 38°7 ; pouls 120. Temp. soir, 39°2.

23. — Ne parle pas. Le 22, la température a été de 39°2, le soir. Le 23, au matin. la température était de 36° : le décès a eu lieu à 9 heures.

Commentaires de l'obs. 8. — Forme aiguë ou subaiguë ; terminaison par décès après quelques mois de maladie. L'affection a abouti à une sorte de stupeur avec négativisme, qui s'est compliquée d'un état organique infectieux mortel.

Conclusions. — L'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, doit être distinguée de la mélancolie ordinaire, à cause de son origine spéciale et de son tableau clinique propre. Dans l'hyperthymie anxieuse, l'émotion qui trouble le sujet, « l'émotion sensibilisatrice », peut-on dire, est primitivement et essentiellement l'anxiété, et non pas le chagrin comme dans l'hyperthymie mélancolique. L'anxiété de la mélancolie ordinaire est une anxiété non pas primitive, mais secondaire, qui prend sa source dans les idées de culpabilité, d'indignité, de damnation. L'évolution de l'accès d'hyperthymie anxieuse est analogue à l'évolution de l'accès d'hyperthymie mélancolique : notons spécialement que la récidive est rare, mais existe, et qu'on peut observer, comme séquelles, la démence précoce, les délires systématisés progressifs, les syndromes ou affections dysthéniques les plus variés, chroniques ou périodiques.

Résultats des recherches sur deux signes pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire

Par M. le Dr **G. ANTONOPOULO**
Médecin Principal de l'Armée Grecque.

Dans un bref rapport je tâcherai d'exposer les résultats de mes recherches sur la valeur de deux signes déjà connus pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire et particulièrement dans ses formes latentes et silencieuses et dans les états dits pré-tuberculeux.

Il s'agit premièrement de la recherche de l'index ou du signe de Pignet, c'est-à-dire du nombre qui se tire de la soustraction des nombres qui expriment le périmètre du thorax, et le poids du soldat, par le nombre qui exprime sa taille, et si ce résultat est supérieur à 22 il est adopté, ainsi qu'on le sait déjà qu'il s'agit d'un sujet d'une faible constitution prédisposée à la tuberculose.

Deuxièment il s'agit de la recherche d'un autre signe de la réaction myotonique ou myo-œdème du trapèze, signe signalé par M. Loeper en collaboration avec M. Codet, dans un article paru dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* du mois d'août 1917, qui consiste en la production d'un nœud de contraction assez net après le pincement, ou la percussion de la partie moyenne du bord supérieur du trapèze, au-dessous duquel le sommet du poumon se trouve en état d'affection aiguë : tuberculose en évolution, pneumonie, broncho-pneumonie, gangrène et aussi dans les cas de lésions torpides, silencieuses, et scléreuses ; mais dans ces dernières le myo-œdème n'est pas si intense que dans les premiers.

Notre recherche concerne un nombre de 232 conscrits d'une division, sur lesquels les résultats ont été les suivants : 1° L'index ou le signe de Pignet sur 147 soldats qui étaient en évolution de tuberculose, mais sans bacilles dans les crachats, était positif sur 122, c'est-à-dire en proportion de 83 %, et sur les 85 autres cas en état de tuberculose latente, silencieuse, avec un amaigrissement marqué et quelques troubles de la respiration il était positif sur 76 malades, c'est-à-dire en proportion de 89 %.

2° Le signe Loeper (réflexe du trapèze) était positif sur 118 malades de la première catégorie proportion donc de 80 % et sur 57 malades de la seconde catégorie proportion de 67 %. Pour la recherche du deuxième signe, nous avons préféré au lieu du pincement que recommande l'auteur, la percussion comme plus simple et moins désagréable au sujet. Les chiffres pour le premier signe étaient à peu près égaux pour les deux catégories. Aussi pour le second signe la proportion est élevée pour la première catégorie comme M. Loeper le prétend et pour la deuxième de même suffisamment élevée.

Conclusions

Or, l'existence de ces deux signes associés, à des manifestations d'autres petits signes (amaigrissement, troubles légers de la respiration) dans les états particulièrement latents et silencieux de la tuberculose, possède pour notre part une valeur suffisante qui oblige le médecin militaire à prononcer l'ajournement du conscrit dans l'intérêt du sujet même et aussi du service, et si une nouvelle révision après un an montrera l'état du malade stationnaire ou aggravé, celui-ci sera définitivement inapte pour le service militaire, parce qu'il est préférable d'être plus large en ce qui concerne l'ajournement de tels jeunes conscrits sur lesquels après une vie militaire de quelques mois, ou de quelques semaines, apparaîtront les signes nets de l'évolution de la tuberculose, que d'entendre alors le cruel cri des parents : « Nous avons donné à la Patrie un enfant sain et celle-ci nous le rend malade » comme l'a dit très justement dans sa dernière intéressante conférence au Val-de-Grâce le distingué Médecin Principal M. Rieux.

Telles sont les résultats de mes recherches et j'espère que les nouvelles recherches médicales à la tête desquelles se trouvera comme toujours l'esprit lumineux de la science française révelleront bientôt des signes absolument certains pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire, signes qui délivreront le médecin militaire de l'embarrassante situation dans laquelle souvent il se trouve.

Statistique concernant le traitement des arthrites traumatiques dans une ambulance de l'avant

Par **Ath. CONTARGYRIS**,

Médecin-major de 2e classe de l'Armée grecque,
Médecin-chef du centre orthopédique de l'armée à Athènes.

C'est la conduite tenue chez nos blessés atteints de plaies pénétrantes articulaires et ce sont les résultats immédiats obtenus que je voudrais exposer dans ce court rapport. Quant aux résultats éloignés concernant la fonction de l'article il ne peut en être question dans ce rapport, car dans les formations de l'avant les blessés ne peuvent pas être gardés assez longtemps surtout pendant la guerre de mouvements pour qu'il soit possible d'apprécier ces résultats.

Comme chirurgien de l'ambulance alpine XIIe, qui au cours de la guerre en Asie-Mineure, pendant la marche sur Angora (août 1921), a fonctionné comme hôpital d'évacuation, j'ai eu à soigner sur 1.247 blessures des membres, 159 (136 soit 85,5 % par balles et 23 soit 14,5 % par éclat d'obus), blessures articulaires, soit en proportion 13 %. Ces blessures se répartissent de la façon suivante :

Membre inférieur 63 (épaule 37, coude 27, et poignet 5), fréquence 39 %.

Membre inférieur 96 (hanche 1, genou 69 et cou-de-pied 26), fréquence 61 %.

L'ordre de fréquence décroissante est donc : genou, épaule, coude, cou-de-pied, poignet, hanche.

C'est dans cet ordre que nous allons étudier séparément pour chaque articulation les blessures articulaires que nous avons eu à soigner.

1) Genou. Nous avons observé 69 (62 soit 90 % par balles et 7 soit 10 % par éclat d'obus), plaies articulaires du genou dont 26 soit 38 % sans lésions osseuses et 43, soit 62 % présentaient des lésions osseuses minimes ou moyennes et de signes d'infection plus ou moins intense. Dans 6 cas, l'infection a cédé à l'immobilisation de l'article après désinfection de la plaie et pansement compressif ; dans les autres 37 cas, j'ai pratiqué 26 fois l'arthrotomie à drainer et 11 fois l'arthro-esquillectomie. Dans aucun cas la résection typique n'a été jugée nécessaire.

Pour les 26 cas de la première catégorie où il n'y avait pas de signes d'infection, aucune intervention n'a été faite sauf la ponction d'une hémarthrose importante dans 7 cas ; l'antisepsie des orifices de la plaie et l'immobilisation de l'article dans une gouttière après pansement compressif humide ou à l'alcool ont largement suffit dans cette catégorie des plaies articulaires.

Quant au résultat immédiat, c'est-à-dire hors de danger du blessé et la conservation du membre il a été excellent chez tous nos blessés. Dix seulement suppuraient encore au moment de leur évacuation. Aucune mort n'a été signalée.

2) Épaule : de 31 cas (29 soit 93,5 %, par balles, et 2 soit 6,5 % par éclat d'obus) de plaies articulaires de l'épaule 14 ont été sans complication et n'ont nécessité aucune intervention ; par contre les autres 18 ont présenté des signes d'infection et j'ai été obligé de faire 10 arthrotomies à drainer et 2 arthrotomies avec ablation d'un éclat ; chez les 6 autres les signes infectieux ont été amendés avec des pansements à l'alcool. Ici non plus nous n'avons pas eu l'occasion de pratiquer la résection de l'épaule. Nos cas ont bien évolué, pas de mort.

3) Coude : sur 28 cas (24 soit 89 % par balles et 3 soit 11 % par éclat d'obus) de plaies articulaires du coude, j'en ai observé 4 sans lésions osseuses et 23 avec lésions osseuses minimes ou moyennes. Dans 13 cas je n'ai pratiqué aucune intervention et ils ont bien évolué après immobilisation de l'article sous pansement compressif à l'alcool. Dans les autres 14 cas j'ai pratiqué 8 arthrotomies classiques, 4 arthro-osquillectomies et 2 fois l'ablation de l'olécrâne fracturé. Aucune résection typique n'a été jugée nécessaire. Tous nos blessés du coude ont été évacués en bonne voie de guérison, étant hors de danger pour leur membre ou leur vie.

4) Cou-de-pied. J'ai observé 26 cas (21 soit 81 % par balles et 5 soit 19 % par éclat d'obus) de plaies articulaires du cou-de-pied dont 10 n'ont présenté aucun signe infectieux tandis que les autres 16 en ont présenté. Mais il n'a été nécessaire d'intervenir que onze fois pour faire 11 arthrotomies à drainer. Le résultat a été bon dans tous ces cas.

5) Poignet : 5 cas (4 soit 80 % par balles et 7 soit 20 % par éclat d'obus) dont 1 seulement a présenté des signes d'infection vite amendée par l'arthrotomie à drainer.

6) Hanche. Je n'ai rencontré qu'une plaie articulaire de la hanche. Elle était par balle et ne présentait pas de signes d'infection.

On voit par cela que 57 des plaies articulaires soignées par nous, soit le tiers, n'ont présenté aucun signe d'infection et qu'elles ont guéri sans intervention ; tandis que les autres 102 (soit le 2/3) des plaies articulaires étaient compliquées des signes infectieux contre lesquelles il a fallu faire 56 arthrotomies à drainer et 21 arthro esquillectomies.

Nous pouvons ainsi *conclure* que dans *la guerre de mouvements* telle qu'a été en Asie-Mineure la guerre gréco-turque le traitement doit varier avec le moment d'arrivée du blessé à l'ambulance et l'état de l'articulation blessée.

Ainsi lors des sétons, en particulier dans les plaies par balles, la guérison peut être obtenue sans opération sanglante ; l'immobilisation de l'articulation et un pansement compressif humide ou à l'alcool associés à l'évacuation par ponction du sang en cas d'hémarthrose importante suffit et cela a été le cas dans le tiers de nos plaies articulaires.

Mais dès que l'infection est évidente il faut intervenir le plutôt posssible si l'on veut obtenir de bons résultats à moins de frais. Ainsi chez nos blessés qui arrivaient à l'ambulance entre 10 et 48 heures après le traumatisme, c'est-à-dire tout à fait au commencement de l'éclosion de l'infection, j'ai obtenu en intervenant de suite de bons résultats aves des arthrotomies et quelques arthro-esquillectomies sans jamais pratiquer la résection typique.

Nous n'avons pas non plus employé la méthode de Willems pour le traitement de nos arthrites sur le front. Mais il faut encore ajouter qu'il a fallu intervenir dans toutes les plaies articulaires par éclat d'obus car elles ont toutes présenté des signes infectieux.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(Nancy 16-19 juillet 1925)

Les angines de poitrine (*suite*).

MM. L. GALLAVARDIN (de Lyon) et M. MICHON (de Nantes) rapporteurs.

Pathogénie de l'angine de poitrine. — Indications de son traitement chirurgical. — M. RICHON. — Un essai pathogénique ne peut se passer des *données anatomiques et physiologiques* concernant le plexus cardiaque, et sa double origine, vagale et sympathique ; ce plexus transmet des influx centrifuges, accélerateurs et modérateurs du rythme cardiaque et des influx centripètes, qui empruntent, chez le lapin, une voie bien différenciée, celle du nerf dépresseur de Lyon, chez l'homme des voies encore mal déterminées. C'est surtout des plexus péri-aortiques que doivent émaner les fibres sensitives ; l'influx afférent aux centres chemine non seulement par certaines fibres du vague, analogues du nerf de Lyon et constituant le système dépresseur, mais encore par des voies sympathiques, faisant partie d'un système presseur en quelque sorte.

Les excitations à point de départ cardio-aortique provoquent donc de véritables réflexes par ébranlement de la moelle cervicale et dorsale supérieure, sans qu'il soit possible de nier l'existence d'une sensibilité douloureuse propre au cœur lui-même ; l'angoisse résulte aussi certainement du vaste ébranlement du système nerveux végétatif.

Pour expliquer la *pathogénie de l'angine de poitrine*, bien des états pathologiques du myocarde ont été invoqués : soit distension brusquée, douloureuse au même titre que la distension vésicale par exemple — soit épuisement à l'effort d'un myocarde insuffisamment irrigué — soit fatigue musculaire suivie d'une sorte de crampe par accumulation des déchets ou travail musculaire — soit enfin déficience de la circulation coronarienne par suite d'oblitération lésionnelle. Aucun de ces divers essais d'interprétation n'emporte la conviction. L'électro-cardiographie de son côté, encore peu appliquée à l'angor, serait assez en faveur de certaines ischémies localisées.

On a également incriminé les lésions aortiques ou aortico-rénales et le mécanisme douloureux par distension de l'aorte altérée ou par poussées évolutives de ses lésions. Aussi le diagnostic clinique et, plus encore, radiologique, doit-il être toujours très poussé vers la recherche bien souvent positive alors de l'aortite. Mais il faut reconnaître la rareté de la poussée hypertensive, qui expliquerait l'accès, si l'on admettait l'hypothèse d'une distension aortique douloureuse.

Les angiospasmes coronariens, parents des angiospasmes périphériques, ne peuvent guère être considérés comme responsables des accès que s'ils se greffent sur des lésions vasculaires. En tout cas il est fréquent de déceler chez les angineux une exagération considérable des réflexes vasculaires généraux.

Restent des mécanismes pathogéniques mal déterminés, à savoir ceux de l'angor dans les affections médiastinales susceptibles d'avoir lésé les plexus cardio-aortiques ou les voies afférentes sensibles sus-jacentes et ceux des angors névropathiques dits aussi secondaires, réflexes, etc., en rapport avec hyperexcitabilité simple, sans lésions ni excitation directe, des plexus nerveux. Mais il s'agirait tout d'abord de passer au crible d'une critique serrée les faits cliniques eux-mêmes, car sous l'épithète des névropathiques sont incorporés certainement bien des cas d'angines cardio-aortiques légitimes.

Abstraction faite des terminaisons banales de toutes les cardiopathies, l'angor revendique pour son compte exclusif certaines morts subites, dont la prévision est d'ailleurs impossible, car on les observe à n'importe quel moment de l'affection et dans toutes les formes, avec une prédilection cependant pour les formes prolongées. Le mécanisme en serait soit l'inhibition bulbaire, soit la fibrillation ventriculaire incompatible avec la vie, telle qu'elle est observée sur l'animal après certaines ligatures coronariennes.

Tirer des travaux actuels des conclusions fermes serait hasardeux ; mais quelques remarques se dégagent de l'ensemble ; tout d'abord la théorie aortique restent intacte en tant qu'explication valable d'un grand nombre de cas, dans lesquels le point de départ des excitations déchainantes est la région sus-sigmoïdienne. C'est l'insuffisance aortique, facteur des distensions et retractions les plus amples, qui est la modalité la plus fréquente.

Mais il existe aussi incontestablement un premier angor d'effort par insuffisance brusquée d'un ventricule gauche hypertrophié, un second type, concomitant d'états cardiaques divers (dilatation aiguë de certaines infections, endopéricardite, cœur forcé, sténose mitrale) et un troisième type, d'origine coronarienne. L'importance évidente des altérations du myocarde et de ses vaisseaux propres ressort de nombreuses constatations cliniques et anatomiques, au point que l'on se demande si les méthodes minutieuses comme l'électrocardiographie ne parviendront pas à déceler toujours dans l'angor des rapports avec une insuffisance cardiaque débutante ou partielle.

On ne peut donc séparer, dans la pathogénie, le cœur de l'aorte, tous deux semblent intervenir conjointement dans la détermination de la crise.

Les *indications du traitement chirurgical*, suggéré primitivement par François Franck, mis en pratique par Jonnesco puis par beaucoup d'autres, restent intimement liées au progrès des recherches anatomo-physiologiques. L'idéal cherché consiste à sectionner les seules fibres afférentes, sensitives, mais justement elles sont mal individualisées chez l'homme. Cependant Eppinger et Hofer auraient obtenu d'heureux résultats par section de filets d'origine vagale, ou même du vague d'un côté.

Mais c'est surtout la sympathectomie, méthode malheureusement aveugle et par là même pouvant être dangereuse lorsqu'on veut la pratiquer trop largement, qui a été appliquée sur le plus grand nombre de cas, avec des succès parfois remarquables.

La douleur reste l'indication principale ; l'intégrité ou tout au moins la faible atteinte du myocarde est une condition essentielle de l'opportunité de l'opération.

L'acidose.

MM. L. DAUTREBANDE (de Bruxelles), M. LABBÉ et F. NEPVEUX (de Paris), K. PETREN (de Lund, Suède), en collaboration avec le Dr M. ODIN, rapporteurs.

M. Dautrebande rappelle les travaux sur l'acidité réelle des liquides organiques, commodément exprimé par le Ph (Sorensen). Le sang a normalement un Ph égal à 7, 35, remarquablement constant en dépit des rapports d'acides ou d'alcalis de sources diverses. Dans certaines circonstances, ce Ph diminue (acidose) ou augmente (alcalose), mais toute tendance à une variation se reflète tout d'abord sur la teneur relative du sang en acide carbonique et en bicarbonate, ce dernier sel jouant le rôle de substance « tampon », capable de neutraliser jusqu'à un certain point les acides pénétrant dans le sang.

De sorte qu'en fin de compte, tout état d'acidose se traduit par une augmentation de valeur du rapport.

$$\frac{H^2CO^3 \text{ (acide carbonique du sang artériel)}}{NaHCO^3 \text{ (bicarbonate du sang artériel)}}$$

soit que le numérateur augmente (acidose gazeuse), soit que le dénominateur diminue (acidose non gazeuse), et tout état d'alcalose par une diminution de valeur de ce même rapport, soit que le numérateur diminue (alcalose gazeuse), soit que le dénominateur augmente (alcalose non gazeuse).

En présence de ces diverses perturbations de l'équilibre acide-base, l'organisme réagit de la façon suivante :

	Ventilation pulmonaire	CO^2 alvéolaire	Acidité urinaire	NH^3 urinaire	Reserve alcaline
Acidose gazeuse........	+	+	+	+	+
Alcalose gazeuse........	+	—	—	—	—
Alcalose non gazeuse........	—	+	—	—	+
Acidose non gazeuse..........	+	—	+	+	—

En cas de tendance à l'acidose non gazeuse, qui est le fait de la cétose diabétique, de la rétention acide de certaines néphrites, de l'exercice musculaire violent, de l'ingestion d'acides minéraux, etc., les substances tampons tendent déjà à « minimiser » l'acidose en fournissant *in situ* des sels alcalins ; les substances tampons très abondamment contenues dans les hématies (phosphates, hémoglobine) interviennent alors activement, en particulier en absorbant les ions Cl libérés du plasma. Puis le centre respiratoire, très sensible aux moindres écarts du Ph entre en hyperfonctionnement, d'où rejet de CO^2 en excès par la respiration suractivée ; les reins se mettent à excréter un excès d'acides et de sels ammoniacaux ; il est vraisemblable que les tissus eux aussi cèdent des alcalins au sang. Grâce à ces divers processus, le Ph peut se maintenir

inaltéré, et le seul témoignage de la lutte soutenue par l'organisme reste l'abaissement de la réserve alcaline du sang ; cette réserve peut s'exprimer pratiquement par la capacité du sang à absorber le CO^2 à une pression connue, à condition que la détermination soit faite sur le sang total et non sur le plasma préalablement séparé.

Pour déterminer le Ph, on peut recourir aux méthodes directes de mesure physico-chimique (méthode de l'électrode d'hydrogène, méthode des indicateurs colorés, ou de calcul ; ce dernier procédé, le plus fidèle, consistera, après avoir déterminé acide carbonique et bicarbonate, à déduire le Ph d'après une formule (Henderson Hasselbach) ; la recherche devra être faite séparément pour le sang artériel et pour le sang veineux, la capacité du premier vis-à-vis de CO^2 étant moindre que celle du second. Barcroft a imaginé un procédé de détermination du Ph d'après les variations de l'oxyhémoglobine, qui se font, de façon très sensible, en fonction de la réaction sanguine.

En regard de ces méthodes, prennent place les méthodes fonctionnelles, fort utiles pour renseigner sur les troubles organiques dans leur ensemble, mais bien souvent infidèles si on les considère isolément : ainsi la détermination de la tension du CO^2 alvéolair (Haldane Priestley) correctement exécutée a la même valeur que la détermination de la contenance en CO^2 du sang artériel ; la somme des acides libres des acides libres des urines et de l'ammoniaque urinaires, le coefficient ammoniacal réduit d'Hasselbach, la présence, en plus ou moins grande abondance, de corps cétoniques dans l'urine, enfin la difficulté plus ou moins grande avec laquelle l'ingestion de bicarbonate parvient à modifier l'acidité réelle des urines, tels sont les tests fonctionnels capables de fournir des renseignements complémentaires sur l'état d'acidose.

Les *acidoses gazeuses* se rencontrent, en pathologie, dans tous les cas où l'air alvéolaire est trop riche en CO^2 (emphysème surtout, tuberculose avancée, spasme glottique, asthme, broncho-pneumonie, pneumothorax ouvert.) Dans les états aigus, comme l'asthme, le centre respiratoire, s'il n'est pas déprimé (morphine) réagit et, grâce au rejet de CO^2 par hyperfonctionnement des zones pulmonaires restées intactes, peut compenser, et au-delà, l'acidose primitive.

Le type des *acidoses non gazeuses* est la cétose diabétique, dont on ne peut apprécier exactement le degré que par l'étude de la réserve alcaline du sang total ; le coma s'annonce par une chute de capacité du sang pour l'acide carbonique inférieure à 30 volumes, sous 40 millimètres Hg de pression.

Dans les néphrites, par défaut d'élimination de déchets acides dans certaines entérites et dans les vomissements cycliques des enfants, dans la grossesse et dans les vomissements incoercibles, dans le jeûne, dans les anesthésies et les chocs, accompagnés ou non d'hémorragies et d'états infectieux, l'acidose est de règle ; son mécanisme reste souvent obscur et l'auteur pense l'élucider en partie en le rapprochant de celui des acidoses circulatoires.

Les *acidoses circulatoires*, soit généralisées à tout l'arbre circulatoire, soit localisées à certains territoires, résultent essentiellement du ralentissement du débit circulatoire, et de l'appauvrissement du sang en plasma, qui entraîne dans son départ un peu de la réserve alcaline. Le contraste entre l'acidose veineuse et l'alcalose artérielle entretenue par la surventilation pulmonaire de compensation est tout à fait typique des affections cardiaques décompensées.

Or les chocs occasionnent une hypotension bien connue et un grand ralentissement circulatoire qui peuvent provoquer, par un processus de même ordre, un certain degré d'acidose, sans expliquer cependant les acidoses brutales et massives parfois observées ; peut être alors y a-t-il eu arrivée en masse, vers le sang circulant, de liquides tissulaires très pauvres en alcali, venant remplacer la masse sanguine immobilisée, par suite du choc, dans certains territoires capillaires dilatés. Quoiqu'il en soit, cette hypothèse d'acidose circulatoire dans les chocs reste une hypothèse.

MM. M. Labbé et F. Nepveux tiennent à réagir contre la tendance qui consiste à placer en regard des phénomènes physico-chimiques d'acidose un syndrome défini et univoque. Au contraire, la clinique assigne à chaque type d'acidose ses caractères distinctifs et marque entre un coma diabétique et un coma urémique plus de dissemblances que de points communs, alors que des syndromes simulant en tous points l'acidose diabétique relèveront d'une toute autre pathogénie. Il serait d'autre part erroné de voir dans l'excrétion de corps acétoniques autre chose qu'un simple test de l' « acidose-cétose » du diabète ou d'autres états pathologiques ; car dans le mécanisme très complexe de ces intoxications, l'intoxication acide n'est qu'un facteur partiel.

La cétogénèse, qui, peut-être, pourrait se faire même aux dépens des hydrates de carbone, semblait, jusqu'à ces dernières années, rattachée presque uniquement aux corps gras ; mais reprenant pour leur compte les nombreuses expériences, souvent contradictoires, de leurs devanciers, M. Labbé, Nepveux et Forsans ont démontré, sur le chien, que l'alimentation exclusivement grasse était moins cétogène que le jeûne, et bien moins que l'alimentation carnée ; d'autres constatations ont encore corroboré ces vues, et pourtant, quand il y a cétogénèse massive, les graisses doivent intervenir, soit par oxydation, soit par désintégration plus complexe de leur radical.

Quoi qu'il, en soit, le rôle cétogène des albumines est au moins aussi important ; car un grand nombre d'acides aminés entrant dans la composition des albumines, surtout d'origine animale, sont cétogènes, et l'expérience clinique montre que ces albumines exposent, bien plus que les graisses, le diabétique au coma.

Quant à la cause même de la cétose, plusieurs théories cherchent à l'expliquer :

1° On a invoqué la carence en hydrates de carbone, considérés comme essentiellement anticétogènes ; mais ce n'est qu'une hypothèse, contre laquelle s'inscrivent les dissemblances frappantes entre l'acidose diabétique et l'acidose du jeûne, et les échecs constants de tous les essais, au cours desquels on a voulu équilibrer mathématiquement, suivant des formules préétablies, les aliments dits cétogènes et les aliments dits anticétogènes.

2° M. Labbé et ses collaborateurs, se rapprochant en cela des conceptions de Pétren, estiment que le trouble originel réside dans une viciation du métabolisme azoté, et ils voient dans le coma une intoxication complexe, due pour une part à la cétose, mais encore, et surtout, à des poisons d'origine albuminoïde.

3° L'insuffisance de l'hormone pancréatique, à laquelle peut suppléer l'insuline, agent précieux contre l'acidose tout particulièrement, est aussi un facteur dont on doit tenir compte.

Après avoir tracé le tableau clinique de l'acidose diabétique, les rapporteurs en détaillent les stigmates urinaires et sanguins, éléments capitaux d'un diagnostic, que la clinique est souvent incapable d'affirmer ; ce sont : la cétonurie, l'accroissement d'acidité urinaire (acides organiques, acidité ionique, acidité apparente représentée par la mesure des phosphates monométalliques), l'abaissement du rapport azoturique, l'excrétion exagérée d'ammoniaque, d'acides aminés et d'azote colloïdal, la chute des bicarbonates et du Ph du plasma.

A ces stigmates s'ajoute l'élimination d'acétone par la surface pulmonaire et la baisse de tension du CO^2 alvéolaire...

Les acidoses pathologiques non diabétiques sont fréquentes au cours des vomissements cycliques des enfants, des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes, de certaines affections gastro-intestinales de l'adulte et de l'enfant et de quelques inflammations aiguës des viscères abdominaux, l'acidose paraît être surtout conditionnée par une atteinte hépatique toxique ou toxi-infectieuse.

L'acidose post-opératoire, lorsqu'elle revêt le type, exceptionnel, d'une cétose, doit reconnaître une pathogénie analogue, car c'est surtout la chirurgie des voies biliaires et de l'appendice qui en est grevée ; le jeûne des opérés ne paraît y avoir qu'une part très secondaire ; quant à l'anesthésie seule, elle occasionne seulement une légère diminution de la réserve alcaline du sang.

L'existence d'une acidose au cours des insuffisances hépatique (abcès, cirrhoses, dégénérescence graisseuse, insuffisance hépatique de certaines psychoses) confirme le rôle essentiel du foie, dans ces acidoses non diabétiques, rebelles, semble-t-il, à l'insuline. A ceux qui voient dans les lésions hépatiques le résultat et non la cause de l'acidose, on objectera l'intégrité fréquente du foie chez les diabétiques acidosiques.

L'acidose du jeûne a fait l'objet d'une expérience des rapporteurs, prolongée sur quarante-deux jours d'observation ; elle a été peu considérable, l'excrétion cétonique ayant atteint au septième jour un maximum de 6, 24 qu'elle n'a jamais retrouvé ensuite, même lorsque le sujet, après avoir repris pendant une quinzaine de jours une minime dose de sucre, s'est remis au jeûne absolu. Il y eut, au lieu des stigmates urinaires décelés dans l'acidose diabétique, un abaissement des acides organiques, des acides aminés et de l'ammoniaque excrétés, de sorte que le tableau fut foncièrement différent de celui de l'acidose diabétique. Chaque jeûneur fera du reste de l'acidose à sa façon, suivant l'état de ses réserves (glycogène, graisses) et la valeur de son foie.

M. Petren (en collaboration avec le docteur Odin) insiste sur le mécanisme de défense contre l'acidose par les reins, qui prend place à côté de la compensation respiratoire. Il se traduit par l'accroissement des excrétions acide et ammionacale. Il

peut s'exercer intensément dans des cas qui n'en évoluent pas moins fatalement et être au contraire très faible sans que les symptômes s'aggravent. Il n'est pas en rapport avec l'âge du sujet, ni influencé par le traitement insulinique.

Normalement, le rein réagit, inversement, à l'ingestion de bicarbonate de soude par élévation de l'alcalinité urinaire ; le rein du sujet diabétique peut soit avoir gardé, soit avoir perdu cette propriété ; et, si elle est abolie, le bicarbonate peut neutraliser l'acidose sanguine ou la muer en alcalose. Ces altérations de l'élimination rénale sont indépendantes du degré de gravité du diabète.

Passant rapidement en revue les causes d'acidose non diabétique, le rapporteur s'arrête principalement à l'acidose du travail musculaire forcé, due à la formation d'acide lactique, constante chez l'individu sain, exagérée chez le diabétique. Un sujet sain observant un régime exclusivement gras et végétarien présente une réaction acidosique de travail analogue à celle d'un diabétique.

L'observation en série de diabétiques soumis à des régimes très stricts et dont les excrétions, la glycémie et la réserve alcaline du sang ont été étudiées journellement, permet, quant à la pathogénie de la cétose, des déductions capitales : la viande est très cétogène ; le beurre est au contraire anticétogène ; donné exclusivement, il a même pu parfois entraîner l'alcalose ; le lard est cétogène, preuve que la nature des aliments gras fournis importe au plus haut point.

En définitive, comme Petren l'a déjà démontré, la cétose du diabétique varie parallèlement à la quantité d'azote métabolisée, tout comme si le diabétique présentait une diminution de tolérance à l'égard des échanges azotés ; mais cette pathogénie n'exclut pas celle, commune au sujet normal et au diabétique, du déficit hydrocarboné.

En effet, l'expérience montre, par confrontation d'observations très détaillées qu'un régime pauvre en hydrates de carbone, appliqué systématiquement à des diabétiques acidosiques ou non, provoque d'emblée une légère poussée de cétose ; mais si le régime est en même temps fortement hypoazoté, comme c'est le cas pour celui qu'applique Petren (beurre, lard, légumes verts, quelques choux, fruits, surtout, airelles rouges, un peu de crème) cette poussée cède très vite, et, s'il existait de la cétose antérieurement, elle baisse.

Chez le sujet sain soumis au jeûne hydrocarboné, survient une cétose analogue : l'excrétion cétonique urinaire atteint son maximum vers le quatrième jour, puis commence à être en partie compensée par l'excrétion ammoniacale, en même temps que la réserve alcaline du sang, primitivement diminuée, se rétablit. Mais alors, un excès d'alimentation carnée provoque une reprise de cétose, comme si l'organisme carencé en hydrate de carbone avait acquis vis-à-vis des échanges azotés un peu de cette sensibilité pathologique propre à l'organisme diabétique.

Le jeûne absolu, cétogène en principe, devient anticétogène si on le panache de journées d'alimentation apportant suffisamment de calories.

Le rapporteur a enfin tenté d'éclaircir le mode d'action, antiacidosique de l'insuline et se rallie à cette hypothèse que grâce à l'insuline, l'acide β oxybutyrique pourrait être comburé dans l'organisme.

Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires.

MM. F. Bezançon et de Jong (de Paris), J. Parisot et L. Caussade (de Nancy), rapporteurs

MM. Bezançon et de Jong montrent la tendance actuelle à englober dans une même étude les infections putrides du poumon, comprenant les formes. de plus en plus fréquentes, de gangrène atténuée ou prolongée, et les abcès pulmonaires.

La gangrène est tantôt, le plus souvent, secondaire (dilatations bronchiques infectées comme de règle, embolies vasculaires, déglutition septique), tantôt primitive.

Trois *formes cliniques* seront décrites :

1° Forme aiguë sans signes de localisation pulmonaire (forme dite embolique) : c'est la septicémie qui l'emporte cliniquement, les signes locaux étant effacés ou nuls ; ces faits ont dans l'histoire de la gangrène pulmonaire la même place que la granulie dans l'histoire de la tuberculose ;

2° Forme aiguë avec signes de localisation (forme dite pneumonique) : partout décrite depuis le travail fondamental de Bucquoy, se révèle par des signes semblables à ceux de la

pneumonie, mais en est totalement distincte nosologiquement ; elle aboutit rapidement à une grosse lésion destructive ;

3° Forme localisée à poussées successives : après un début brutal ou insidieux, hémoptoïque parfois, cette forme se singularise par une évolution entrecoupée de rémissions, suivies de poussées nouvelles au nombre de 3, 4 parfois, de durée variable, l'issue fatale ne survenant qu'au bout de plusieurs années dans les cas les plus prolongés. Il existe même des formes chroniques de suppuration, par intermittence fétide.

Les *complications pleurales* sont surtout les épanchements purulents ; les signes pleurétiques sont rarement au complet et c'est surtout la ponction seule qui affirme le diagnostic, Parfois il se constitue un pyopneumothorax dit par exhalaison. Des épanchements hémorragiques plus ou moins modifiés ont été constatés.

On a décrit des *formes bronchitiques* ; en réalité, il existe des bronchites à caractère transitoirement fétide, du fait d'infections surajoutées accidentellement ; mais malgré les travaux, dejà anciens, et qui n'avaient pas jusqu'ici été revus à la lueur des conceptions modernes, il n'existe pas de gangrène des extrémités bronchiques. Les bronchectasies, si fréquentes dans toutes les formes, quelles qu'elles soient, de gangrène pulmonaire, ne caractérisent pas une forme plutôt qu'une autre.

L'association *tuberculose et gangrène pulmonaire* ne se rencontre que rarement sous l'aspect d'infection gangréneuse de cavités bacillaires et tout à fait exceptionnellement sous l'aspect de gangrène véritable chez un bacillaire.

Le *diagnostic* repose essentiellement sur l'expectoration fétide bien connue, souvent hémoptoïque, apparaissant plus ou moins tôt, progressivement ou par vomique ; les crachats déposent en plusieurs couches superposées ; ils doivent être examinés microscopiquement, ainsi qu'il sera dit plus loin.

Mais si le diagnostic de suppuration pulmonaire gangréneuse est en général facile à poser, la difficulté consiste à établir la nature des lésions, car toute lésion cavitaire septique ouverte à l'air, bronchectasie, cavité de pleurésie interlobaire ou d'abcès pulmonaire, peut entretenir une expectoration fétide ; or, les formes chroniques de la gangrène pulmonaire peuvent donner le change pour ces diverses affections.

Le diagnostic de localisation n'est pas moins ardu, car le foyer peut être noyé dans une vaste réaction parenchymateuse, ou bien masqué par du tissu sain. La radioscopie, si souvent en désaccord dans ces cas avec l'examen clinique, viendra alors à l'aide de l'observateur ; ses images, malheureusement, en dehors de quelques aspects pathognomoniques (ombre triangulaire, image cavitaire, etc.), sont souvent indécises.

(*A suivre*).

Au Stand des Laboratoires de Biologie et de Physiologie d'Orléans, nous remarquons le Professeur Spilmann, Doyen de la Faculté de Nancy ; Professeur Bruntz, Doyen de la Faculté de Pharmacie ; le Professeur Roche, de Genève ; le Dr Moingeard, Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire, etc.. venus examiner le nouveau produit dénommé Synthol, inventé par le Dr E.-P. Roger, ex-chef de Travaux du Laboratoire de Physiologie des Sensations à la Sorbonne.

Le Dr E.-P. Roger qui est l'auteur de travaux très remarqués sur l'emploi des agents physiques en thérapeutique, sur le problème de la balnéothérapie, est également connu par ses travaux très originaux sur la démorphinisation et toute une série d'études inédites fort appréciées dans la thérapeutique moderne. C'est ainsi que, partant de ses travaux biophysiques, le Dr E.-P. Roger est arrivé à réaliser une médication externe, qui a pour agent le Synthol, destinée à provoquer dans l'organisme en état de déficience des réactions de compensation qui suppriment les troubles de la fatigue, de la douleur, dans leurs formes les plus variées, soit physiologiques, soit pathologiques.

La réalisation de cette idée est d'autant plus remarquable que le Dr E. P. Roger ne fait pas appel à des actions chimiques caustiques ou toxiques, mais à des faits d'ordre purement physiques qui se produisent au contact de la peau en excitant les centres de vaso-motricité.

Par cette voie, en effet, le système nerveux périphérique est sollicité et son action de régulation s'étend même dans de nombreux domaines tels que le système secrétoire endocrinien et, aussi, au réseau ganglionnaire qui se rattache au système nerveux central.

En fait, ce qui a retenu immédiatement l'attention des Médecins venus à l'Exposition du Congrès de Nancy, c'est que le Synthol apparaît comme le premier médicament physiothérapique d'officine dont l'emploi permet une vaste gamme d'actions thérapeutiques à tous les âges de la vie.

C'est incontestablement là une orientation nouvelle qui donne au Corps médical une arme à la fois inédite et très originale.

PHARMACOLOGIE

Toxicité et action comparées de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone, (1)

Par MM. Pierre LEMAY et Léon JALOUSTRE.

Les différences d'action physiologique et thérapeutique des alcaloïdes totaux d'une plante et du principal d'entre eux sont un fait bien connu et qui s'explique de lui-même. Il y a, par exemple, une descrimination très nette entre les effets de l'atropine et ceux des préparations contenant tous les alcaloïdes de la belladone (poudre, extrait, teinture).

Toutefois, étant donnés les écarts de teneurs en principes actifs entre des plantes de provenances différentes (la teneur varie suivant les années, les époques d'une même année, l'habitat, la croissance à l'état sauvage ou cultivé), il convient de s'adresser, tant pour l'expérimentation que pour l'usage clinique, aux alcaloïdes totaux, préalablement isolés de la plante.

Les alcaloïdes de la belladone sont l'atropine, l'hyoscyamine et la belladonine combinées à l'acide malique. A côté on trouve de l'asparagine, de l'acide atropique (isomère de l'acide cinnamique), de l'acide chrysatropique, des matières résineuses et pectiques, de l'amidon et de l'oxalade de chaux. Les fruits contiennent, en outre, une matière colorante : l'atroscine.

Les laboratoires Sandoz, qui préparent à l'état de sels maliques (suivant la méthode préconisée par Stoll) (1) les alcaloïdes totaux de la belladone, ont bien voulu mettre une certaine quantité de ce produit à notre disposition pour nous permettre de comparer la toxité de ceux-ci avec celle de l'atropine.

Etant donnée la grande résistance des animaux et du lapin en particulier, à l'action toxique de l'atropine, il conviendrait d'opérer brutalement, par injection intraveineuse, comme l'a fait Rothlin (2).

Le produit dont nous disposions était dissous dans un solvant eau, alcool, glycérine, qui aurait faussé nos résultats s'il eût été utilisé par voie intraveineuse. Nous avons borné nos recherches à l'effet des injections intramusculaires qui sont, d'ailleurs, le plus couramment employées par le médecin.

(1) Communication à l'Académie de médecine, 15 juillet 1925.

Deux séries de 6 lapins ont été injectés avec des doses croissantes, les uns de sulfate d'atropine, les autres d'alcaloïdes totaux, et nous sommes arrivés, pour les uns comme pour les autres, à une dose mortelle voisine de 12 centigrammes par kilogramme d'animal. Deux nouvelles séries de 3 lapins ont confirmé cette dose de 12 centigrammes.

Ces résultats confirment ceux fournis par Rothlin qui a trouvé qu'en injection intraveineuse la dose mortelle était dans les deux cas de 9 centigrammes pour le cobaye.

Au cours d'essais préliminaires, nous avons pu constater les faits déjà signalés par Cushny (3) et par Rothtin (2), c'est-à-dire que les alcaloïdes totaux sont deux fois plus actifs que l'atropine, vis-à-vis du vague cardiaque. L'inhibition du vague contrôlée à l'aide de la pression sanguine est obtenue avec des doses voisines de 0 milligr. 06 de sulfate d'atropine et de 0 milligr. 03 d'alcaloïdes totaux. A dose égale, l'inhibition dure deux fois plus de temps avec ces derniers.

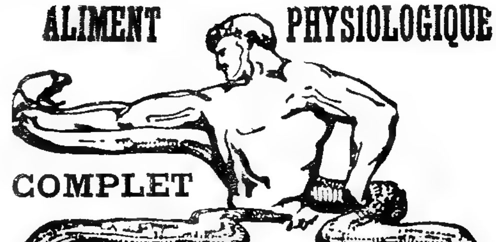
Dans l'ordre pharmacologique Löffler (4) avait déjà montré que les mêmes résultats thérapeutiques étaient obtenus avec des doses d'alcaloïdes totaux bien moindres qu'avec l'atropine.

Nous pensons que cette action physiologique et thérapeutique supérieure est due à l'hyoscyamine. M. Tiffeneau, a en effet montré qu'il faut deux fois plus d'atropine que d'hyosciamine pour paralyser le nerf cardiaque. Cushny et Regnault avaient, de leur coté, constaté le même fait avec l'hyoscyamine lévogyre, principal constituant de la préparation que nous avons utilisée, vis-à-vis du vague et de la pupille.

Nous pensons qu'il y a grand intérêt à utiliser en thérapeutique, spécialement contre le spasme et la vagotonie les alcaloïdes totaux de la belladone, de préférence aux préparations galéniques du Codex et à l'atropine, puisqu'on a ainsi un médicament toujours identique et deux fois plus actif que l'atropine sans être plus toxique.

BIBLIOGRAPHIE

(1) STOLL. — *Schweiz. Apoth. Ztg.*, 1925.
(2) ROTHLIN. — *Sonderabdruch as der Schweizerichen me di zinischen Wochenschrift*, n° 48, 1924.
(3) CUSHNY. — *Journal of Physiol.*, 1924, n° 30, p. 176.
(4) LOEFLER. — *Schweiz. med. Woch.*, 1924, n° 29, p. 657-650
TIFFENEAU. *Soc de Thérapeutique*, 4, XXVI, 11 mai 1921, p. 141.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

NDÉ EN 1873. — N° 34. Le Numéro : 50 Centimes 22 AOUT 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION
. ROUZAUD
Rue des Écoles, PARIS (V°)
mpte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
nce et Colonies........... 30 fr.
dique et Italie............ 40 fr.
on postale........... 50 fr.
Etudiants :
uction de 5 fr. sur les prix ci-dessus
abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat en médecine.* — Epreuve écrite :

Séance du 30 juillet. — *Anatomie.* Question donnée : « L'uretère pelvien chez la femme (sans la physiologie). »

Questions restées dans l'urne : « Le nerf phrénique droit (sans la physiologie) ». — « Configuration extérieure, rapports et physiologie de la glande sous-maxillaire (sans histologie) ».

Séance du 31 juillet. — *Pathologie médicale.* — Question donnée : « Coma diabétique, sans la pathogénie. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. » — Causes, signes et diagnostic de la dilatation des bronches. »

Pathologie chirurgicale. — Séance du 1er août. — Question donnée : « Arthrite blennorragique du genou. Signes, diagnostic et traitement. »

Questions restées dans l'urne : « Calculs du cholédoque. Symptômes, complications et diagnostic. » — « Perforation des ulcères gastro-duodénaux. Symptômes, diagnostic et traitement. »

Composition des jurys et heures de lecture des copies. — ANATOMIE. — Jury : MM. Chabrol, Houdard et Bazy.

Première séance, mercredi 5 août, à 16 h. 30, à Beaujon.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Jury : MM. May, Weissenbach et Binet.

Première séance, lundi 17 août, à 17 h., à la Charité.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Jury : MM. Leveuf, Ramadier et Lemeland.

Première séance, jeudi 6 août, à 17 h., à l'Hôtel-Dieu.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Touchard, directeur du service de santé et d'hygiène des Chemins de fer de l'Etat.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Aumont (de Paris) et Latarjet (de Lyon).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Dubarry, Giron et Wolff (de Paris), Michel Posanoff (de Nice), Thévenin (de Charenton).

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bellencontre (de Paris) ; Moss, citoyen argentin ; Poix (de Bangkok).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Henriquez, citoyen colombien.

Ministère de l'Instruction publique. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Le Buanec (de Pleyben).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agnel (de Chamonix) et Magne (de Locrouan).

Médailles d'honneur des assurances sociales. — *Médailles d'argent.* MM. les docteurs Bridoux (de Nice), Dourlens (de Bruay-en-Artois), Heitzmann (d'Aubure), Manceau (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lagarde (de Decazeville). Durœux (de Paris).

Guerre. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettre d'éloges officiels (délivrées après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Baudson (de Gonesse), Garasse et Perlis (d'Aulnay-sous-Bois), Catat (de Suresnes), Waitz (de Bagnolet).

2e légion : MM. Lavoine (de Boves), Billet (de Domart-en-Ponthieu).

3e légion : MM. Beaugeois (de Saint-Valéry-en-Caux), Dumon (de Cormeilles), Beix (de Bourgtheroulde).

4e légion : M. Deniau (de Toury).

5e légion : MM. Hue (de Vierzon), Besançon (de Prémery).

6e légion : M. Henry (de Sainte-Menehould).

7e légion : MM. Platey (de Moncley), Delacourt (de Clerval), Savouret (de Chaumont), Decœur (de Saint-Amour).

8e légion : MM. Privey (de Tournus), Guyard (de Bléneau), Duhamel (de Plancy).

9e légion : M. Garban (de Cluis).

10e légion : MM. Hamon (de Saint-Nicolas-du-Pélem), Tuloup (de Saint-Malo), Bellouard et Gascon (de Redon).

11e légion : MM. Yvernogean (de Niort-sur-Erdre), Coader (de Hennebont), Benoul (du Loroux-Bottereau).

12e légion : M. Renaul (de Saint-Sulpice-les Feuilles).

13e légion : MM. Verrier (de Chevagnes), Besson (de Chaudesaigues), Fayolle (de Randan).

14e légion : M. Gailly (de Romans).

14e légion *bis* : M. Lapiné (d'Annemasse).

15e légion : MM. Duplan (de Vézenobres), Serre (de Saint-Mamert), Barin (de Sommières).

16e légion : MM. Astruc (de la Terrisse), Alzieu (de Servian) Goiny (de Pignan), Tassin (de Capestang).

16e légion *bis* : M. Noyer (de Rabastens).

18e légion : MM. Gentilhe (de Biarritz), Rousset (d'Ispoure), Cabé (de Montfort), Castéra (de Hagetman), Ducasse (de Mugron).

19e légion : MM. Stevenel (de Raon-l'Etape), Ganiez (de Darney).

Compagnie de Tunisie : M. Marini (de Sousse).

Réunion : M. Manès (d'Hell-Bourg).

Médaille de bronze (délivrée après quinze années de soins gratuits. — Légion de Paris : MM. Julia (de Paris), Chazet (du Bois-Colombes), Guertin (de Chatou) Lavallée (de Montfermeil), Hennon (de Pontchartrain), Gratiot (de la Ferté-sous-Jouarre). Battesti (de la Chapelle-la-Reine), Vicq (de Longjumeau), Cuche (de Meulan), Rognard (de Neuilly-sur-Marne).

1re légion : MM. Richez (de Berck-sur-Mer), Herbay (d'Auchy-les-Hesdin).

2e légion : MM. Gossart (de Ribécourt), Castri (d'Ault), Lheureux (d'Airaines), Bernard (de Nesle).

(A suivre.)

Hôpitaux de province. — BORDEAUX. — Le concours de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Piéchaud et Leuret.

— Le concours pour l'attribution de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par la nomination de M. Robert Dufour, avec faculté de faire une cinquième année d'internat.

Académie de médecine. — Par décret en date du 23 juillet 1925, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par Mme Alphonsine-Mathilde Maire, née Denouel (ou Denoel) d'une somme de 50.000 francs, à charge pour l'Académie de fonder un prix biennal destiné à récompenser les meilleurs travaux sur la pathologie exotique ou la dermatologie.

Ce prix portera le nom de « Prix docteur Jules-Brault. »

Sanatoriums publics. — Le délai de cinq ans prévu à l'article 35 du décret du 10 août 1920, relatif à la nomination des médecins directeurs des sanatoriums publics, est porté à sept ans.

Cours supérieur d'anatomie pathologique, sous la direction du professeur G. ROUSSY avec la collaboration de MM. les professseurs JOLLY et NAGEOTTE, du Collège de France ; GRYNFELTT, de Montpellier ; LECÈNE, de Paris ; MASSON, de Strasbourg ; POLICARD, de Lyon ; SABRAZÈS, de Bordeaux ; MM. AMEUILLE, de Paris ; CORNIL, de Nancy ; FIESSINGER, GOUGEROT, DE JONG, LERI, LHERMITTE et RENAUD, de Paris ; agrégés ou médecins des hôpitaux. MM. DURANTE, LEROUX et MOUTIER, de Paris ; OBERLING, de Strabourg, chefs des travaux ou chefs de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 5 octobre au laboratoire d'anatomie pathologique, à 15 heures, et se poursuivra tous les jours, sauf le samedi, suivant le programme ci-dessus. Il comprendra deux parties :

1° Un exposé théorique, avec projections diascopiques et épiscopiques, portant sur un sujet d'actualité anatomo-pathologique qui sera exposé par un conférencier particulièrement au courant de la question :

2° Des démonstrations pratiques avec exercices de diagnostic anatomo-pathologique qui seront faites par les préparateurs d'anatomie pathologique MM. GRANDCLAUDE et HUGUENIN.

Programme : lundi 5 octobre, M. ROUSSY : Introduction à l'étude de l'inflammation. — Mardi 6 octobre, M. AMEUILLE : Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 7 octobre, M. S. I. DE JONG : Notions actuelles sur la syphilis pulmonaire. — Vendredi 9 octobre, M. MASSON : L'appendicite neurogène. — Lundi 12 octobre, M. MOUTIER : Les étapes infectieuses de l'ulcère gastrique. — Mardi 13 octobre, M. LEROUX : Les métaplasies. — Mercredi 14 octobre, M. LHERMITTE : Les acquisitions nouvelles sur l'encéphalite épidémique. — Jeudi 15 octobre, M. LÉRI : Sur quelques maladies osseuses hypertrophiques (maladie de Paget, de Recklinghausen, leontiasis ossea). — Vendredi 16 octobre, M. RENAUX : Les endocardites. — Lundi 19 octobre, M. OBERLING : Les grandes formes anatomiques de néphrites. — Mardi 20 octobre, M. LECÈNE : Dépôts lipoïdiques sous-muqueux dans certaines infections chroniques (vésicule biliaire, trompe utérine). — Mercredi 21 octobre, M. POLICARD : Faits fondamentaux de l'histo-pathologie du système osseux. — Jeudi 22 octobre, M. GOUGEROT : Des mycoses. — Vendredi 23 octobre, M. NAGEOTTE : De la substance conjonctive. — Lundi 26 octobre, M. SABRAZÈS : Le sang dans les leucémies chroniques traitées par la radiothérapie. — Mardi 27 octobre, M. JOLLY : Mécanisme d'action des radiations sur le tissu lymphoïde. — Mercredi 28 octobre, M. GYRNFELTT : La névroglie et ses réactions au cours de certains états pathologiques. — Jeudi 29 octobre, M. DURANTE : Dystrophies osseuses congénitales. — Vendredi 30 octobre, M. CORNIL : Les scléroses.

Les conférences théoriques sont publiques. Les démonstrations et exercices pratiques sont réservées aux auditeurs régulièrement inscrits.

Il sera, en outre, organisé pour les auditeurs venus de province ou de l'étranger des visites dans différents services ou laboratoires parisiens ; elles auront lieu le matin.

Les auditeurs inscrits faisant preuve d'assiduité auront droit à un diplôme.

Le droit à verser est de 150 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au Secrétariat de la Faculté (Guichet N° 4), les lundis, mercredis et vendredis à partir du 1er août 1925.

Les inscriptions peuvent se faire par correspondance au Dr LEROUX, 21 rue de l'École-de-Médecine, Paris.

(*Voir la suite page* 1255).

TRAVAUX ORIGINAUX

Une conception pathogénique du cancer et les conséquences qui en découlent

Par le Dr GEORGES AUDAIN
Ancien interne des hôpitaux de Paris.
Chirurgien de l'hôpital Stell.

Concernant la pathogénie du ou mieux des cancers, les auteurs restent partagés en deux camps, les uns considérant qu'il est d'origine infectieuse, microbienne ou parasitaire, les autres estimant qu'il résulte avant tout et originairement d'un trouble de la multiplication cellulaire d'une « dyscytogenèse » essentielle. Il faut bien avouer qu'aucune preuve n'a été fournie, ni dans un sens ni dans l'autre.

En attendant que la question puisse être rationnellement tranchée, les uns et les autres, se cantonnant dans ce que GUSTAVE LE BON appelle le domaine de la logique affective, *croient* les uns à la théorie parasitaire (dans un sens général), les autres à la théorie cellulaire du cancer.

Il semble bien, néanmoins, que si aucune preuve n'a été fournie en faveur de telle ou telle conception, il existe un certain nombre de *faits* qui doivent, en l'état actuel de nos connaissances, nous faire pencher plutôt vers la théorie cellulaire.

Jusqu'à présent aucun microbe ou parasite n'a pu, de façon indubitable, être mis en évidence dans les tumeurs malignes.

Et puis, que serait cette singulière maladie infectieuse dont, non seulement chaque espèce animale, mais presque chaque famille d'une espèce aurait sa race microbienne propre ?

Nul n'ignore, en effet, les difficultés que présente la greffe d'un cancer de souris à une souris qui n'est pas de la même souche, l'impossibilité de cette greffe de la souris au rat et même de la souris blanche à la souris grise. Singulière infection en vérité...

Que si l'on envisage au contraire le cancer comme un trouble de la multiplication cellulaire, les choses apparaissent beaucoup plus claires et dans ce cadre pathogénique peuvent entrer un grand nombre de faits que la théorie infectieuse est incapable d'expliquer.

Nous étudiions cette question lorsque nous avons eu connaissance d'un travail d'HALLION « Théorie karyogamique du cancer » paru en 1907 dans la *Presse médicale*.

Cette théorie nous apparaît si simple, si séduisante et, disons le mot, si « évidente » qu'il nous semble impossible de ne pas s'y rallier. Bien que ce ne soit qu'une théorie, elle peut être féconde en résultats et mettre sur une voie nouvelle les recherches de la thérapeutique anticancéreuse.

Déjà BASHFORD et MURRAY avaient émis une théorie, karyokinétique du cancer. FARMER MOORE et WALKER étudiant la question, arrivèrent à cette conclusion que la diminution du nombre des chromosomes dans les noyaux en karyokinèse des cellules cancéreuses correspond non à une altération pathologique éventuelle mais à un processus qui doit être mis en parallèle avec la réduction de maturation des cellules sexuelles des animaux et des plantes, réduction qui précède la fécondation et par laquelle le nombre des chromosomes devient approximativement la moitié de celui que renferment les cellules somatiques.

Les tumeurs malignes tireraient de la sorte leurs propriétés de croissance exubérante des qualités même de leurs cellules génératrices semblables aux cellules sexuelles des animaux et, comme elles capables d'engendrer toute une postérité cellulaire indépendante. BASHFORD pense même avoir observé dans les tumeurs de la souris un véritable phénomène de conjugaison cellulaire.

Pour notre part, nous pensons qu'au sein des tissus il se produit en certaines circonstances des phénomènes de conjugaison cellulaire. Mais alors que la conjugaison entre deux cellules hétérotypes (spermatezoïde et ovule), comme dans la fécondation normale, produit une lignée cellulaire à éléments ordonnés et différenciés, la conjugaison entre deux éléments homotypes (deux cellules d'un même tissu) comme dans le cancer, aboutit à une multiplication désordonnée à tendance régressive.

Cette conjugaison cellulaire, ce rajeunissement karyogamique, sont un phénomène identique à celui que l'on observe chez les protozoaires. Deux paramécies, vieilles ou vieillies du fait d'un milieu défavorable et ne pouvant plus se reproduire par scissiparité, se conjuguent, ainsi que nous l'apprend la zoologie. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans le corps humain ? Il est logique d'admettre que les choses se passent de la même façon : au sein de certains tissus, deux cellules vieilles ou vieillies par un milieu défavorable se conjuguent. Il en résulte une cellule nouvelle pourvue d'une force de reproduction considérable, cellule qui comme celle résultant de la conjugaison des protozoaires va se diviser et être le point de départ d'une lignée considérable. *Le cancer apparaît donc, dans ces conditions, comme un processus de défense cellulaire contre la sénilité.*

Voyons, maintenant, quelles peuvent être les causes la sénilité cellulaire.

La sénilité de l'espèce doit logiquement jouer un rôle. Plus une espèce animale est vieille, plus les éléments cellulaires de ses individus sont vieillis malgré le rajeunissement individuel, résultat de la fécondation.

Dans ces conditions il est logique d'admettre que le cancer deviendra de plus en plus fréquent.

A côté du veillissement de l'espèce, il faut placer le vieillissement de l'individu. Les faits corroborent entièrement notre théorie : *les cancers, très rares chez les sujets jeunes, augmentent de fréquence avec l'âge.* Cela est certain.

Quant aux cancers des jeunes, on pourrait admettre pour les expliquer la présence chez ces sujets jeunes de cellules vieillies accidentellement ou par hérédité.

A ce sujet il serait intéressant de savoir si les cancéreux jeunes ne sont pas surtout issus de parents âgés.

Enfin, la cellule d'une race relativement jeune, chez un individu lui aussi relativement jeune, peut être *vieillie* par des causes diverses, les unes d'ordre général (infections, intoxications, dysendocrinie) les ordres d'ordre local.

Parmi ces dernières, les irritations de toutes sortes jouent un rôle des plus importants. Celui-ci n'est plus à démontrer et l'on ne s'avance guère en disant qu'il est universellement admis à l'heure actuelle.

Comment agissent ces irritations ? Toute irritation provoque un phénomène d'hyperplasie cellulaire : *les cellules irritées se multiplient plus vite que les cellules normales.* Phase de tumeur bénigne.

Par accélération du rythme de leur reproduction, elles vieillissent nécessairement plus vite et parmi elles, certaines se trouvent au bout d'un temps plus ou moins long *en puissance de conjugaison.* Que deux de ces cellules vieillies et mûres pour la conjugaison se trouvent en con-

tact, le phénomène du rajeunissement karyogamique s'opère avec sa fâcheuse conséquence, la pullulation désordonnée.

Pour que ce phénomène se produise il est nécessaire que les deux cellules vieilles soient contiguës. Qu'une seule cellule non mûre pour la conjugaison les sépare, le phénomène devient impossible c'est pourquoi, vraisemblablement le cancer n'est pas plus fréquent, même dans les tissus vieux et pourquoi aussi l'on peut assister au développement presque simultané de plusieurs noyaux néoplasiques au sein d'un même tissu.

Pour ce qui est de l'hérédité, s'il n'est pas prouvé que le cancer soit héréditaire, il n'en est pas moins vrai que l'on a publié de très nombreuses observations où cette notion d'hérédité semble bien difficile à écarter. Témoin entre autres le cas rapporté par VIGNES : un homme meurt d'un cancer de l'estomac, ses sept enfants sont tous atteints du même mal.

L'hérédité, similaire c'est-à-dire se transmettant au même organe, n'est pas une vue de l'esprit et est corroborée par un nombre important d'observations. Et cela est une confirmation de notre théorie de la sénilité cellulaire.

Un homme porteur d'un cancer de l'estomac transmet à ses descendants des cellules gastriques séniles et par cela même particulièrement prédisposés au néoplasme.

Ils ne feront pas forcément du cancer, mais seront en puissance de cancer et ils le deviendront si deux des conditions nécessaires sont remplies :

1° Sénilité suffisante des cellules, mûres pour la conjugaison.

2° Contiguïté de ces éléments séniles.

En résumé, il nous semble logique d'admettre que le cancer est le résultat d'une prolifération intense, résultant d'un phénomène, la conjugaison entre cellules séniles, phénomène en tous points comparable au rajeunissement karyogamique des protozoaires.

Le cancer est un néoplasme dans l'espace, de même que les différentes générations issues de la conjugaison de deux protozoaires sont un néoplasme dans le temps.

Le cancer donc, s'il est une maladie pour l'individu n'en est pas une pour la cellule. Il est le résultat d'un fait physiologique d'auto-défense cellulaire contre la sénilité, Quelles conséquences pratique découlent de cette conception pathogénique du cancer ?

C'est que si l'on veut étudier rationnellement cette question des tumeurs malignes, il faut reprendre les choses à l'origine et essayer de préciser les conditions de la conjugaison et dans quelle mesure l'on peut s'y opposer (prophylaxie).

2° Une fois la conjugaison accomplie, comment détruire la lignée nouvelle issue de ce phénomène (et à éléments relativement fragiles) sans détruire les protozoaires normaux vivant dans le même milieu ?

Peut-être dans cette voie trouvera-t-on la solution de l'angoissant problème et c'est dans ce sens que nous avons maintenant l'intention, pour notre part, d'orienter nos recherches.

La tuberculose, comment la reconnaître, l'éviter, la traiter ? par le Dr DUCHAMP, de Marseille. Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. Prix : 6 francs.

Ouvrage de vulgarisation qui n'a pas d'autre prétention que d'être un exposé court et substantiel « de ce qu'il faut savoir ». Le public pourra y puiser de saines connaissances, le médecin — dans le chapitre du diagnostic — d'utiles directives pour établir des diagnostics précoces.

FAITS CLINIQUES

Le cancer de la langue chez la femme

Par le Dr **SPIRO-CASSAVETI**

Le cancer de la langue chez la femme est excessivement rare. D'après Moustin, Barke l'aurait noté 46 fois chez la femme sur 293 cas. D'autres auteurs, plus favorisés, considèrent cette éventualité comme fréquente. Weber trouve la proportion de 29 %, Clarke 28 %, Paget 36 %, Brum 33 %. Mais Moustin trouve ces proportions trop élevées et croit les statistiques de Saint-Thomas hospital plus rapprochées de la vérité : 16 femmes sur 160 cas.

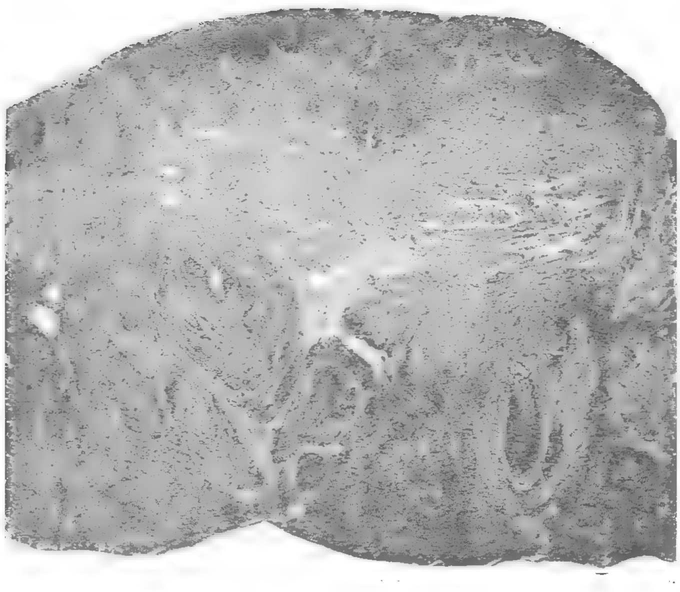
« En pratique, dit-il, on est toujours surpris de rencontrer cette affection chez la femme. Des chirurgiens à la tête de grands services dans les hôpitaux n'en ont pu constater qu'une fois ou deux ».

« Moustin signale encore qu'il faut faire la part des erreurs de diagnostic quand il s'agit de cas anciens où la syphilis et la tuberculose linguale, fort mal connues, pouvaient induire en erreur le chirurgien ».

C'est encore la proportion admise par Butlin et Spenser : c'est également celle que donne Keyser (*the Lancet*).

A mon avis, tous ces chiffres sont encore exagérés, car Moustin sur 60 cas de cancer de la langue l'a constaté trois fois chez la femme.

Dans la statistique sexennale de l'hôpital Tenon (année 1901-1906), M. Jeanselme et Barbé trouvent 1501 cancers dont 915 femmes, le cancer de la langue était mentionné 55 fois dont 1 chez la femme, c'est-à-dire dans la proportion de 2 %.



Les statistiques montrent donc que la proportion du cancer de la langue chez la femme diminue au fur et à mesure que les moyens de dépistage se perfectionnent de plus en plus.

Il est donc évident que l'exagération des anciennes statistiques est due aux erreurs de diagnostic concernant la syphilis ou la tuberculose.

Il est généralement admis que le cancer de la langue se développe chez des sujets fumeurs, syphilitiques, alcooliques, ou descendants de parents cancéreux, facteur sans importance d'après Solomon qui a relevé 15 % de cancéreux avec antécédents chargés et 17 19 % de cancéreux de même âge sans antécédents.

Nombre d'auteurs citent des cas. rares d'ailleurs. où le cancer de la langue pourrait s'être développé en dehors de ces facteurs étiologiques.

Nous devons à Beroff l'observation suivante : Femme âgée de 53 ans. a présenté en face d'une molaire cariée et pointue du côté droit. une ulcération consécutive à une aphte. Cette plaie s'est cicatrisée à la suite d'un traitement approprié : trois mois après la cicatrice s'est ulcérée. L'ulcération est devenue bourgeonnante. saignant facilement. sa base s'est indurée. et toute la langue tuméfiée.

Le diagnostic de cancer a été posé. La malade ne présentait pas d'antécédents personnel. héréditaire ou collatéraux.

Voici deux autres observations appartenant à Morestin : il s'agit de deux femmes sans antécédents et sans aucune autre cause provocatrice du cancer.

Une quatrième observation appartenant à M. Queyrat concerne une couturière R... mariée et âgée de trente-trois ans dont les parents sont vivants et bien portants. Elle ne signale dans la famille aucun cas de tumeur. Elle est d'une robuste constitution. elle n'a jamais fumé ni consommé d'alcool : elle ne porte pas d'appareil dentaire. Pas de stigmate de spécificité. Elle a une fillette de trois ans et demi venue à terme bien portante.

Pas de fausses couches.

Wassermann négatif.

L'auteur ne trouve comme cause provocatrice qu'un traumatisme dentaire.

Une cinquième observation appartenant à Piollet se rapporte à une femme âgée de 37 ans mariée. L'épithélioma siégeait à la partie moyenne du bord droit de la langue : la femme a toujours été bien portante. Pas d'antécédents. Ses deux enfants sont bien portants.

Deux dernières observations dues à Keyser concernent deux femmes âgées de 23 et de 42 ans. Pas d'histoire syphilitique héréditaire ou acquise. pas d'alcoolisme. pas d'hérédité cancéreuse.

Nous avons eu nous-même l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Jeanselme. à l'hôpital Saint-Louis. un cas de cancer de la langue chez une femme ne présentant aucune manifestation spécifique. tabagique ou alcoolique.

Voici l'observation :

Mme L. B. âgée de 48 ans. journalière. raconte qu'il y a 18 mois elle présentait un enduit blanchâtre sur le bord gauche de la langue qui se terminait en arrière par une ulcération située en face de la dernière molaire. Sous l'influence du badigeonnage au bleu de méthylène et au nitrate d'argent. l'enduit disparut : actuellement il n'en reste aucune trace.

Mais depuis 3 ou 4 mois il existe sur le bord gauche de la langue. à sa partie moyenne. une masse rouge végétante de la grandeur d'une pièce de 1 franc. séparée de la langue par un sillon profond.

Cette masse est sensible et saignant facilement. Il existe une sensibilité au contact des aliments. La base est indurée. La malade accuse une légère douleur au niveau du cou.

Pas de ganglions sous-maxillaires.

W = H⁸.

A H : Père 78 ans et mère 71 ans bien portants.

A. P : Pas de maladies antérieures.

Mariée à 18 ans. mari bien portant. 56 ans.

Pas de fausses couches. pas d'enfants morts.

Suspension des règles depuis 3 ans.

Elle a une fille de 29 ans bien portante. ne présentant aucun stigmate d'hérédité spécifique.

W : négatif.

Biopsie.

De la face profonde de l'épiderme légèrement acanthosique se détachent des bourgeons épithéliaux qui envahissent profondément le derme.

Ces bourgeons sont constitués de la façon suivante : à la périphérie est une assise de cellules de type basal doublée extérieurement d'une vitrée. Au centre et dans les zones intermédiaires sont des cellules arrondies ou polygonales de type filamenteux. mais dont l'ectoplasme est assez réduit. leurs noyaux sont volumineux. hyperchromatiques. parfois monstrueux.

Les mitoses sont rares. l'index caryocinétique peu élevé.

Le tissu conjonctif voisin est infiltré de nombreuses cellules lymphoïdes, mononucléaires. parfois plasmazellen.

Il s'agit donc d'une stroma-réaction de type lymphoïde par conséquent de pronostic assez bon.

D'autre part malgré l'atypie assez accentuée. l'activité prolifératrice n'est pas intense vu la rareté des mitoses.

Donc épithélioma du type pavimenteux métatypique avec activité proliferatrice faible et bonne défense du stroma.

En résumé. notre observation tire son intérêt de ce que, en dehors de sa rareté. on ne trouve aucune cause prédisposante ni provocatrice du cancer de la langue.

BIBLIOGRAPHIE

BEROFF. — Thèse de Toulouse, 1903.

MOUSTIN. — Maladies de la bouche (*in* Traité de chirurgie de Dentu et Delbet).

MORESTIN. — *Bulletin et mém. Soc. Anat. de Paris*, 1905.

KEYSER. — *Lancet Lond.* 1904. p. 829.

QUEYRAT L. *Bull. et mém. Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1914.

PIOLLET. — *Lyon méd.* 1901.

JEANSELME E. et BARBE A. *Ann. de médec.*, Paris, 1921.

DELBET. — *Rev. gén. de Cl.n. et de Thérap.*, Paris, 1924.

Méningo-encéphalite atrophiante modérée et athérome intense chez une syphilitique à délire démentiel

Par Henri DAMAYE et Raymond BRIAU.

Les lésions cérébrales dues à la syphilis sont vraisemblablement polymorphes comme processus et intensité. La méningo-encéphalite de la paralysie générale est un des processus anatomo-pathologiques les plus intenses et les plus rapides. Selon le degré de résistance des tissus cérébraux le tréponème suscite des réactions, provoque des lésions d'intensités diverses quelquefois lentes, atténuées, beaucoup moins marquées que celles de la paralysie générale. La question du terrain et des prédispositions joue un rôle considérable dans la forme et l'intensité des lésions, rôle décisif et conditionnant peut-être la virulence de l'agent microbien.

Le présent article a pour objet un exemple des cas observés aux nécropsies où, chez un sujet ayant eu la syphilis autrefois, coexistent des lésions intenses d'athérome cérébral et une méningo-encéphalite modérée lente, atrophiante, celle-ci s'étant traduite cliniquement par une psychose de type infectieux, c'est-à-dire à évolution démentielle.

A notre connaissance la malade est, de par son père, prédisposée aux troubles mentaux. De ce fait le cerveau fut, chez elle, un des organes de moindre résistance.

Mais, comme en toute psychose toxi-infectieuse, le cerveau n'est pas, il s'en faut, le seul organe lésé. En psychiatrie les études de ce genre n'ont une valeur scientifique que si elles sont anatomo-cliniques. Nous reproduisons donc ici l'observation clinique et les constatations anatomiques qui éclairent et expliquent celle-ci :

F... Alexandrine, entre à l'asile le 5 septembre 1923, à l'âge de cinquante-six ans.

Père mort à 68 ans d'une paralysie avec affaiblissement intellectuel et délire. Mère morte à 59 ans d'une maladie du poumon. Une sœur de la malade, épileptique, tomba dans le feu lors d'une crise et mourut de brûlures. Un frère et une sœur morts de tuberculose pulmonaire. Quatre autres frères sont dits normaux et bien portants (?).

Nous ne savons rien de l'enfance et de la jeunesse de notre malade. Elle se dit célibataire, mais aurait été mariée jadis. Toujours est-il qu'elle a vécu longtemps à Nantes menant une vie irrégulière et débauchée au cours de laquelle elle contracta la syphilis.

En 1922, apparurent des troubles mentaux rapidement progressifs. La malade se mit à dépenser de l'argent à tort et à travers. Un jour elle perdit son sac qui contenait quatre mille francs et ne s'en soucia nullement. Elle voyagea sans but, dépensant de grosses sommes, vendit à vils prix son linge et ses bijoux, se mit à boire jusqu'à cinq chopines de vin blanc par jour. Ceci donna lieu à des réactions éthyliques. La malade se vit entourée de bêtes : des oies voulaient lui arracher les cheveux et la manger. Elle craignit des voleurs, accusa des voisins de la voler, se dit empoisonnée par les jésuites. Pour éviter les bêtes elle tenta de se jeter dans un puits. Elle cassa la vaisselle, poussa des cris, devint grossière et indécente. Vint un ictus soigné à l'hôpital. La malade resta très légèrement claudicante. Les troubles mentaux s'accentuèrent. Mme F... brûla un jour ses vêtements et se promena en chemise dans les rues d'un village de la Vendée. Constipation habituelle.

A son entrée à l'asile, croit avoir trente-deux ans ; passablement désorientée dans le temps et le lieu. Réflexe patellaire fort, plus fort à droite qu'à gauche.

L'état mental fut le même durant son séjour à l'asile, avec des moments d'excitation modérée.

L'affaiblissement intellectuel s'accentua cependant. En fin 1924 la malade dut être alitée. Des escarres sacro-fessières apparurent. La mort survint en fin février 1925, au moment d'une épidémie de grippe.

Nécropsie. — Escarres sacro-fessières étendues et assez profondes. Quelques adhérences pleurales dans les interlobes. Poumons à anthracose abondante, gardent l'empreinte du doigt. Un peu de spume blanche. Pus verdâtre dans les bronches. Congestion intense sans hépatisation de la base droite. Une caverne sèche, paroi fibreuse, volume d'un marron, au lobe moyen. Surcharge graisseuse abondante du péricarde. Hypertrophie considérable du myocarde en même temps très dégénéré avec îlots blanchâtres par endroits. La crosse aortique présente de nombreuses plaquettes athéromateuses, certaines chondroïdes et l'une calcifiée. Sigmoïdes aortiques et mitrales très épaissies en de nombreux points ; la tricuspide l'est un peu moins.

Foie muscade et à dégénérescence graisseuse avancée. Dans la vésicule, une vingtaine de petits calculs biliaires. Petits reins rouges, granuleux, adhérences corticales. Cortex diminué, dégénéré et présentant de petits kystes. Surcharge graisseuse du bassinet. Rate notablement augmentée de volume, d'aspect scléreux et un peu amyloïde. Trente centimètres cubes environ de liquide s'écoulent de la boîte cranienne ; mais en outre les ventricules, très amplifiés, en sont remplis. Pie-mère très peu épaissie, sans adhérences, légèrement congestionnée. Athérome très avancé du tronc basilaire, de l'hexagone et de la sylvienne qui forment des cordons entièrement jaunâtres jusque dans leur branches extrêmes. Sur d'autres artérioles, nombreuses petites plaquettes et aspect moniliforme. Vers l'extrémité du lobe occipital droit, foyer de ramollissement ancien du volume d'une petite noix. Quelques petits foyers lacunaires au voisinage de l'olive cérebelleuse droite.

A l'examen histologique du cerveau, léger épaississement fibreux de la pie-mère avec abondance de leucocytes. Cellules nerveuses très altérées pour un grand nombre, quelques-unes squelettiques ou réduites à leur noyau, d'autres à chromatolyse avancée. Pigment jaune fréquent, mais peu abondant. Cellules névrogliques très nombreuses. Neuronophagie accentuée. Petits éléments à coloration intense très nombreux. Dégénération des parois des artérioles.

En résumé, chez cette malade, à la faveur d'une prédisposition héréditaire affectant différents organes dont le cerveau, l'infection syphilitique a créé de grosses lésions en plusieurs organes. Il en est ainsi dans toutes les psychoses toxi-infectieuses où le cerveau n'est jamais seul en cause et ne représente que l'un des organes lésés. Chez notre malade, la syphilis a déterminé deux ordres de lésions cérébrales : une méningo-encéphalite modérée, lente, atrophiante, et d'autre part, l'athérome intense des artères encéphaliques comme de tout le système artériel.

CHRONIQUE

Parmi les travaux récents consacrés à l'endocrinologie, il convient de signaler aux lecteurs du *Progrès* le travail capital que le prof. Pende, qui honore si grandement l'école clinique italienne (1), vient de consacrer aux capsules surrénales.

Les fonctions de la surrénale. — La glande surrénale « sert à renforcer » toutes les réactions fonctionnelles et surtout celles qui se produisent dans la substance nerveuse et musculaire, de même que la thyroïde sert à les « activer et à les accélérer ».

Ces deux glandes sont synergiques du système nerveux, — volontaire et végétatif. La surrénale, qui s'est développée au début d'une ébauche commune avec une partie du système végétatif est donc une véritable neuro-glande, un organe auxiliaire du système nerveux : étant donnée l'abondance des fibres et cellules sympathiques dans les cellules chromaffines, il est légitime de penser à une action directe de la sécrétion chromaffine sur ces fibres et cellules.

D'autre part, M. Pende est de ceux qui admettent que la corticale « élabore » des lipoïdes, « de la nature des cholestérines et des lécithines » : ces lipoïdes sont indispensables pour la nutrition de la cellule nerveuse et pour la formation et l'accumulation de la graisse et pour le trophisme de l'appareil sexuel.

Le rôle nutritif ainsi rempli vis-à-vis de la cellule des centres nerveux est capital : quand il n'y a plus de surrénale, il y a paralysie cardiaque et respiratoire ; quand il y a insuffisance surrénale, il y a fatigue musculaire et psychique.

Enfin M. Pende fait une remarque que je considère comme capitale, c'est qu'il faut considérer qu'il y a synergie entre la médullaire et la corticale.

J'ai pour ma part indiqué ailleurs que, peut-être, ce qui est actif dans la surrénale, c'est « quelque chose » où se marient l'activité de la médullaire, adrénalinogène, et l'activité de la corticale, et j'incline, de plus en plus, à croire que ces deux parties de la glande ne sauraient être indépendantes, dans les espèces où elles sont en contact (2).

D'autre part, le cortex aurait une action sur l'adipogénèse : « A la suite des recherches expérimentales et cliniques, j'ai pu me convaincre que le cortex est la glande adipogénétique la plus importante, parce que, sans sa fonction, la synthèse de la graisse dans la cellule adipeuse est très inhibée. C'est pourquoi l'effet le plus constant et le plus précoce d'une hyperfonction corticale est l'excès de l'adipogénèse, la seule adiposité que nous connaissons, due à une hyperfonction endocrine et non à une insuffisance endocrine, comme c'est le cas pour les autres obésités. Cela explique pourquoi un amaigrisse-

(1) Les syndromes surrénaux. (*Revue française d'Endocrinologie*, fé... 1925, p. 9.)

(2) H. Vignes. — Physiologie obstétricale normale et pathologique. (Masson, éd., 1923), p. 127.

Faculté de médecine de Lyon. — *Cours de perfectionnement et de pratique gynécologique du 15 au 31 octobre 1925*, (sous la direction de M. le Prof. VILLARD, avec le concours de MM. MICHON, Chef de clinique : et QUINCIEU, Moniteur de clinique). — Les leçons et exercices pratiques auront lieu à l'Hospice de la Charité.

Jeudi 15 octobre : 9 h. M. MICHON : L'examen gynécologique. — 10 h. Consultation gynécologique. (Prof. VILLARD).

Vendredi 16 octobre : 9 h. M. QUINCIEU : Les déviations utérines. — 10 h. Opérations. — 17 h. M. MICHON : Les prolapsus génitaux.

Samedi 17 octobre : 9 h. M. MICHON : Les métrorragies. — 10 h. Consultation gynécologique. Opérations.

Lundi 19 octobre : 9 h. QUINCIEU : Considérations générales sur les infections génitales : Les métrites. — 10 h. Visite de M. le Prof. VILLARD. — 17 h. M. MICHON : Examens de malades.

Mardi 20 octobre : 9 h. Prof. VILLARD : Formes cliniques, diagnostic et traitement des salpingites. — 10 h. Consultation gynécologique. Opérations.

Mercredi 21 octobre : 9 h. M. QUINCIEU : La tuberculose génitale. — 10 h. Opérations. — 17 h. M. QUINCIEU : Examens de malades.

Jeudi 22 octobre : 9 h. Prof. VILLARD : Etude physio- et anatomo-pathologique de la grossesse intra-utérine. — 10 h. Consultation gynécologique. (Prof. VILLARD).

Vendredi 23 octobre : 9 h. Prof. VILLARD ; Etude clinique et traitement de la grossesse tubaire. — 10 h. Opérations. — 17 h. M. MICHON : Examens de malades.

Samedi 24 octobre : 9 h. M. MICHON : Anatomie pathologique, symptômes et diagnostic des kystes de l'ovaire non compliqués. — 10 h. Consultation gynécologique. Opérations.

Lundi 26 octobre : 9 h. M. MICHON : Complications et traitement des kystes de l'ovaire. — 10 h. Visite de M. le Prof. VILLARD. — 17 h. M. QUINCIEU: Examens de malades.

Mardi 27 octobre : 9 h. M. QUINCIEU : Etude clinique des fibromes utérins. — 10 h. Consultation gynécologique. Opérations.

Mercredi 28 octobre : 9 h. Prof. VILLARD : Traitement des fibromes utérins. — 10 h. Opérations. — 17 h. M. MICHON : Examens de malades.

Jeudi 29 octobre ; 9 h. MM. MICHON et QUINCIEU : Les agents physiques en gynécologie. — 10 h. Consultation gynécologique (Prof. VILLARD).

Vendredi 30 octobre : 9 h. M. QUINCIEU : Etude anatomique et clinique du cancer du col de l'utérus. — 10 h. Opérations. — 17 h. M. QUINCIEU : Examens de malades.

Samedi 31 octobre : 9 h. Prof. VILLARD : Cancer du corps de l'utérus et métrites séniles. Traitement des cancers utérins. — 10 h. Consultation gynécologique. Opérations.

Les médecins de dispensaires et la patente. — M. Villette Gaté, sénateur, ayant demandé à M. le ministre des Finances si les médecins des dispensaires antituberculeux, salariés pour remplir ces fonctions et ne devant pas, en conséquence, faire de clientèle, sont soumis à l'impôt de la patente, a reçu la réponse suivante :

« Les médecins qui font partie du personnel des établissements de l'Etat, des départements ou des communes et qui, étant rémunérés par ces collectivités sont des fonctionnaires salariés de l'Administration, se trouvent affranchis de la contribution des patentes, par application de l'article 17 de la loi du 18 juillet 1880, à condition, bien entendu, de ne pas exercer la médecine en dehors de l'établissement auquel ils sont affectés.

« Par contre, les médecins qui sont rétribués par des établissements privés restent passibles de la patente, conformément à la jurisprudence du Conseil d'Etat, alors même qu'ils n'auraient pas de clientèle particulière. La situation des médecins de dispensaire, au regard de la contribution des patentes, doit être réglée conformément aux indications qui précèdent. »

La fermeture des pharmacies le dimanche. — On croyait cette question de la fermeture des pharmacies, le dimanche, réglée depuis longtemps. La Cour de cassation vient de la rouvrir, pour la fixer définitivement, cette fois.

La chambre criminelle de la Cour suprême a cassé, hier, un jugement du Tribunal correctionnel de la Seine, en date du 26 février 1925, qui avait rejeté une demande en dommages-intérêts formulée par la chambre syndicale des pharmaciens de la Seine et par le Syndicat général des préparateurs en pharmacie.

Ces deux groupements s'étaient portés parties civiles dans une poursuite intentée contre quarante et un pharmaciens de la région parisienne, pour infraction à l'arrêté préfectoral du 5 septembre 1921, ordonnant la fermeture des pharmacies le dimanche.

Les pharmaciens poursuivis auraient bénéficié de l'amnistie, le tribunal correctionnel n'avait eu à statuer que sur la demande en dommages-intérêts des parties civiles.

La Chambre syndicale des pharmaciens et le Syndicat général des préparateurs en pharmacie avaient été déboutés de leur prétention à des dommages-intérêts et condamnés aux frais de leur constitution de parties civiles : ils s'étaient aussitôt pourvus en cassation contre ce jugement.

La Cour, dans un arrêt motivé, a estimé que l'arrêté préfectoral avait été régulièrement pris ; que, de ce fait, la contravention était constante et que le tribunal correctionnel avait, à tort, débouté les deux syndicats de leur demande en dommages-intérêts.

En conséquence, le jugement a été cassé et l'affaire renvoyée devant le Tribuual correctionnel de Versailles. (*Le Figaro.*)

BIBLIOGRAPHIE

Les bains à travers les âges, par Paul Négrier, ingénieur des Arts et Manufactures. Avec la collaboration de : M. Pierre Calmettes, conservateur-adjoint au Musée de la Guerre, et M. Marechalar, ancien élève de l'École de Chartes. Un beau vol. in-8 raisin de 350 pages. illustr. 150 grav. Broché : 40 fr. Librairie de la Construction Moderne, 13, rue de l'Odéon, Paris VIe

C'est un peu l'histoire entière de l'humanité que, sous l'angle spécial que comportait leur sujet, ont dû parcourir les auteurs de cet ouvrage : M. Négrier, ingénieur E.C.P., avec la collaboration de MM. Calmettes, conservateur-adjoint au Musée de la Guerre, et Marechalar, ancien élève de l'École des Chartes. La vertu hygiénique de l'immersion dans l'eau a certainement été connue et appréciée dès les débuts de notre humanité, comme elle l'est encore des peuples les moins civilisés, et dans l'antiquité grecque et latine le bain est arrivé à tenir la plus large place non seulement dans l'hygiène privée, mais dans la vie publique et religieuse. Puis c'est la nuit du Moyen-Age et les siècles qui suivirent et ne sont pas encore bien loin de nous, considérèrent le bain comme une médication ou un luxe assez suspect. Si, au XVIIe siècle, Théophraste Renaudot, esprit novateur, et fondateur même du premier journal français, pouvait écrire que le bain « hors de l'usage de la médecine ou une pressante nécessité, est non seulement superflu, mais très dommageable aux hommes », il ne serait pas besoin de remonter bien loin dans nos souvenirs à tous pour trouver telle petite ville de province, où posséder une baignoire, et s'en servir, était considéré comme un luxe extravagant.

Il n'est pas douteux qu'à cet égard l'évolution des idées est faite, la salle de bain est un des éléments de notre confort moderne et les pouvoirs publics ont enfin compris qu'ils devaient permettre cette pratique hygiénique aussi bien aux écoliers et aux soldats qu'à la population ouvrière.

On voit ainsi combien l'évolution des idées en la matière est intéressante à suivre et combien l'artiste et plus spécialement l'architecte sauront gré aux auteurs de cet ouvrage d'avoir su réunir une riche documentation sur le bain à travers les âges ; bains grecs que chante déjà l'*Odyssée* et qui plus tard donnaient même lieu à un tel excès qu'Aristophane les fustigeait ; bains romains pour lesquels des thermes somptueux s'élevaient dans les moindres cités. Il suffit d'évoquer les thermes de Caracalla d'après Viollet-le-Duc et Blouet, ceux de Dioclétien d'après Paulin, pour imaginer la grandeur et la somptuosité de monuments qui comptent parmi les plus remarquables de l'antiquité, et ceux de Lutèce restent un des plus rares vestiges de la construction gallo-romaine.

A côté de ces splendeurs, les modestes baquets du Moyen-Age que nous reproduit l'ouvrage font triste figure et le progrès n'est pas considérable jusqu'à la baignoire-sabot qu'a popularisée le meurtre de Marat ; cependant nos auteurs relatent les débuts modernes de la vogue des stations thermales avec Vichy, Bourbon et Forges notamment.

Puis avec le XIXe siècle, ce sont les bains à domicile dont les porteurs ont été popularisés par la lithographie et puis voici les premiers chauffe-bains avec les premiers efforts de l'État pour créer des bains gratuits ou à prix réduit à l'exemple de l'Angleterre, tandis que Barèges, Bagnères, Eaux-Bonnes, Bourbonne, etc., deviennent des stations à la mode.

Enfin l'époque contemporaine où l'on admet que le bain n'est plus un luxe, mais un besoin, avec les grandes piscines publiques et les installations domestiques commodes et élégantes qui s'appliquent à l'appartement le plus modeste aussi bien qu'à l'hôtel le plus somptueux.

Dans un champ aussi vaste, étendu encore aux bains à l'étranger, nos auteurs ont glané les renseignements les plus utiles et la documentation la plus intéressante ; par surcroît, ils ont su faire de leur œuvre un ouvrage agréable à lire, c'est dire le succès qui leur est dû et qui est assuré.

Formulaire d'opothérapie clinique. Organothérapie par le Dr Marcel Laemmer, 1 volume de 146 pages. (Masson et Cie, éditeurs : 10 fr.

On trouvera dans ce petit volume des conseils et des formules qui ne correspondent pas forcément à des recherches de laboratoire, mais toujours à l'expérience clinique.

L'auteur fait bénéficier le praticien de ses longues et patientes recherches éprouvées par la thérapeutique journalière.

La première partie est consacrée *aux médicaments organothérapiques et aux règles générales de l'organothérapie*. La deuxième partie constitue proprement le formulaire. L'auteur prend les différents systèmes et indique, à propos de chaque maladie, *les médicaments à employer, leur forme, les doses*. Il termine par les *grands syndromes endocriniens*.

ment, lent, mais progressif, paraît le signe le plus fréquent et le plus précoce de... l'insuffisance surrénale. »

Enfin M. PENDE suppose, sans en être absolument sûr, que le cortex surrénal aurait une fonction stimulante pour le développement et le trophisme de la glande mammaire.

Les symptômes d'insuffisance. — A) *La cachexie surrénale* : maigreur par impossibilité d'accumuler la graisse, atrophie et non-élasticité cutanée, poils rares, teint livide sale ou souvent mélanodermie. Cette cachexie est principalement corticale (hypocholestérinémie), accessoirement médullaire (adynamie psychique). Il y a de l'hypotension, de la petitesse du cœur (*donc*, conclut M. PENDE, les hormones surrénales ont une influence trophique sur le muscle cardiaque).

B) *L'hypotonie sympathique* avec hypervagotonie relative : hypercinèse gastro-intestinale avec vomissements et diarrhée, hypotonie vasculaire (raie blanche de SERGENT)) régulation imparfaite de la thermogenèse, cénesthésie et anxiété, hyperplasie du thymus, hyperplasie du système lymphatique, mononucléose, hypoplasie génitale et mammaire, habitus longiligne.

Les symptômes de suractivité. — M. PENDE retient :

1° le bien-être nutritif surabondant et l'adiposité, avec hirsutisme du tronc ;

2° l'hypersthénie musculaire et psychique, avec tendance à l'aggressivité ;

3° l'hypergénitalisme dysharmonique : précocité sexuelle chez les garçons avec adiposité féminine et absence ou perversion de l'instinct génital, précocité sexuelle chez les filles avec apparition de caractères masculins ; parfois on observe de l'aménorrhée, de l'hypertrophie mammaire et de l'adiposité : pseudo gestation par hyperépinéphrie ;

4° l'état hypertensif.

Tels sont les traits principaux de cet important mémoire.

***

Des observations de virilisme avec hypertrophie surrénalienne ont été souvent publiées.

M. APERT a insisté à diverses reprises sur ces hyperplasies avec hypertrichose, adiposité et troubles sexuels. Ce syndrome varie suivant l'âge du début du mal. S'il remonte à la vie fœtale, il entraîne le pseudo-hermaphrodisme ; s'il se produit dans l'enfance, il entraîne la puberté précoce ; les cas où le début de la maladie se fait après la puberté sont rares. On voit alors, comme dans un cas de Dalché, apparaître des moustaches, l'aménorrhée, l'atrophie utéro-ovarienne (1).

WERESCHINSKI (2) a publié récemment l'observation d'une femme de 29 ans avec pseudo-hermaphrodisme, tumeur surrénale et atrophie ovarienne. L'extirpation de la tumeur amena une amélioration passagère.

HOLMES (2), récemment, a rapporté l'histoire d'une jeune femme chez qui une grosse tumeur surrénalienne était associée avec une atrophie utérine, une hypertrophie du clitoris, de l'aménorrhée, de l'hirsutisme (4), de l'atrophie mammaire, une répartition masculine de la graisse, une perte de l'appétit sexuel et de l'impudeur. Tous ces symptômes disparurent après ablation de la tumeur.

(1) Aménorrhée récente. Masculinisme régressif. (*Bulletin médical*, 20 mars 1912, p. 293.)

(2) Syndrome surréno-ovarien. (*Arch. für klin. Chir.*, 20 juin 1924, p. 810.)

(3) M. APERT, à propos d'un cas d'hirsutisme (hypertrichose à type masculin, tendance à la calvitie masculine, épaississement des formes obésité modérée, mais avec vergetures qui font partie intégrante de l'hirsutisme), note qu'il faut distinguer l'hirsutisme de l'hypertrichose vulgaire.

(4) P. C. BRETT et J. FORESTIER-SMITH, p. 133. Case of Virilism Associated with Suprarenal Tumor, (*Quarterly Journal of Medicine*, Oxford, janvier 1925, p. 143).

Au total, les tumeurs surrénaliennes prédisposent à la masculinisation, et elles provoquent chez la femme l'apparition des caractères sexuels féminins et chez l'homme la puberté précoce : elles excitent le testicule, elles inhibent la glande femelle pour laisser réapparaître le type neutre ou pour régénérer des potentialités mâles.

Mais il n'y a pas que les tumeurs surrénales pour produire ce syndrome, et BINGEL (1) a rapporté l'histoire d'une femme qui, à 37 ans, prit de la barbe et du poil et, à 46 ans, devint polycythémique et diabétique. On fit l'ovariectomie et on trouva : tumeur de l'ovaire ressemblant à un énorme corps jaune.

Ainsi l'hirsutisme s'observe dans les tumeurs de la cortico-surrénale (2) et dans les tumeurs ovariques, hypernéphromes ou lutéinomes.

Pour ma part, relevant cette régression de la féminité et l'opposant avec les effets habituels de l'activité ovarienne, je ne puis m'empêcher de dire *une fois de plus*, qu'il y a dans l'ovaire, un produit de sécrétion spécifique et, à côté de ce produit des substances antagonistes et correctrices (3).

Ces cas sont interprétés différemment par KNUD KRABBE (*Rev. Fr. d'Endocr.*, p. 103). D'après lui, dans les cas où l'on trouve une combinaison de tumeurs surrénales et de virilisme chez les petites filles, ces tumeurs ne proviennent pas de l'écorce surrénale elle-même, mais elles ont pris leur développement dans la partie de l'ébauche ovarienne qui, à une phase précoce de la vie fœtale, représente un élément mâle dans l'ébauche de la glande génitale et qui est en connexion avec l'ébauche de l'écorce surrénale. La sécrétion interne et l'écorce surrénale ne jouent pas de rôle spécifique dans le développement sexuel. L'écorce surrénale et la glande génitale se développent aux dépens de deux parties voisines de l'épithélium cœlomique dans les premières phases de la vie fœtale. C'est dans ces rapports embryologiques qu'il faut trouver l'explication de la présence de tissu surrénal à l'intérieur de la glande génitale, si bien qu'on peut observer l'hyperplasie surrénale en combinaison avec l'aplasie génitale.

K. Krabbe rappelle que la glande génitale, chez les embryons mâles, est purement testiculaire tandis que, chez les embryons femelles, elle est bisexuée et consiste en une partie ovarienne externe et une partie testiculaire interne : c'est celle-ci qui touche l'ébauche de l'écorce surrénale.

***

Cette question des rapports entre la surrénale et l'ovaire a été l'objet de nombreuses recherches. Voyons quels sont les principaux faits versés au débat.

I. **Similitude de structure.** 1° Une partie de la surrénale (la corticale) et une partie de l'ovaire ont une origine commune, au dépens du corps de Wolf : *on peut* donc supposer que ces deux colonies d'un même tissu auront un rôle analogue.

2° Le corps jaune, la glande interstitielle et les cellules de la cortico-surrénale ont un aspect cytologique et et histologique comparable : même conclusion.

3° Ces glandes réagissent à diverses maladies et à la gestation en prenant des aspects analogues : même conclusion (4).

II. **Castration.** 1° A la suite de la castration, la cortico-

(1) Polycythémie et virilisme par tumeur ovarienne. (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 14 mars 1924, p. 330.)

(2) Si les tumeurs de Grawitz ne s'accompagnent pas d'hirsutisme, note M. Apert, c'est que ces tumeurs ne sont pas en réalité des hypernéphromes, mais des tumeurs développées aux dépens de persistances des tissus rénaux primitifs (métanéphros, mésonéphros).

(3) Voir ma *Physiologie obstétricale*, p. 174, ma thèse *Notes et recherches sur la menstruation* (Paris, 1914 et un mémoire in *Annales de l'Institut Pasteur*, avril 1914, p. 437.

(4) SERDJUKOW. — A propos des relations fonctionnelles qui existent entre le parenchyme sécrétoire de l'ovaire et le parenchyme cortical de la surrénale. (Moscou, 1924.)

surrénale s'hypertrophie et se charge de lipoïdes : *on peut* en conclure que la cortico-surrénale supplée, dans une ou plusieurs de ses fonctions, la glande extirpée

2° La castration rend l'organisme plus sensible à l'action de l'adrénaline : il est possible que dans son mariage avec la médullaire, la corticale soit dans un certain état d'équilibre avec l'autre « conjoint », état d'équilibre dans lequel elle est aidée par l'ovaire.

3° Kwanichi Mochizuki, en injectant des extraits ovariens à des animaux castrés, a pu empêcher la glycosurie adrénalinique (1) : même conclusion.

III. **Insuffisance surrénale.** 1° Jaffe et Marine (2) ont vu que la double adrénalectomie, qui n'a aucun effet sur les cellules interstitielles du testicule, détermine une hypertrophie considérable des cellules interstitielles de l'ovaire : ce fait serait un corollaire de ceux que nous avons rangés dans le groupe II.

2° L'insuffisance surrénale chronique s'accompagne d'une hypoplasie génitale et mammaire : ce que Pende, dans l'article cité plus haut, interprète comme la preuve que le cortex surrénalien prépare pour les glandes sexuelles un véritable « aliment ».

IV. **Suractivité surrénalienne.** 1° Klein (3) a traité avec succès par l'adrénaline ces formes de dysménorrhée où la muqueuse devient anormalement œdémateuse par le fait d'une suractivité ovarienne. On peut lui objecter que probablement il s'agit d'un effet pharmacologique banal sur la circulation des glandes génitales.

2° Restent les faits cités plus haut de masculinisation et d'aménorrhée ; j'ai indiqué plus haut comment je croyais qu'il convenait de les interpréter.

* * *

L'ovarite scléro-kystique. — La pathogénie de l'ovarite scléro-kystique a fait couler bien de l'encre.

Un travail fort important récemment publié sur ce sujet tend à fonder une théorie qui pourrait bien préciser la signification de ce singulier état anatomo-clinique et qui me semble pour l'instant compatible avec un grand nombre des faits observés. C'est la thèse (4) que le Dr Jeanne-Marie Guinier a rédigée sous l'inspiration et avec la collaboration de Chr. Champy.

On peut schématiquement distinguer dans l'évolution d'une ovarite scléro-kystique deux périodes, l'une caractérisée par la formation de nombreux kystes, la seconde par une sclérose de l'organe.

A la période de début, des kystes occupent en grand nombre toute la périphérie de l'organe, et ils sont toujours nombreux, quelle que soit la période du cycle menstruel ; de plus, le nombre des follicules qui dégénèrent et régressent à des stades divers de leur développement est grand et même encore plus grand que le nombre de ceux qui deviennent polykystiques.

Fréquemment, l'ovaire renferme encore de nombreux petits corps jaunes plus ou moins cavitaires et de nombreux corpora albicantia. Cette présence simultanée de nombreux corps jaunes à un même stade de développement ne se voit jamais dans l'évolution normale de l'ovaire de la femme.

Tout ce tableau concourt à donner l'impression d'une maturation ou tout au moins d'une évolution simultanée de nombreux follicules.

A la période kystique fait suite *une période scléreuse* : les kystes sont alors diminués de nombre et de taille : le tissu du stroma ovarien s'est densifié surtout vers la surface ; des corpora albicantia, des vaisseaux plus ou moins sclérosés remplissent la substance médullaire de l'ovaire.

Cette question appelle l'étude de la durée qu'il faut au follicule pour faire son évolution. L'auteur la fixe à six semaines pour la raison que l'évolution des follicules, complètement arrêtée pendant la gestation, paraît reprendre après l'accouchement et que les premiers phénomènes menstruels (retour de couches) se manifestent en moyenne après six semaines.

Cette évolution de six semaines comporte comme corollaire la nécessité de l'évolution d'un deuxième follicule commençant avant la rupture du premier. Or, en fait, on observe dans des ovaires parfaitement normaux, renfermant un follicule mûr, qu'il y a au moins un follicule de taille moyenne en voie de développement. Il y a donc un métachronisme régulier de l'évolution des follicules, sans que nous puissions déterminer quelles en sont les causes précises.

Dans l'ovaire scléro-kystique, il y a de nombreux follicules en voie de développement simultané. Deux raisons de ce fait sont possibles :

1° ou bien les follicules ont été retardés dans leur évolution et ceux qui suivaient ont atteint le même stade de développement avant que l'évolution des premiers ne soit terminée ;

2° ou bien les follicules ont commencé à mûrir dans un ordre autre et plus précipité que le métachronisme régulier de l'évolution ovarienne anormale : il y a du trouble du rythme de l'ovulation.

De ces deux hypothèses, la première paraît devoir être rejetée. Rien n'indique que l'évolution des follicules soit ralentie tant que ce follicule est normal. La présence de nombreuses formations lutéiniques à la même période d'évolution dans les ovaires scléro-kystiques au début indique que l'évolution des follicules atrétiques qui aboutissent à ces formations est à peu près synchrone, c'est-à-dire totalement différente du rythme normal.

C'est donc la deuxième hypothèse qu'il faut bien accepter.

L'ovarite scléro-kystique est en somme due à un trouble du rythme de l'ovulation.

Chez une femme réglée à l'âge normal, une telle accélération du rythme de l'ovulation aboutira à l'épuisement rapide de la provision disponible d'ovules. On arrivera alors à une ménopause précoce, que l'on observe fréquemment dans l'ovarite scléro-kystique à sa période terminale.

La plupart des auteurs ont cherché dans des conditions locales la cause d'une évolution anormale du follicule. Il est certain que les conditions locales peuvent jouer un rôle dans beaucoup de cas : cela est démontré par le fait (assez rare d'ailleurs) que l'ovarite scléro-kystique peut être unilatérale ou que, dans quelques cas, le territoire polykystique est localisé dans une région bien déterminée de l'ovaire. Donc une irritation locale peut déterminer une évolution anormale des follicules.

Il ne paraît pas douteux que, parmi les causes locales, la rétroversion soit fréquente, mais il est certain également qu'elle peut exister de longue date sans ovarite appréciable.

Les inflammations ovariennes sont évidemment susceptibles, dans certaines conditions, de troubler le rythme de l'évolution des follicules, non pas tant les inflammations aiguës, qui paraissent avoir peu d'influence ou qui ont une action destructive, que les ovarites chroniques : on trouve fréquemment, dans ces derniers cas, avec des signes d'infection très atténuée, des follicules moyens en grand nombre quoique cependant ils ne soient pas serrés l'un contre l'autre, comme dans l'ovarite polykystique ordinaire.

Beaucoup plus que les causes locales, les conditions générales de l'organisme jouent un rôle prépondérant sur l'évolution folliculaire. Les expériences de Foa en fournissent une démonstration : Foa greffe à une femelle adulte un ovaire assez jeune pour que les follicules n'évoluent pas ; or il constate que l'évolution des follicules commence aussi-

(1) Kwanichi Mochizuki. — On the action of the ovary against adrenalin hyperglycosuria. (Action de l'ovaire sur la glycosurie adrénalinique). (*Nihon Fujinka Gakkwai Zasshi*, septembre 1921. *C. R.* in *The Japan Med. World*, 1922, p. 46.)
(2) *Journ. of exper. Med.*, 1er juillet 1923.
(3) Voir Culbertson. — *Surgery, Gyn. and Obst.*, juillet 1914.
(4) Pathogénie de l'ovarite scléro-kystique et des kystes germinatifs de l'ovaire. Thèse de Paris, 1922. Le François, éditeur. Paris.

tôt après la greffe. Inversement l'ovaire adulte greffé à une femelle impubère ou vieille voit l'évolution folliculaire s'arrêter aussitôt. Donc il existe chez la femelle adulte une condition qui permet l'évolution folliculaire et qui n'existe ni chez la femelle impubère ni chez la femelle vieillie. Cette condition n'est point d'ordre nerveux puisque les nerfs ont été sectionnés dans les greffes, elle est par conséquent d'ordre humoral.

L'idée la plus simple est qu'il y a là un phénomène d'équilibre nutritif qui règle la croissance ovarienne et que, lorsque la croissance générale est arrêtée, des matériaux nutritifs rendus disponibles sont détournés vers l'ovaire. Cette hypothèse est contredite par le fait que dans bien des cas la puberté se produit longtemps avant la fin de la croissance.

Il est certain qu'une nourriture insuffisante qualitativement et quantitativement doit influencer l'ovaire. Mlle Guinier a trouvé au laboratoire de Champy, une série de préparations d'ovaires de tritons ou de tanches chez lesquels on avait arrêté complètement l'évolution par le jeûne. Elle a voulu voir s'il en était ainsi chez les mammifères et elle a cherché à réaliser les expériences d'inanition partielle par les expériences de carence ou d'avitaminose, en mettant des rates au régime du riz poli pendant 28 jours. L'examen histologique montrait une atrésie de la plupart des follicules en voie de croissance : les follicules près de la maturité et les corps jaunes ne paraissaient nullement modifiés. Au contraire, tous les follicules moyens étaient touchés, la plupart complètement détruits. Les jeunes follicules à ovocyte latent ne paraissaient pas altérés. Ce sont donc les follicules moyens en voie de croissance qui sont les plus sensibles aux causes d'altération d'origine alimentaire. Mais rien dans l'état de ces ovaires ne rappelle l'ovarite micro-kystique.

M. Champy a eu, alors, l'idée que l'ovarite kystique était liée à diverses conditions de la vie civilisée. Il a opposé son absence chez les animaux européens à sa constance chez les animaux exotiques des ménageries (girafes, singes, grands félins, dont les mâles captifs font de l'aspermatogenèse).

Chez ces animaux captifs, ce n'est qu'après plusieurs années de captivité que l'ovarite kystique est bien installée. Il semble donc que ce soit à l'insuffisance de travail musculaire, jointe à une nourriture plutôt abondante, que soit dû le trouble du rythme de l'évolution folliculaire.

Mlle Guinier fait alors remarquer que l'ovarite sclérokystique est une maladie plus fréquente en ville qu'à la campagne, c'est-à-dire dans des conditions de vie plus sédentaire, de travail musculaire moindre et d'alimentation plutôt meilleure.

Cette évolution anormalement rapide des follicules aboutit à l'utilisation précipitée de tous les ovocytes à l'état latent, de toute la provision d'ovocytes et à la sclérose de l'organe. Dans les ovaires scléreux, il y a, de plus, tendance à une invagination de l'épithélium germinatif et à la formation de kystes au dépens de cet épithélium : ce processus est sans doute un effort avorté de régénération ovarienne.

***

A propos de l'obésité. — Dans une de mes précédentes chroniques, j'ai résumé, les idées que M. Heckel nous avait exposées à la *Société de Pathologie comparée* sur le traitement de l'obésité. A la même Société, M. d'Arbois de Jubainville est venu, après M. Heckel, nous dire ce que sa longue pratique aux eaux de Brides lui avait appris à ce sujet.

Les malades qui se rendent à ces eaux sont disposés à suivre des cures très sérieuses.

M. d'Arbois de Jubainville a été frappé depuis longtemps par les différences dans les résultats obtenus chez les sujets soumis à des traitements basés sur le mouvement, et avait été conduit à reconnaître que les mêmes cures ne pouvaient pas être appliquées à tous les obèses : les uns maigrissaient facilement avec des régimes simples et quelques marches : les autres, au contraire, tout en se privant de nourriture et en se livrant à des exercices très pénibles, convaincus de la prétendue efficacité du surmenage physique pour diminuer leur adiposité, éprouvaient la plus grande peine à perdre quelques livres, bien heureux même s'ils n'en gagnaient pas une ou deux en trois semaines.

Partant de cette idée, il prescrivait, au petit bonheur (qu'il me pardonne l'expression) de l'exercice à certains clients, du repos à d'autres et, ce, sans avoir une certitude au début de la cure. Ces tâtonnements, avoue-t-il, influençaient défavorablement la confiance des obèses dans les prescriptions et empêchaient la bonne conduite du traitement.

Là-dessus il arriva que les gens intéressés à la prospérité de Brides-les-Bains, eurent l'idée, en même temps qu'ils entreprenaient une publicité intense pour leur station, d'en développer les moyens d'action scientifique : ils fondèrent ainsi un laboratoire de recherches biologiques sous la direction du Dr Faillié, qui comprit de suite l'importance du quotient respiratoire et du métabolisme basal.

Je ne parlerai pas ici du M. B., trop nouveau pour ne pas être connu de nos lecteurs. Je rappelle que le Q. R. est le rapport entre le volume de CO^2 expiré et l'oxygène inspiré : CO^2/O^2 est un peu inférieur à l'unité, car une partie de O^2 est employée à d'autres phénomènes d'oxydation, par exemple à produire de l'eau.

Un certain nombre d'obèses avaient un Q. R. abaissé au-dessous de 0,85 *et un M. B. abaissé.* M. d'Arbois de Jubainville croit pouvoir déduire de l'abaissement du Q. R. que ces sujets s'adressent à leurs réserves adipeuses, exclusivement, pour trouver l'énergie nécessaire à la dépense de fond et à tout travail musculaire moyen ; dans ces conditions, conclut-il, l'exercice énergique est nécessaire pour maigrir.

Quant à l'abaissement du M. B., il en fait une insuffisance endocrinienne justiciable de l'opothérapie et de la radio-activité.

Ordonnance : 1° Culture physique pratiquée pendant 40 minutes en maillot, dès le lever, dans un vaste terrain découvert, et menée avec entrain : marches sur un sentier de 382 m. de longueur, en pente régulière, avec 42 m. de différence de niveau au sommet ; la séance se termine par le passage dans une piscine à 18° et par une douche chaude : aussitôt après, montée pendant une heure et par des sentiers faciles, à 350 m. au-dessus de la vallée pour boire du bouillon de légumes ; retour et massage.

2° Régime alimentaire modéré ; après repas, promenade pendant 20 minutes suivie d'un repos ; dans la journée marches raisonnables.

3° L'insuffisance hépatique est traitée par l'ingestion d'eau de Brides.

[Je rappelle que les eaux de Brides sont tièdes et un peu hypotoniques et qu'elles contiennent 3 gr. 50 de sulfate de soude, de magnésie, de chaux, de lithium et près de deux grammes de chlorures. Elles sont laxatives ou purgatives et, d'autant, elles décongestionnent la circulation du foie : elles facilitent aussi la motricité des voies biliaires. Le traitement mené avec ces doses relativement faible aurait l'avantage d'être moins violent que celui d'autres stations similaires.]

4° La déficience endocrinienne a été améliorée par les bains carbogazeux très radio-actifs de Salins-Moutiers et par une prise journalière, pendant 10 jours consécutifs, d'extrait thyroïdien ne dépassant pas 0,20 cg.

[Les eaux de Salins (Salins est à une lieue de Brides) sont chlorurées à 13 grammes par litre, elles sont tièdes, elles sont gazeuses et elles sont riches en émanations de radium et de thorium et seraient, de ce fait, un puissant stimulant de la nutrition.]

D'autres obèses ont un M. B. normal et un Q. R. abaissé. Le Q. R. étant bas, ces sujets utilisent leurs réserves adipeuses pour l'entretien de leurs combustions. Dans ces conditions, il est possible de les soumettre soit au repos,

soit au travail. Mais un régime sévère est plus facilement suivi quand ils sont couchés que lorsqu'on les fait travailler, car ils présentent alors un très sérieux appétit.

Ordonnance : 1° boisson d'eau thermale et bain : 2° massages et séances d'électrothérapie sur le fauteuil de Bergonié : 3° pas de culture physique, quelques petites promenades : 4° régime alimentaire sévère : 5° une fois, pendant cinq jours consécutifs, suppression presque complète de nourriture, sauf une livre de fruits par jour, représentant 300 calories en hydrates de carbone, 12 calories en matières azotées, et 10 calories en matières grasses : 6° alitement pendant cette période qui se termine par une très forte purgation.

D'autres obèses présentaient un Q. R. normal et un M. B. abaissé. Tout travail est inutile : puisqu'il se fait au dépens des albuminoïdes et des sucres, et non des graisses. D'autre part le traitement thyroïdien peut augmenter les combustions, mais toujours sans atteindre les graisses.

Ordonnance : 1° régime très sévère : 2° alitement ; 3° purge.

Au total, notre éminent confrère de Brides résume ainsi son expérience :

1° rôle manifeste de « ses » eaux pour le traitement de l'insuffisance hépatique ;

2° plus grande importance du Q. R. que du M. B.

3° indications fournies par ces deux facteurs.

Q. R. bas.... travail.

Q. R. haut... repos, réduction des insuffisances orgaques.

M. B. bas... eaux radio-actives, opothérapie thyroïdienne, iodothérapie.

M. B. normal, travail suivant la situation du Q. R., réduction alimentaire, pas d'opothérapie thyroïdienne.

Henri VIGNES.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Nancy*, 16-19 *juillet* 1925.)

Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires. (*Suite*).

MM. F. BEZANÇON et DE JONG (de Paris), J. PARISOT et L. CAUSSADE (de Nancy), rapporteurs.

Les ponctions sont quelquefois probantes. L'examen direct des crachats, en montrant une bouillie microbienne dont la majorité des éléments se décolore par le Gram, peut être en faveur de l'existence d'anaérobies, ou déceler la présence de spirilles, associés ou non aux bacilles fusiformes.

La *pathogénie* des gangrènes pulmonaires fut, à la suite des travaux de Veillon et de ses collaborateurs, cherchée surtout dans l'intervention des microbes anaérobies, parmi lesquels B. ramosus, seul ou associé à micrococcus fœtidus ou à B. fragilis, fut le plus fréquemment mis en évidence. Les aérobies peuvent du reste s'associer aux anaérobies dans le processus destructif, qui semble tenir principalement à la pullulation vraiment extraordinaire des germes pathogènes, par eux-mêmes faiblement générateurs des toxines, mais nocifs par l'intermédiaire des déchets tissulaires qu'ils créent et que l'organisme résorbe en plus ou moins grande abondance.

Mais il faut reconnaître que la détermination précise des germes, rarement pratiquée à cause des difficultés d'exécution technique, devrait être mise en œuvre systématiquement si l'on veut avoir une idée exacte du rôle des anaérobies.

Il faudrait, de même, entreprendre des recherches suivant un plan donné pour établir la part des infections spirillaires et fuso-spirillaires, qui chaque jour apparaît plus importante, depuis les premières constatations de Ghon et de Perrin dans la gangrène pulmonaire. Les spirilles paraissent particulièrement responsables de la nécrose.

Seules des études sur crachats frais, avec collaboration de l'ultra-microscope et des méthodes spéciales aux spirochètes, permettraient de délimiter la part qu'ont ces derniers dans les suppurations pulmonaires gangréneuses.

MM. J. Parisot et L. Caussade divisent leur travail en deux parties :

PREMIÈRE PARTIE. — **Les différents procédés de traitement des gangrènes pulmonaires (Etude analytique).** — 1° *Thérapeutique médicamenteuse.* — Les voies d'introduction des médicaments ont été variées de façon à faire arriver au poumon lui-même les doses les plus considérables possible ; aussi, à la voie sanguine (ingestion, lavement, injections) a-t-on tenté de substituer la voie aérienne, grâce aux injections sus-glottiques, transglottiques, intrabronchiques (Guisez) et transtrachéales (Rosenthal). La voie intrabronchique n'a donné, quelles que soient les formes traitées, que d'excellents résultats : seule la voie transtrachéale semble pouvoir rivaliser avec elle. Quant à l'introduction directe par lardage du foyer, elle est dangereuse.

Les substances employées ont été soit des médicaments anti-infectieux indifférents, parmi lesquels une place de prédilection reste à la teinture d'ail, inoffensive aux doses thérapeutiques et précieuse par son pouvoir antiseptique pulmonaire, élevé, soit des médicaments spécifiques :

La *chimiothérapie* est réalisée surtout par les arsénobenzènes (Perrin) à l'actif desquels les rapporteurs enregistrent, sur 80 cas, 42 guérisons et 13 améliorations. Les formes superficielles, bronchites fétides principalement, et dans lesquelles se rencontrent des spirilles, y sont les plus sensibles, sans qu'il y ait là de règle fixe ; car on voit des formes à spirilles rester rebelles alors que d'autres sont favorablement influencées ;

La *sérothérapie*, dans 57 cas, dont les rapporteurs fournissent un tableau détaillé, a procuré 16 guérisons immédiates et 24 améliorations prolongées, obtenues, sauf 2 fois (sérum de Leclainche et Vallée, sérum de Vincent et Stodel), avec les mélanges de sérum préparés à l'Institut Pasteur sous la direction de Weinberg. Parfois les sérums antitétanique, antistreptococcique, antipneumococcique ont été ajoutés au mélange.

C'est surtout la voie hypodermique qui a été utilisée, car les injections intra-veineuses sont souvent suivies de troubles très inquiétants, parfois inévitables malgré les tentatives de désensibilisation, et les injections dans les voies aériennes, sans mettre à l'abri de ces chocs, sont d'une pratique plus délicate. Des guérisons véritables ont été notées, dans les formes primitives aiguës ou subaiguës tout particulièrement, mais les échecs sont trop souvent le fait de lésions pulmonaires trop profondes, de dilatations bronchiques sur lesquelles la gangrène s'est greffée, ou de tuberculose coexistante. Le mécanisme des succès reste assez imprécis, car ce n'est que très exceptionnellement qu'on trouve dans les gangrènes pulmonaires les agents de la gangrène gazeuse.

La *vaccinothérapie* ne compte que huit essais, dont un avec stock-vaccin et 7 avec autovaccins, se soldant par quatre guérisons, et 3 améliorations plus ou moins durables ; elle réalise surtout la lutte contre les aérobies et peut être employée conjointement avec la sérothérapie antianaérobique ;

2° *Thérapeutique mécanique* : *Pneumothorax artificiel* : la méthode de Forlanini : appliquée par cet auteur même à un cas de gangrène pulmonaire, donne un total de 15 guérisons sur vingt-cinq cas. Pratiquée avec quelques détails spéciaux de technique, elle peut réaliser une guérison rapide, parfois en quelques jours, mais la symphyse pleurale et diverses complications, dont l'infection pleurale est la plus fréquente, peuvent y mettre obstacle. Les formes unilatérales, à grosses cavités de nécrose ouvertes dans les bronches, sans complication pleurale ni à distance réalisent l'indication type, mais, en l'absence de lésions bilatérales, ou de pleurésie purulente, ou d'un état général trop précaire, l'essai de pneumothorax, intervention essentiellement bénigne, est toujours légitime.

Traitement chirurgical. — Laissant de côté les interventions rares, thoracoplastie et lobectomie, les rapporteurs n'en considèrent que deux : la *pneumotomie*, dont la mortalité s'est abaissée environ de 40 à 19 p. 100 bénéficie avant tout des progrès réalisés, grâce à la radiologie, dans le diagnostic de localisation du foyer, qu'il s'agit de drainer largement en évitant l'infection pleurale grâce à une suture de protection ; si la plèvre était spontanément contaminée, l'intervention la draine en même temps que le poumon. Rares sont les améliorations soudaines, par contre de multiples complications hémorragiques et septiques, par contiguïté ou à distance, peuvent entraver l'évolution favorable, ordinairement assez lente ; somme toute, la pneumotomie reste grave et réservée aux foyers bien accessibles, non sclérosés, telles les gangrènes d'origine embolique, et aux formes provoquées par corps étrangers ou compliquées de pneumothorax.

Le *décollement pleuropariétal* (opération de Tuffier) sans effraction pleurale ne comporte que 10 tentatives (6 guérisons, 2 améliorations, 2 échecs). A la pleurolyse peut se combiner la compression, permanente par greffe, transitoire par mèches ou appareils élastiques, du poumon infecté. Ce procédé s'applique aux formes unilatérales, peut tirer ses indications de la symphyse pleurale qui en favorise singulièrement l'exécution, et se justifie surtout vis-à-vis des localisations apicales. (*A suivre*).

VARIÉTÉS

Médecine et littérature

Le numéro du 1er juillet 1925 du *Mercure de France*, est particulièrement intéressant pour un médecin.

J'y note d'abord une excellente étude de J.-E. Spenlé sur le romancier allemand THOMAS MANN dont on vient de fêter la cinquantième année. Il appartient à la génération d'avant guerre, celle des Hauptmann, des Hofmannsthal, des Schnitzler, des Stefan George, et il possède, Outre-Rhin, l'autorité qu'un Maurice Barrès et un Anatole France possédèrent chez nous. Fils de sénateur, grand commerçant, il est de la haute bourgeoisie. Je ne vais pas ici, démarquant un excellent article, résumer l'œuvre de cet écrivain. Je découpe seulement quelques idées qui ne sauraient nous être indifférentes.

La littérature lui paraît le pis-aller de l'action chez un impuissant :

« Je me suis senti de tout temps profondément inapte à toute autre besogne. Et j'ai l'impression que cette inaptitude totale, absolue, indiscutable, est la seule marque certaine où se reconnaisse la vocation du poète, et qu'il faut voir dans la littérature le refuge de tous ceux qui sont incapables de faire quelque chose dans la vie ».

Antinomie classique entre l'action et l'imagination. Le poète Axel Martini, dans *Altesse Royale*, gagne la coupe d'honneur d'un concours littéraire avec son « Hymne à la vie » où toutes les détresses et toutes les cruautés et toutes les ivresses sont décrites à la première personne. Sur question du prince Klaus Heinrich, le poète déclare : « Si j'étais homme à avoir vécu toutes ces choses, je n'aurais pas écrit d'aussi beaux vers. J'imagine même que je me mépriserais de vivre la vie que je mène. Car nous autres, artistes, nous avons surtout besoin d'hygiène. Or rien n'est plus anti-hygiénique que la vie ». « Mais alors, vous ne boirez jamais dans la coupe qui vous est offerte ? — « Moi ? J'en doute fort, Altesse. Le geste, je le reconnais, serait beau... Mais d'abord je ne bois pas de vin. Et puis je me couche à dix heures et je mène une vie très sage. Autrement, voyez-vous, je ne l'aurais pas gagnée, votre coupe... » « L'artiste est il seulement un homme ? Demandez aux femmes J'ai l'impression que nous autres, artistes, ressemblons à ces chanteurs de la Chapelle Sixtine qui ont subi une préparation préalable. Notre voix est d'une beauté émouvante. *Seulement, voilà..*, »

L'artiste est plus près de la maladie et de la mort que l'homme normal. Plus corruptible que ce dernier, il a un avant-goût de toutes les perversions, de toutes les dissolutions, de toutes les décompositions.

La Montagne enchantée est une étude littéraire de la tuberculose, dont Thomas Mann nous donne la plus mi-

nutieuse description. Evolution, cure, agonies, tout y est. Sifflement du pneumothorax, faciès émaciés, toux molle « pareille au gargouillement informe des tissus en décomposition », élégances suspectes, agitation libidineuse du sanatorium. L'influence de Freud se fait sentir. L'intoxication microbienne produit une ivresse fiévreuse de la pensée. « La maladie elle-même n'est-elle pas une frénésie orgiaque de l'organisme, une volupté secrète et malsaine, une poussée perverse d'érotisme latent, une forme masquée et déréglée de l'éternelle libido ? » L'écrivain allemand note l'attirance des phtisiques, cette « fuite dans la maladie » qui attire le héros vers « le mystère inquiétant d'un corps si désirable et pourtant intérieurement miné et vermoulu... »

« Deux chemins conduisent vers la vie. L'un est le chemin normal, il est tout droit, uni, simple et loyal. L'autre est pire et il passe près de la mort. C'est le chemin génial ». Ceci suffit pour croire que l'œuvre de Thomas Mann doit être d'un grand intérêt pour le médecin que préoccupe le problème de l'inspiration littéraire et pour celui qui étudie la psychologie des tuberculeux.

***

Dans le même numéro du *Mercure*, Jules Marsan publie les lettres de Paul Verlaine à son médecin, le docteur Jullien. Détails précis sur ses séjours dans les divers hôpitaux et sur son ankylose incomplète du genou, d'origine gonococcique. Il la veut « *rhumatismale* ». « Ah ! M. Brun, parlant de mon mal à un confrère venu à Broussais pour une opération, et qui suivait la visite s'ensuivant, lui dit : une arthrite *génitale* probablement. Qu'est cela, *bone Deus* ! »

Le docteur Jullien protégea toujours le pauvre Lélian. En mai 94, il intervenait encore pour le faire entrer à l'hôpital Saint-Louis, et dut régler lui-même les premiers frais. Trois mois plus tard, il fut des quinze souscripteurs qui, par l'entremise du *Figaro*, s'associèrent pour lui assurer une pension mensuelle. Cette fidélité fait honneur au corps médical.

***

Enfin, je signale deux articles de réponse de deux professeurs de la Faculté des Sciences à Marcel Coulon, auteur du *Génie du J.-H. Fabre*, dont j'ai eu l'occasion de parler ici-même. Marcel Coulon a insisté à plusieurs reprises sur l'hostilité que témoigna le monde officiel à celui qu'on a appelé l'Homère des insectes. Si j'avais pu douter de cette hostilité, la réponse des deux « Maîtres » dans *le Mercure de France* m'aurait édifié. On dirait d'une réponse fielleuse de réunion publique. C'est sec, hautain, dédaigneux... et cela me fait sourire. On y rabaisse J.-H. Fabre ; on va même jusqu'à dire qu'il ne sait pas écrire. C'est tellement exagéré que le lecteur penche naturellement vers celui qu'on attaque ainsi. Les faits ! les faits ! on dirait que ceux au nom desquels on écrase Fabre sont définitifs... Voulant être très insolents, les deux « Maîtres », dont, certes, nous ne mésestimons pas la valeur, affichent de ne pas vouloir prononcer le nom de Marcel Coulon, piètre personnage pour eux ; lâchant les insectes, ils corrigent le style de ce critique dont les travaux sont heureusement suffisamment appréciés, pour supporter de plus vigoureux coups de griffes... Je n'insiste pas. Coulon a répondu dans le numéro suivant avec dignité. Je laisse à mes confrères qui liront le *Mercure de France* le soin de réfléchir sur l'état d'esprit d'hommes souvent éminents, mais irrémédiablement déformés. Paul VOIVENEL.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel de cardiologie pratique, par M. le professeur SCHRUMPF-PIERRON in-8, 67 figures. Prix : 28 fr. Librairie Norbert Maloine 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris VIe.

L'auteur a laissé de côté tout ce qui est inutile, trop scientifique, trop spécialisé. Il s'est efforcé de faire le choix, nécessaire pour un manuel, entre ce qui est indispensable et ce qui peut être passé sous silence ; il y est parfaitement arrivé.

Un grand soin a été apporté aux dispositions typographiques qui facilitent la lecture et la compréhension : titres et sous-titres en différents caractères, accentuation de tous les passages qui sont principalement à retenir, concentration en quelques lignes des principes fondamentaux, rien n'a été négligé pour faciliter la tâche du lecteur.

Les méthodes instrumentales ne sont rappelées que dans la mesure où elles sont nécessaires à la pratique, « parce qu'il ne faut pas que le praticien s'exagère l'importance de ces méthodes subtiles » ; presque toute la place est accordée à des prescriptions cliniques, mises à la portée de tous et rédigées pour cela avec une clarté et une simplicité qui ne laissent rien à désirer. Un soin tout particulier est accordé à la thérapeutique cardiovasculaire.

Livre à la fois très personnel et très utilitaire, dans lequel l'esprit scientifique se concilie admirablement avec l'esprit pratique et pédagogique ; en faisant honneur à des Maîtres tels que Vaquez et Bard, ce manuel sera d'une aide précieuse aussi bien aux praticiens qu'aux étudiants.

Choses du terroir Castrais, par le Dr Charles VIDAL, in-16, 208 pages. Prix 7 francs 50. Paris IXe, 6, passage Verdeau, éditions Occitania.

La coquette collection publiée par le bon éditeur E.M. GUITTARD sous le nom de Bibliothèque Occitane, vient de s'enrichir d'une intéressante unité.

Dans un style agréable et c'air, le Dr Charles Vidal nous fait faire un merveilleux voyage à travers un des plus beaux coins de notre France. Il nous initie à la vie Castraise. Se souvenant qu'il est médecin, il nous dit certaines particularités professionnelles anciennes et fait valoir quelques-unes des gloires médicales émanées du terroir. Il promène ensuite le lecteur à travers plusieurs curiosités et superstitions médicales d'autrefois et d'aujourd'hui. Puis c'est la belle randonnée à travers la Montagne noire, avec ses roches entassées, ses gorges profondes, ses légendes diaboliques. De ses courses dans Castres et ses environs, de ses excursions dans les Cévennes, il rapporte un énorme et magnifique bouquet, de proverbes occitans, qu'il nous présente avec leur traduction française comme une émanation de la solide sagesse languedocienne et albigeoise. Cela le conduit tout naturellement à conclure par la reproduction d'un vœu qu'il présenta naguère à Angers au Congrès à l'Union des A.. vœu qui tend à faire inscrire au plus tôt dans les programmes du baccalauréat l'histoire et la littérature régionales.

Barème à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente en matière d'accidents du travail, par le Dr Lucien MAYET, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin-expert près les Tribunaux. Un volume de 128 pages, format 9,5 × 15 cm., avec figures schématiques dans le texte. Prix : 6 francs, franco, par poste : 6.15, franco par poste recommandée : 6,65. (A. Poinat; éditeur 21, rue Cassette, Paris (VIe).

Ce petit livre — dont une grande partie de l'édition s'est trouvée souscrite d'avance — a été destiné par l'auteur à guider les praticiens auxquels leurs clients, victimes d'accidents du travail, demandent quelques renseignements sur le degré de l'incapacité dont ils restent atteints.

En réalité, l'ouvrage du docteur MAYET sera bientôt entre les mains de tous ceux qui, à un titre quelconque, ont à s'occuper d'accidents du travail.

Clarté, concision, précision, schémas chaque fois qu'il est utile de préciser un angle d'ankylose ou la valeur d'un segment de membre, telles ont été les directives suivies. Elles traduisent le plan de l'ouvrage et indiquent les services qu'il rendra.

Collection Nelson à 5 fr. 75 le volume relié toile crème, René BAZIN, de l'Académie Française « *La Barrière* ».

Dans cette œuvre d'une haute inspiration, le distingué romancier a fait ressortir le contraste de deux mentalités, l'anglaise et la française, et de deux religions, l'anglicane et la catholique.

A. DE LAMARTINE, « *Raphaël, Graziella* ».

Cette édition réunit en un seul volume les deux épisodes célèbres des « Confidences ».

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT

Excursions dans les Vallees de la Bièvre, de Chevreuse et aux Vaux-de-Cernay.

par services d'Auto-Cars jusqu'au 11 octobre 1925

Dans le but de permettre aux Touristes de faire d'agréables excursions dans une région pleine d'attraits, les Chemins de fer de l'État ont organisé des services d'auto-cars au départ de leur gare de VERSAILLES *rive gauche*. Ces services comprennent deux circuits quotidiens l'un, dans la matinée, pour la visite de la Vallée de la BIÈVRE, l'autre, dans l'après-midi, pour la visite de la Vallée de CHEVREUSE.

Indépendamment de ces deux circuits quotidiens, un troisième circuit périodique permet, les jeudis, dimanches et jours fériés, la visite de la Vallée de Chevreuse et des Vaux-de-Cernay.

Les billets sont délivrés aux Bureaux des renseignements des gares Paris-Saint-Lazare, Paris-Montparnasse et Paris-Invalides et à la gare de Versailles-Rive-Gauche.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 35. **Le Numéro : 50 Centimes** 29 AOUT 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies........... **30** fr.
Belgique et Italie............ **40** fr.
Union postale................ **50** fr.
Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

IIIe Congrès national espagnol de Pédiatrie. Saragosse, 5-10 octobre 1925. *Invitation aux médecins français.* — Renouvelant l'invitation faite l'an dernier au Congrès national français de Pédiatrie, le Comité d'organisation du Congrès et son secrétaire général adressent à nouveau une cordiale invitation aux médecins français, les engageant à assister aux Congrès, à y présenter des communications et leur réserve un accueil particulièrement sympathique.

Le Comité s'occupera de loger les Congressistes. Nous ne saurions trop engager nos confrères à répondre à l'aimable invitation de leurs collègues espagnols.

Ils seront reçus à Saragosse comme on sait recevoir en Espagne et ils pourront assister aux fêtes merveilleuses du Pilar.

Les chemins de fer espagnols accorderont 50 % de réduction.

Des avantages devant être accordés par le gouvernement français, les médecins qui désireraient se rendre au Congrès de Saragosse sont instamment priés d'envoyer leur adhésion avant le 1er septembre.

Pour adhésions et renseignements, s'adresser au Président de la Société de Pédiatrie ou au Dr Mathé, à l'A. D. R. M. Faculté de Médecide de Paris, salle Béclar.

Extrait du règlement :

Art. 1.— Le Congrès National de Pédiatrie se réunira à Sarragosse du 5 au 10 octobre.

Art. 2.— Les médecins et toutes les personnes qui s'occupent des divers problèmes intéressant l'enfant peuvent participer au Congrès. Le prix de l'inscription est de 30 pesetas.

Art. 3. — Les membres actifs pourront prendre part à tous les actes, discussions, votes du Congrès et recevront le compte rendu ; ils jouiront de tous les avantages accordés aux Congressistes.

Art. 4.— Peuvent participer au Congrès comme membre adhérent les parents des congressistes membres actifs et les étudiants dans leurs dernières années de scolarité. Ils payeront une cotisation de 15 pesetas. Ils profiteront des divers avantages accordés aux congressistes, mais ne pourront prendre part aux votes ni recevoir le compte rendu du Congrès.

Art. 5. Les inscriptions et cotisations sont reçues par le Dr Antero Noailles, calle del Coso 1, jusqu'au 31 août.

Art. 6. — Les médecins hispano-américains sont particulièrement invitée à assister à ce Congrès et profiteront des mêmes avantages que les nationaux.

Art. C. Les communications doivent être adressées au Secrétaire général. Les manuscrits doivent être adressées au secrétaire général. Les manuscrits doivent être écrits à la machine.

Faculté de médecine de Lyon. — *Clinique médicale infantile.* Professeur : M. Georges Mouriquand. *Cours de perfectionnement* 1925. Un cours de perfectionnement aura lieu du 2 au 15 novembre 1925, sous la direction de M. le professeur Mouriquand, avec la collaboration de MM. Pehu, Gardère, Dufourt, médecins des hôpitaux, Bertoye, chef de clinique, et Bernheim, attaché à la Clinique infantile.

Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la Clinique de chirurgie infantile (professeur Nové-Josserand) qui aura lieu à la même époque.

Programme

1° *Leçons et démonstrations.* — Tous les jours, à 3 h. 1/4, à la Clinique médicale infantile.

Lundi 2 novembre. Notions pratiques sur l'alimentation du nourrisson (normal et pathologique). — Mardi 3 novembre. Diagnostic et traitement des angines et de la diphtérie. Pratique de la sérothérapie. Anaphylaxie et antianaphylaxie. — Mercredi 4 novembre. Diagnostic et traitement des maladies gastro-intestinales du nourrisson. — Jeudi 5 novembre. Diagnostic et traitement des pneumonies et broncho-pneumonies de l'enfant. — Vendredi 6 novembre. Diagnostic et traitement de la tuberculose infantile. Du pneumothorax chez l'enfant. — Samedi 7 novembre. Diagnostic et traitement des cordiopathies et des albuminuries de l'enfance. — Lundi 9 novembre. Diagnostic et traitement des syndromes endocriniens chez l'enfant. — Mardi 10 novembre. Diagnostic et traitement des dystrophies infantiles (anémies, athrepsie, rachitisme, obésité, diabète, maladies par carence). — Jeudi 12 novembre. Diagnostic et traitement des méningites, de l'encéphalite et de la paralysie infantile. — Vendredi 13 novembre. Diagnostic et traitement des convulsions, de la spasmophilie et de la chorée. — Samedi 14 novembre. Des thérapeutiques nouvelles en médecine infantile.

2° *Les examens cliniques* auront lieu : à la Clinique médicale infantile les lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la Clinique chirurgicale infantile de M. le professeur Nové Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le droit d'inscription est de 150 francs pour le cours de médecine infantile, et de 200 francs pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantiles.

Des inscriptions seront reçues au Secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1925. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressés seraient prévenus en temps utile.

Médecine navale. — Parmi les corps de la marine il n'en est peut-être pas un qui traverse actuellement une crise plus grave que le service de santé. On sait quel rôle important lui est dévolu. A terre, les médecins de marine dirigent les hôpitaux, enseignent dans les écoles chargées d'assurer le recrutement du corps. A bord le médecin est responsable de la vie et de la santé d'équipages parfois considérables. Il soigne les blessés, veille à l'hygiène à la nourriture, est pour le marin un éducateur, souvent un confident. Rôle délicat. Il exige des qualités morales élevées, une formation professionnelle d'autant plus solide qu'elle est privée du stimulant que donnent à un médecin civil la diversité des cas, la possibilité

d'une pratique sans cesse développée. La marine devrait donc pouvoir compter, comme l'armée, sur un corps médical de premier ordre, fourni par un abondant recrutement.

Il s'en faut de beaucoup que les conditions indispensables à cet état de choses soient remplies. Les médecins de la marine, et pour la plupart ceux des colonies, sortent de l'école de santé de Bordeaux. De 1907 à 1911, le nombre des candidats y fut en moyenne de quatre pour une place. La proportion a décru, de 1919 à 1923, d'une manière véritablement inquiétante. Le nombre moyen des candidats a été de 165, celui des places offertes à ce « concours », il faut l'avouer, au moins singulier, de 218. Il a été sans cesse en décroissant. Il s'élevait encore, en 1919, à 236 pour 276 places. Il n'était plus, en 1923, que de 103 pour 148 places. En 1924, le nombre des places mises au concours fut d'environ 150. Les écoles annexes de médecine navale forment la plupart des candidats à l'école de Bordeaux. Ceux-ci, par tradition ou par relations, se recrutent dans la bourgeoisie des villes de la côte. Ces écoles ne comptaient plus l'an dernier qu'un total de 58 étudiants.

Les démissions — signe infaillible de la crise que traverse un corps de fonctionnaires — se sont multipliées. En cinq ans, de 1919 à 1924, 78 médecins de 2e classe et 17 médecins de 1re classe ont quitté la marine. Si l'on ajoute à ce chiffre 10 médecins de 1re classe, actuellement en congé hors cadres, on constate qu'un total de 105 officiers, soit le tiers des effectifs, est rentré dans la vie civile.

Les causes de cette crise sont multlples. La disproportion entre les avantages offerts par les situations médicales civiles et les situations militaires s'est considérablement accrue depuis l'armistice. De plus en plus les médecins de la marine cèdent à la tentation de s'installer dans les ports ou sur les côtes, où tant de relations et d'amitiés les attirent vers la clientèle civile.

Mais, dans l'intérieur même des cadres de la marine, les médecins constatent avec regret des inégalités de traitement qui les choquent. Un jeune homme qui embrasse la carrière d'officier combattant peut entrer à l'Ecole navale à 17 ans. Il en sort deux ans plus tard. Il peut être promu enseigne de vaisseau de 1re classe à 20 ans. Le médecin de marine débute dans la carrière avec quatre années de retard. Les six années d'études ne lui permettent pas d'être nommé médecin de 2e classe avant l'âge de 24 ans. Si l'on compare l'âge moyen des officiers supérieurs de la marine, on constate, par exemple, que celui des capitaines de corvette est de 37 ans euviron, celui des ingénieurs des constructions navales du grade correspondant de 32 et demi, celui des commissaires de 40 et celui des médecins de 40 et demi. De même le médecin principal, dont le grade équivaut à celui de capitaine de frégate, à 51 ans, soit dix ans de plus que son camarade officier de marine. L'âge moyen des capitaines de vaisseau est de 50 ans. Celui des médecins de même grade est de 56 ans et demi. Les conditions de limite d'âge ne sont pas moins défavorables au corps des médecins de marine et expliquent l'avancement relativement lent dont il souffre. Alors que la limite d'âge des amiraux a été abaissée à 62 sns, elle est restée fixée à 65 pour les médecins généraux, d'où un retard considérable et un long piétinement imposé, par là même, à l'ensemble du corps.

Est-il possible d'escompter des remèdes rapides à cette crise ? Il s'en faut, d'ailleurs, qu'elle soit spéciale à la France. Aux Etats-Unis et en Angleterre, la marine a, elle aussi, ses plus grandes peines à recruter ses médecins. C'est ainsi qu'en 1923 le corps de santé américain, qui devrait posséder 1.225 médecins, n'en comptait que 751 et qu'en Angleterre le rapport du comité parlementaire nommé pour enquêter sur les économies à réaliser constatait la difficulté extrême que rencontrait le recrutement des médecins de marine, presque entièrement boycotté par les jeunes intellectuels anglais. Dans la marine française, où les officiers sont restés si sensibles à certains détails de prestige, à certaines satisfactions morales, il serait, semble-t-il, assez facile de donner aux médecins embarqués des prérogatives les assimilant complètement aux officiers combattants. C'est ainsi que rien ne devrait s'opposer à ce que la présidence de table fût, dans les carrés d'officiers subalternes et supérieurs, toutes conditions d'âge et de grade remplies, dévolue avec plus de facilité à un médecin. De même il apparaît comme assez anormal que dans les commissions de placement chargées de régler l'avancement des médecins et des pharmaciens chimistes la majorité ne soit pas acquise aux officiers généraux du corps de santé, qui sont les véritables chefs de la médecine navale.

D'autres mesures seraient sans doute, par ces temps de vie difficile, infiniment plus efficaces et propres à remédier à la crise. La première serait l'abaissement de la limite d'âge et, par là même, l'accélération de l'avancement. On pourrait concevoir également un système de retraite proportionnelle permettant aux médecins de quitter la marine quand, relativement assez jeunes, ils auraient épuisé, à leur gré du moins, les satisfactions qu'ils peuvent attendre dès les débuts de la carrière, quand ils auraient suffisamment voyagé et atteint l'âge où ils peuvent courir les risques d'un établissement dans la vie civile. Il est à espérer que le relèvement des soldes accordé aux fonctionnaires militaires comme aux fonctionnaires civils par le Parlement ralentira sensiblement l'exode qui menace de priver le corps de médecine navale de ses meilleures unités. En tout cas, cette amélioration modeste de la situation matérielle des médecins de marine doit s'accompganer d'autres mesures immédiates, telles que l'abaissement de la limite d'âge et la réorganisation du corps. Elles seraient comme le prélude à la réforme d'ensemble que doit constituer le statut du personnel de la marine, à l'étude depuis si longtemps. Il n'a pas encore été mis sur pied. C'est cependant la condition essentielle de la sécurité matérielle et morale des différents corps d'officiers de marine (*Le Temps.*)

TRAVAUX ORIGINAUX

Les variations du soufre dans le sérum des mélanodermiques

Par MM. LOEPER, J. OLLIVIER et J. TONNET

Le rôle du foie dans l'oxydation du soufre est à ce point prépondérant que la proportion du soufre oxydé varie avec l'intégrité du parenchyme hépatique. Cette proportion s'évalue habituellement par le dosage dans l'urine du soufre total dont le rapport est en général de 85 à 90 %. Nous avons cru intéressant d'étudier le rapport sulfatémique, c'est-à-dire le rapport de $\frac{S.O.}{S.T.}$ dans le sérum.

Voici notre méthode : nous prenons 50 cmc. de sang dont nous recueillons le sérum. Nous précipitons ce sérum par l'acide trichloracétique et filtrons. Nous divisons la liqueur en deux parties : l'une où nous dosons le soufre acide après hydrolyse chlorhydrique, l'autre où nous dosons le soufre total en oxydant tout d'abord le soufre neutre par le chlorate de potasse. Les deux épreuves se terminent par la transformation en sulfate de benzidine. Le premier chiffre représente le soufre oxydé, sulfates et sulfo-conjugués ; le deuxième le soufre total. La différence donne le soufre neutre.

Le soufre total du sang oscille, à l'état normal, entre 8 et 10 centigrammes. Dans ce total le soufre acide entre environ pou 80 % et le soufre neutre pour 20. Le rapport sulfatémique est donc du même sens que celui des urines; pourtant en général un peu plus bas, ce qui prouve la participation du rein dans *l'oxydation du soufre*. Nous trouvons en effet dans un purpura 88 % dans le sang et 96 % dans l'urine ; dans une broncho-pneumonie 81 % dans le sang et 94 % dans l'urine ; dans une cirrhose 58 dans le sang et 65 dans l'urine.

Le rapport sulfatémique s'abaisse dans les états hépatiques comme s'abaisse le rapport sulfaturique, mais le soufre total y est en général accru puisqu'il atteint jusqu'à 15 centig. et l'oxydation du soufre y est réduite puisqu'elle peut ne pas dépasser 60 %. Fait important : les chiffres les plus élevés de soufre total sont obtenus dans les *cirrhoses pigmentaires* où l'insuffisance d'oxydation du soufre est également réduite au minimum.

Voici quelques résultats :

	S. O.	S. N.	S. T.	Rapport
V. Ictère cancer vésicule	0,066	0,016	0,082	80 %
M. Cirrhose	0,09	0,03	0,12	75 %
V. Ictère-Légère pigmentation	0,10	0,042	0,143	71 %
L. Cirrhose pigmentaire	0,083	0,034	0,117	71 %
S. Hépatite pigmentation	0.07	0,05	0,12	58 %
V. Cirrhose bronzée	0,092	0,06	0,15	60 %

Ces deux phénomènes méritent d'autant plus d'être signalés que la mélanine qui infiltre l'épiderme des cirrhoses pigmentaires contient une proportion de soufre de 7 à 9 %. Le rôle du soufre dans la genèse de la pigmentation apparaît donc comme probable. Il l'est d'autant plus que, dans une même cirrhose pigmentaire, nous avons vu le taux du soufre total s'abaisser ainsi que celui du soufre neutre et la proportion de soufre oxydé s'élever au fur et à mesure de la dépigmentation des téguments.

	S.O.	S.N.	S.T.	Rapport
Mme V. cirrhose pigmentaire	0,092	0,06	0,15	61 %
amélioration	0,09	0,04	0,13	69 %

Nous avons voulu par comparaison étudier le sérum des addisonniens : chez l'un d'eux le soufre total du sang atteint 23 centig. ce qui est énorme ; le taux du soufre neutre atteint 47 % et celui du soufre oxydé ne dépasse pas 53 %. La mélanodermie de l'addisonnien ne diffère pas histochimiquement de celle des cirrhotiques. Il est remarquable de voir que le sang y accuse des variations de même ordre du soufre total et du soufre neutre.

Nous verrons dans une autre note ce que donne dans ces pigmentations l'étude parallèle de l'amino-acidémie.

FAITS CLINIQUES

Crise nitritoïde à détermination utéro-placentaire occasionnée par un traitement arsenical à dose faible par la voie buccale, survenue au huitième mois d'une grossesse.

Début de travail enrayé par un traitement sédatif ; accouchement à terme trois semaines après.

Par A. MORIEZ (de Nice).

On a récemment signalé plusieurs cas de grossesses se terminant par l'expulsion prématurée du produit de la conception au cours des traitements antispécifiques par l'arsenic ; la plupart des faits relatés se rapportant au traitement par novarsénobenzol et par voie endoveineuse. l'observation qui fait l'objet de cette note, présente, nous semble-t-il, un certain intérêt documentaire, car le début de travail s'est manifesté au cours d'un traitement au stovarsol administré par la voie buccale à doses prudentes.

Je donnai en consultation avec le Dr Rosso, chirurgien de l'hôpital St-Roch, mes soins à une primipare de trente ans environ, dont l'état de santé habituel est excellent. Cette femme était enceinte d'à peu près huit mois et l'évolution de sa grossesse paraissait devoir être des plus régulières, lorsque l'un de nous pratiquant un examen obstétrical diagnostiqua un hydramnios de très notable volume.

Nous avions de bonnes raisons de penser à la nature spécifique de cet hydramnios, aussi avons-nous pris le parti d'instituer un traitement prophylactique destiné à prévenir l'évolution possible des accidents chez le fœtus et dans les enveloppes de l'œuf.

Nous voulions agir avec vigueur, sans cependant faire un traitement trop offensif, dans la crainte de déclancher une albuminurie. Je songeai à employer la voie buccale et j'employai le stovarsol, si facile à administrer ; je prescrivis donc un comprimé par jour de 0 gr. 25 centigrammes (le stovarsol est un arséno-benzène pentavalent dont la richesse en arsenic métalloïdique est élevée puisqu'elle est de 27.2 % alors que le novarséno-benzol ne titre que 20 % d'arsenic). La toxicité du stovarsol est réputée faible puisqu'il est admis que l'on peut prescrire quotidiennement des doses de 0 gr. 75 à 1 gramme, soit par séries de 3 à 4 jours en les espaçant, soit d'une manière continue, jusqu'à un taux global de 4 à 12 grammes. Je voulais être très prudent, aussi ai-je prescrit un seul comprimé par jour en surveillant de très près la malade : elle prit en tout six comprimés, soit 1 gr. 50 de stovarsol en six jours ; j'étais loin de supposer qu'une dose aussi faible puisse avoir une répercussion fâcheuse sur la grossesse.

Or, voici ce qui arriva.

Appelé un matin pour visiter cette femme, parce qu'elle avait une fièvre de 38°, je pensais à un refroidissement léger et j'examinais sa gorge lorsqu'elle me raconta que la

veille au soir, elle avait eu, en se mettant au lit, une sensation bizarre de malaise, avec rougeur de la face, nausées, tension abdominale avec tiraillements lombaires ; tout à fait par hasard, elle me raconta qu'elle venait d'observer une strie sanglante dans les urines.

Il n'y avait aucun doute, les tiraillements lombaires annonçaient un début de travail que la strie de sang venait authentifier.

J'avais cru tout d'abord à une poussée aiguë d'hydramnios, néamoins, je suspendis la médication, par prudence. M. Rosso pratiqua dans la journée un toucher vaginal, et il prescrivit le repos au lit et un lavement laudanisé. Tous les symptômes se calmèrent, et le lendemain notre malade put se lever et reprendre sa vie courante ; un mois après elle accouchait d'un bel enfant à terme, du poids de 3 kgs 250 avec un placenta de 500 grs. environ, ce qui donne une relation des plus physiologiques entre le poids de l'enfant et celui du placenta.

Les accidents en question s'étaient passés dans la nuit du 18 au 19 novembre, les urines recueillies aussitôt ont été analysées, et, tout à l'heure les résultats de l'analyse, datée du 24, viendront vous démontrer que les accidents larvés que nous avions observés étaient bien une crise nitritoïde arsenicale à détermination utéro-placentaire.

J'étais toujours, avant les résultats de l'analyse, dans la pensée qu'il s'agissait d'une poussée larvée d'hydramnios aigu, quand le hasard d'une lecture mit sous mes yeux une clinique récente du professeur Gougerot ayant pour objet l'étude des formes cliniques de la crise nitritoïde-arsenicale. Je relevais au cours de cette lecture un exemple de crise à détermination utéro-placentaire survenue chez une secondipare traitée par l'arsenic intraveineux aux doses progressives de 0 gr. 15, 0 gr. 30, 0 gr. 45 ; une seconde injection de 0 gr. 45, faite par M. Gougerot, amena quelques secondes après une bouffée de chaleur au visage, de l'inquiétude, une sensation de chaleur abdominale avec utérus dur, un filet de sang à la vulve et un début de travail, qui dans le cas de M. Gougerot ne put pas être enrayé et aboutit, 13 h. 10 après l'injection intra-veineuse, à l'expulsion d'un enfant vivant, prématuré de cinq mois, qui ne vécut que quelques minutes. M. Gougerot conclut qu'il faut être très prudent en matière de traitement arsenical chez la femme enceinte et qu'il vaut mieux utiliser la voie intra-musculaire, plutôt que la voie intra veineuse.

Nous avons enchéri, pour notre part, sur ces règles de prudence, puisque nous nous sommes adressés à la voie digestive en employant des doses faibles : nous avons néanmoins occasionné une crise nitritoïde larvée, absolument indiscutable en l'espèce, car l'analyse des urines à révélé une ammoniurie de 1 gr. 38 par 24 heures au lieu du chiffre normal de 0 gr. 91 : cette ammoniurie doit être interprétée comme une réaction clinique de défense contre l'acidité urinaire, qui était de 1 gr. 23 (calculée, en acide phosphorique), ceci sans doute en raison de la présence des acides de la série diacétique (0 gr. 18 en acétone) ; il y avait en outre des traces de pseudo-albumine, des acides et des pigments biliaires, un excès de pigments scatoliques et d'urobiline : on peut en conclure que l'organisme fit effort pour saturer par l'ammoniaque les acides provenant d'une désintégration rapide des albuminoïdes.

Ces constatations de chimie urinaire prouvent que les accidents, très discrets du reste, que je viens de relater sont bien en rapport avec une congestion utéro-placentaire d'origine arsenicale.

Que peut-on conclure de ce fait ? Qu'il faut être très prudent : l'idéal, si la chose était réalisable dans la pratique urbaine, serait de titrer la réserve alcaline du sang, comme on le fait chez les diabétiques avant de prescrire le traitement : cette précaution est rarement possible et nous ne pouvons que nous répéter que toute thérapie opérante comporte inéluctablement une part de risques.

CHRONIQUE

Histophysiologie de la puberté. — M. Retterer vient de consacrer un livre important et plein d'idées personnelles à l'étude de la puberté (1).

Il commence par rappeler que l'ovaire et le testicule déterminent manifestement la puberté et provoquent des manifestations morphologiques et fonctionnelles qui ne sont pas identiques d'un sexe à l'autre. Comme on sait qu'à cette époque, l'ovaire expulse un ovule et que le testicule édifie des spermatozoïdes, on a attribué pendant longtemps et avec raison la plus grosse part de ces phénomènes à l'ovulation et à la spermatogénèse.

La découverte de cellules riches en protoplasma granuleux ou graisseux dans le tissu conjonctif de l'ovaire et du testicule est venue modifier la théorie à la suite des travaux de Bouin et de Steinach. L'ovule et le spermatozoïde ne serviraient qu'à la propagation de l'espèce ; les cellules interstitielles influeraient sur les changements qui s'effectuent en l'organisme lui-même. Il existerait dans les glandes génitales une division de travail ; certaines cellules présideraient à la sécrétion externe, et, d'autres, à la sécrétion interne.

Des observations et expérimentations plus rigoureuses et plus prolongées montrent que les phénomènes comportent une interprétation tout autre.

Les cellules de Leydig ou les interstitielles de l'ovaire ne sauraient être les agents de la sécrétion interne. Cette fonction s'établit et se montre plus active à mesure que le nombre des cellules de Leydig diminue. Les cellules de Leydig ou interstitielles sont des éléments conjonctifs qui se chargent d'autant plus de graisse que l'épithélium des tubes séminipares se trouve dans un repos plus prolongé. Elles sont d'autant plus abondantes que la spermatogénèse est moindre. C'est pendant le repos génital qu'il y en a le plus. Dire qu'elles préparent la future spermatogénèse, c'est faire une supposition gratuite. Les cellules interstitielles sont des éléments qui proviennent des cellules épithéliales des tubes ou cordons séminipares lorsque le testicule subit une évolution régressive (hermaphrodisme ou ectopie testiculaire), un grand nombre des tubes ou cordons perdent leur paroi propre, et les cellules épithéliales, selon M. Retterer, se transforment en amas de tissu conjonctif d'abord réticulé, puis fibreux.

Pendant ces métamorphoses, comme lorsque l'ovule s'atrophie (atrésie folliculaire), les cellules épithéliales en voie de transformation ou de résorption fournissent des produits qui, résorbés, doivent agir sur les autres tissus de l'organisme.

Les changements corporels et psychiques de la puberté sont toujours précédés de la prolifération de l'épithélium séminipare ou de l'assise épithéliale qui entoure un ou plusieurs ovules. Il en est de même lors du rut et de la menstruation. Pareille concordance permet de conclure à une relation directe entre la prolifération de ces épithéliums et les manifestations de la puberté ou du rut.

C'est l'épithélium qui, par ses échanges nutritifs, verse dans le sang les principes ou plasmas de la sécrétion interne.

Par la greffe, comme par la résection des canaux déférents, on réussit à transformer l'épithélium en tissu conjonctif, et durant tout le temps que cette transformation a lieu, le tissu conjonctif réticulé est capable d'exercer une action générale sur l'organisme. Même en dégénérant, l'ovule et l'épithélium folliculaire influent sur le développement du tractus génital et sur celui du bassin. Dès qu'un ou plusieurs ovules se mettent à mûrir, que l'épithélium folliculaire se multiplie autour d'eux, l'utérus s'hypertrophie, sa muqueuse en particulier se tumé-

(1) *Puberté et maturité sexuelle*, Doin, édit., à Paris, 1925.

fie et se congestionne. Si l'ovule est pondu, puis fécondé, la muqueuse utérine poursuit son hypertrophie et sa vascularité augmente de plus en plus pour produire un organe capable de nourrir le jeune être jusqu'à sa naissance.

Si l'ovule n'est pas fécondé, la congestion cesse, souvent à la suite de rupture vasculaire, et la muqueuse retourne à l'état de repos.

Or, l'hypertrophie de la muqueuse utérine précède la rupture de l'ovisac ; ce n'est donc point le corps jaune qui la détermine, à moins d'admettre que le corps jaune de l'ovulation précède et prépare la menstruation suivante.

***

L'opothérapie ovarienne. — Il me faut résumer maintenant un article lourd de faits et riche de septicisme (2) où M. Schickelé fait le procès de l'opothérapie ovarienne (1).

On ne peut pas dire qu'il fasse ce procès en procureur requérant contre un coupable, car, parfois, il avance des arguments dont un avocat ferait usage. N'étant ni procureur, ni avocat, disons que M. Schickelé a l'impartialité d'un juge, d'un juge plutôt sévère.

L'ingestion de poudre d'ovaire a donné et donne encore certains résultats, de même que l'injection d'extraits aqueux ou de sucs obtenus par expression.

1° On a parlé de toxicité pour ces extraits, parce qu'on a vu des animaux dépérir rapidement après administration de doses peu importantes.

2° On a parlé d'action hypotensive, la plus généralement observée, et d'action hypertensive.

On observe en même temps un ralentissement passager du pouls. Il y a encore une diminution de la coagulabilité du sang, qui cependant est passagère et peu importante.

3° Les extraits ovariens ont un effet marqué sur le métabolisme : administrés à des bêtes normales, aucun effet ne se produit ; sur des bêtes castrées, tant mâles que femelles, le métabolisme, ralenti par la castration, remonte à son équilibre normal, et parfois même le dépasse de 30 à 50 %.

On a vu une rétention d'azote sous son influence (et on a vu l'effet contraire). L'action des extraits ovariens sur le métabolisme des hydrates de carbone est assez bien connu et peut être fréquemment observé dans les cas d'obésité après castration ; l'injection de substances ovarienne rétablit souvent l'équilibre et fait fondre alors les dépôts de graisse.

Après avoir rappelé ces faits, M. Schickelé *fait le procès des extraits de corps jaune en tant que seuls produits ovariens actifs*. On sait la vogue qu'a eue le corps jaune, comme élément physiologique et comme agent médicamenteux. Les poudres de corps jaunes étaient censés exercer une action supérieure aux poudres d ovaires dans les accidents de ménopause. M. Schickelé n'en a jamais vu d'autres effets que ceux des extraits d'ovaire.

Les extraits alcooliques d'ovaire (et aussi de placenta et d'utérus, d'autres organes encore) produisent une augmentation appréciable de l'utérus chez l'animal.

Des lipoïdes d'autres organes ont d'ailleurs des effets analogues.

A fortes doses, on obtient de l'hyperémie et, à la longue, cette congestion est capable de provoquer un accroissement des tissus.

M. Schickelé a essayé l'action de tels extraits sur l'utérus de la femme en travail. Les extraits de différents organes ont été capables de renforcer les contractions utérines : tels l'ovaire *in toto*, l'ovaire sans corps jaune, le corps jaune seul, la glande pituitaire *in toto*, le lobe postérieur, le lobe antérieur de cette glande, un adénome du lobe antérieur de l'hypophyse, le muscle utérin en état gravide ou non gravide, le foie, la rate, l'estomac, l'intestin, le cerveau et d'autres.

L'effet activateur sur le muscle utérin ne marche pas de pair avec l'effet vasodilatateur.

Pour M. Schickelé, « les substances actives rentrent dans la catégorie des lipoïdes. Cependant, les extraits aqueux d'ovaires et de placenta qui ne contiennent pas de lipoïdes sont également très actifs et donnent une hypertrophie de l'utérin, du vagin et des glandes mammaires. D'après certains auteurs, ces substances actives seraient, tout au moins pour le placenta, des corps aminés. »

Conceptions diverses. — Puis, M. Schickelé signale les faits publiés récemment au sujet des injections de liquide folliculaire.

Il rappelle ensuite les travaux de Seitz sur les lipamines des corps jaunes jeunes et les lutéolipoïdes des corps jaunes en régression. Il a étudié ces deux préparations dans les cas appropriés, sans pouvoir arriver à des conclusions claires ; parfois le résultat était positif, plus souvent peu appréciable ou nettement négatif. R. Frank partant du point de vue hypoplasie, a obtenu des résultats négatifs avec ces préparations, comme d'ailleurs aussi avec d'autres qui se trouvent dans le commerce.

Robinson et Zondek ont obtenu une certaine augmentation du volume utérin avec des extraits ovariens ; mais, d'une part, les extraits de testicules et de glande pinéale ont le même pouvoir et, d'autre part, une augmentation semblable a été obtenue avec des substances aminées (histamine, tyramine) ; or, comme ces substances se trouvent comme produits de décomposition des albumines, dans tout extrait organique, ces auteurs concluent que la légère augmentation de l'utérus après injection d'extraits d'ovaire n'est pas spécifique.

Herrmann pense avoir isolé le principe actif de l'ovaire un phosphatide, à l'aide duquel il a produit une hyperémie et hypertrophie importante des cornes utérines de la lapine.

Critiques générales. — 1° On a eu tort de comparer ces produits préparés suivant des modes différents ; 2° il est inadmissible d'identifier l'effet de sucs ou extraits d'un organe déterminé, avec la fonction physiologique avec le principe actif de ce même organe.

Première conclusion. — « Sans faire violence aux faits, il est possible de conclure que certaines substances actives se trouvent liées à des lipoïdes, qui peuvent être extraits par les procédés habituels, mais d'autre part, ces substances peuvent exercer leur effet indépendamment des lipoïdes... Il est possible que l'endroit de production soit au niveau de la membrane granuleuse du follicule en évolution, et il est d'ailleurs logique d'admettre que le follicule qui évolue sous une certaine dépendance de la cellule ovulaire, soit le porteur d'une fonction importante, qui cesse avec la disparition définitive des follicules lors de la ménopause. Cette substance peut être transmise aux dérivés du follicule, au corps jaune, peut-être aussi aux follicules atrétiques et se trouver dans l'ovaire en général. Nous n'avons pas la conviction que la substance en question se trouve en quantité plus grande dans l'une ou l'autre des différentes phases du développement du follicule. »

Autre critique. — « Il y a moyen de produire des effets analogues avec des substances ne provenant pas d'organes particuliers. L'application hypodermique de lait stérilisé ou de certains dérivés d'albumine provoque des effets analogues aux extraits d'ovaires et de corps jaunes. »

Et une autre critique encore. — La suggestion volontaire ou involontaire de la malade et de l'observateur obscurcit trop souvent la question.

(1) G. Schickelé. — L'état actuel de l'organothérapie en gynécologie : ses bases scientifiques et ses résultats. *La Gynécologie*, mai 1925, p. 295, Vigot, édit.)

(2) Ou pauvre de foi.

Première indication. — *L'ovaire préparé de n'importe quelle façon produit souvent une certaine amélioration dans les troubles vaso-moteurs de la ménopause* mais. « rien de plus inexact, que d'expliquer les résultats par l'effet particulier de la substance ovarienne. »

Puis, une autre critique: les produits que l'on trouve *dans le commerce ont une valeur inégale.*

Certains produits vont à l'encontre du but qu'on se propose : « il arrive que l'absorption de certaines préparations soit en outre suivie de symptômes nettement toxiques, tant sur la bête que sur la femme. Tout récemment j'ai observé une femme à la fin de la quarantaine, dont les troubles après ablation des deux ovaires kystiques avaient obligé le médecin traitant à prescrire des tablettes d'ovaires, préparées par une de nos premières firmes. Après quelques jours la femme est devenue la proie d'une surexcitation nerveuse avec insomnies accompagnées de cauchemars affreux qui semblaient, d'après son dire, la mener à la folie. La suppression des tablettes a été suivie d'une rapide amélioration, puis d'une disparition complète des phénomènes troublants, qui auparavant n'avaient jamais existé et qui n'ont plus jamais reparu. Les troubles post-opératoires n'avaient d'ailleurs presque pas été influencés par les tablettes d'ovaires. »

M. Schickelé interprète de tels cas de la façon suivante : « Des organes mal préparés et insuffisamment conservés auront subi une décomposition avant d'être arrivés au laboratoire, ou encore avant d'avoir passé par les premières manipulations ».

Je signale, en passant, qu'on peut, *peut-être*, trouver d'autres explications.

Deuxième indication : *Les insomnies et les transpirations nocturnes sont peu ou pas améliorées.*

Troisième indication : *l'obésité de la ménopause ou des aménorrhées est souvent diminuée par l'opothérapie.* M. Schickelé pense qu'il s'agit là d'une action sur le métabolisme des hydrates de carbone et, d'autre part, « il est fort possible que secondairement un effet avait encore eu lieu sur la fonction des ovaires, arrêtée ou au moins atténuée pendant un certain temps. Il n'est cependant pas possible de conclure d'une façon précise, car l'obésité peut être d'un côté la conséquence d'un arrêt de fonction des ovaires, étant donné les rapports entre les ovaires et l'assimilation des hydrates de carbone : d'autre part une obésité primaire peut avoir un retentissement sur la fonction des ovaires et supprimer le rythme des époques et la possibilité de conception, temporairement ou définitivement. »

Quatrième indication : *Après la ménopause normale ou post-opératoire, dans le courant des quatre ou six semaines qui suivent l'arrêt des règles, la tension artérielle parfois s'élève* : 15 à 17 pour la maxima que la minima suit à distance à peu près normale. Trois possibilités peuvent alors se produire : après un certain temps, la tension redescend environ à la limite supérieure du chiffre normal, ou bien elle reste autour de 15 et 16, ou enfin elle continue à monter. Dans ce dernier cas, une albuminurie va se développer et petit à petit les symptômes d'artériosclérose se dessineront avec participation des reins, puis du cœur. Les malades, dont la tension ne dépassera pas sensiblement les 15 et 16, n'accusent en général pas de symptômes particuliers.

Quand on a l'habitude de prendre régulièrement, après l'ablation des ovaires, la tension artérielle, il arrivera de suivre petit à petit son élévation, qui peut déjà débuter quelques jours après l'opération.

Ces faits se voient après castration ou à la ménopause. M. Schickelé considère que leur fréquence est particulièrement grande dans les classes aisées.

Il est très difficile, d'après lui, d'abaisser à l'aide d'extraits organiques la tension artérielle de la ménopause. Cependant on peut observer des diminutions passagères.

Une remarque en passant : chez certaines femmes castrées, les troubles apparaissent non pas après l'opération, mais à l'âge où normalement la ménopause aurait dû se produire.

Cinquième indication : le *Kraurosis*. Ces cas ne sont pas très rares. La plupart des personnes n'en souffrent que très peu, mais d'autres se plaignent beaucoup de démangeaisons et irritations continues au niveau des parties externes. Pour cette affection, M. Schickelé relève une infériorité marquée des extraits offerts dans le commerce. Des extraits préparés par lui, au contraire, ont amélioré en peu de temps les souffrances des malades en produisant une certaine hyperémie et succulence des parties auparavant sèches et luisantes.

On voit des cas graves de cette affection après castration chez des femmes jeunes : l'auteur a pu en améliorer un cas par un extrait ovarien.

Sixième indication : *l'aménorrhée passagère des jeunes filles ; les règles trop écartées.* Bons résultats.

Exemple : « Une jeune femme de 27 ans, avait vu après une fausse couche ses époques changer de rythme et se présenter à une distance de 7 à 8 semaines. A ce moment, elle ne perdait que très peu de sang, tandis qu'avant cet accident, les règles étaient parfaitement normales. Un extrait de corps jaune réussit après peu de temps à rendre les pertes plus fortes et à diminuer leur distance. On supprime la médication petit à petit, les règles s'espacent et deviennent moins fortes. La malade reçoit alors de l'extrait de myome: la même amélioration qu'avec le corps jaune se produit. Dès que l'extrait est supprimé, les époques redeviennent anormales, elles s'améliorent après peu de temps à l'aide de l'un des deux extraits. Cet effet a été suivi pendant deux ans, puis nous avons perdu la malade de vue. »

Les troubles menstruels des jeunes filles sont, d'ailleurs, d'un traitement bien difficile. « Il n'existe aucun médicament et aucun extrait qui puisse *assurer* le succès. Certaines pertes trop abondantes sont dues à une contraction insuffisante et trop lente de l'utérus. Il suffit parfois de donner un peu de seigle ergoté pour amener une diminution de la durée et de l'intensité des pertes. L'extrait pituitaire, de glande mammaire, seul ou combiné avec le seigle ergoté, donne parfois des résultats appréciables. En cas d'hypoplasie légère de l'utérus, accompagnée de pertes abondantes, on combinera avec succès parfois des extraits d'ovaire, de corps jaunes avec le seigle ergoté ou les extraits qui agissent particulièrement sur la fibre lisse. En certains cas nous avons vu de bons résultats après application sous-cutanée d'un de ces extraits, tel que placenta, glande mammaire, utérus, sans seigle ergoté. » Mais aussi des extraits d'ovaires, de corps jaunes seuls, amènent parfois la diminution des pertes, sans compter le régime hypoazoté, le bicarbonate de soude, les sels de chaux, les extraits thyroïdiens etc.

« Le traitement que nous appliquons n'est autre chose qu'un tâtonnement, plus ou moins maladroit, dépourvu de presque toute conception scientifique. Mais il y aura toujours l'un ou l'autre médicament ou extrait organique, qui parfois procurera par hasard et passagèrement, une amélioration. De là à vouloir rapporter le résultat à des troubles de l'organe correspondant à l'extrait, il y a une grande distance. »

Septième indication : *les douleurs intermenstruelles* (qui se présentent, à l'encontre de ce que l'on dit, et lit, d'habitude, non pas exactement entre les deux époques, mais plutôt dans la huitaine qui précède le 15e jour).

Les extraits testiculaires, d'utérus, d'ovaire, de corps jaune, de placenta, ont donné parfois à M. Schickelé résultats appréciables et superposables.

Huitième indication : *la stérilité par infantilisme* et M. Schickelé rapporte le cas d'une jeune femme observée en 1911, mariée depuis quatre ans, sans causes apparentes de stérilité qu'une légère hypoplasie (longueur de la cavité utérine tout juste 6 cm. 1/2). Après traitement de

deux mois (extrait d'ovaire), l'utérus avait augmenté et sa cavité mesurait un peu plus de 7 cm. 1/2. Quelques mois après la fin du traitement, la malade est devenue enceinte et depuis elle a eu trois enfants.

Neuvième indication : M. SCHICKELÉ a vu un *homme atteint de myxœdème sérieux* chez lequel l'extrait d'ovaire de vache avait produit un effet thérapeutique des plus remarquables.

Conclusions. « Il nous semble qu'après une observation de ce genre, toute discussion de fond sur l'organo ou l'opothérapie de nos jours paraît superflue, elle aura cependant eu l'avantage, et c'était bien cela le but de la présente étude, de prouver à qui *veut* voir clair que notre conception actuelle est erronée. »

***

Et voici quelques autres travaux sur l'opothérapie ovarienne parus récemment dans des publications étrangères.

SOLOMONS et GATENBY (1) se louent fort du corps jaune, administré par la bouche, dans le traitement de l'oligo ménorrhée et de l'aménorrhée.

Par contre, ils n'ont obtenu aucun succès dans les ménorragies, de rares succès dans la dysménorrhée et troubles de la ménopause.

GUGGISBERG (2) a été frappé de l'action stimulante exercée par les extraits placentaires sur la croissance utérine ; et même, il a vu cet effet chez les animaux castrés, pourvu que la castration ne soit pas trop ancienne. Les effets thérapeutiques dans l'infantilisme sont nuls, sans doute parce que les lésions sont définitives.

IZQUIERDO a obtenu d'excellents et rapides résultats dans la chlorose de la puberté par un traitement où se combinaient les actions du fer, de l'arsenic et des extraits ovariens. Le traitement ovarien à lui seul suffit quelquefois (3).

ASHE a obtenu de bon résultats par les extraits d'ovaire dans certains cas d'épilepsie (4).

Chez le rat, MACHT et SEAGO ont vu que l'ovariectomie diminue la force musculaire et que l'extrait d'ovaire et surtout de corps jaune augmente l'apitude musculaire et cérébrospinal des sujets normaux et ovariectomisés (5).

WOLFF a observé un cas de myasthénie pseudo-paralytique peu de temps après un accouchement ; aggravation avant les règles, amélioration les deux premiers jours des règles. Le traitement ovarien fit merveille (6).

J. B. HARTWELL (7) rapporte trois exemples d'un syndrome caractérisé par une douleur constante et pénible du sein, une menstruation rare et pauvre et une hypo tension artérielle qui furent améliorés par un extrait de corps jaune *per os*.

SCHELL (8) a eu quelques bons résultats et beaucoup de résultats nuls par l'opothérapie ovarienne ou lutéinique, aussi bien dans la ménopause post-opératoire que dans les troubles nerveux de la ménopause spontanée.

SHARLIT, CORSCADEN et LYLE pensent qu'un seul symtôme est caractéristique d'une dysfonction ovarienne, c'est l'instabilité vaso-motrice, provoquant les bouffées si souvent accusées par les malades : et qu'il existe dans l'ovaire (corps jaune comme tissu ovarien), un principe stabilisateur du système vaso-moteur. L'opothérapie ovarienne totale doit faire disparaître les bouffées (9).

(1) *Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire.*, hiver 1924, p. 580.
(2) *Schweizerische medizinische Wochenschrift.* 5 février 1925, p. 114.
(3) *Siglo medico*, 28 avril 1923, p. 411.
(4) *Brit. med. Journ.*, 10 janvier 1920.
(5) Effect of. Ovariectomy and Lutein Injections on Behavior of Rats. *Journal of. comparative Psychology* (avril 1924 p. 151).
(6) Myasthénie grave et insuffisance ovarienne. *Monatsschrift für Geb. und Gynäkologie*, tome 67, août 1924 p. 99.
(7) *Colorado medicine*, mai 1920.
(8) *New. Y. méd. Journal*, 4 avril 1923.
(9) *Amer. Journ. of. Obst.*, juillet 1923, p. 33.

***

La fièvre endocrinienne. ARLOING a publié récemment une intéressante observation de fièvre endocrinienne. Il s'agissait d'une femme de quarante ans, en bonne santé habituelle, sauf quelques incidents liés à sa fonction thyroïdienne : 1° à la puberté, congestion de la glande assez intense pour nécessiter une trachéotomie et signe d'hyperthyroïdisme, qui guérissent après un an et demi d'hydrothérapie froide, de quinine et d'ergot ; 2° à l'occasion d'une émotion, autre poussée.

A l'occasion d'une grippe bénigne, débuta une période de fièvre de vingt mois, caractérisée par deux éléments :

1° température normale au lit et fièvre orthostatique à 37.7°, 38.2° ;

2° influence des règles (élévation pré-cataméniale, abaissement cataménial, l'un et l'autre d'amplitude anormale) : une période d'aménorrhée entraîne la disparition de l'hyperthermie.

Petit à petit, le graphique s'est rapproché d'un type thermique plus normal et un an environ après le début des constatations, sous l'influence de l'hydrothérapie, du traitement opothérapique, on retrouve des fragments de courbe d'aspect physiologique. Il persiste néanmoins une certaine instabilité thermique qui disparut entièrement vers 1921, soit deux ans 1/2 après les premières constatations et sans qu'aucun autre signe clinique notable d'hyperthyroïdisme ait été observé (1).

Henri VIGNES

(1) A propos d'un cas de fièvre endocrinienne. *Rev. française d'endocr.* déc. 1924, p, 403.

MOUVEMENT MÉDICAL

Les paraplégies spasmodiques syphilitiques.

Il semble qu'il n'y ait rien de nouveau à dire sur ce chapitre de la pathologie nerveuse, dont les classiques ont donné depuis longtemps une description complète à tous points de vue. Pourtant il faut reconnaître que les paraplégies syphilitiques sont loin d'être toujours facilement identifiables, malgré l'aide que semblent devoir apporter les examens du sang et du liquide céphalo-rachidien. D'ailleurs les travaux récents insistent sur la difficulté de ce diagnostic. Ils montrent la complexité possible des lésions du névraxe qui ne sont pas toujours systématisées au seul faisceau pyramidal, l'absence dans plus de la moitié des cas d'un syndrome humoral de syphilis. Ils insistent enfin sur la fréquence des formes paraplégiques de la sclérose en plaques, et sur la possibilité de paraplégies spasmodiques relevant d'une myélite non syphilitique, vraisemblablement infectieuse, tous faits qu'on aurait tort de vouloir faire rentrer dans le cadre des paraplégies syphilitiques, sous prétexte que l'étiologie en reste obscure.

Relativement peu fréquentes, les paraplégies semblent en décroissance si l'on compare les statistiques actuelles aux anciennes. Sans doute, le traitement plus précoce et plus actif du chancre qu'on pratique maintenant en est-il la raison.

Leur date d'apparition, difficile à préciser, paraît avoir son maximum de 3 à 10 ans après l'accident initial. La bénignité apparente de la syphilis, l'absence ou l'insuffisance du traitement la favorisent. Souvent le chancre a passé inaperçu aussi faut-il tenir grand compte des antécédents ou des stigmates spécifiques que présente le malade. Mieux que les réactions sérologiques, négatives

dans la moitié des cas, elles permettent de rattacher à sa cause la paraplégie.

Au point de vue clinique, nous ne ferons que citer les symptômes classiques des paraplégie spasmodiques syphilitiques, nous réservant d'insister sur les particularités qui leur sont propres. Quel qu'en soit le mode de début, il est bien rare qu'on ne puisse retrouver à l'interrogatoire de ces malades une phase prodromique de rachialgie, de paresthésies, de troubles génito-urinaires de claudication intermittente de la moelle, dont on sait toute l'importance diagnostique. Souvent même on observe une atteinte diffuse et superficielle du névraxe transitoire et régressive, mais qui annonce des accidents plus graves et définitifs.

La paraplégie, dans les cas les plus rares, débute brusquement, d'abord flasque, puis spasmodique. Le plus souvent elle est spasmodique d'emblée (paraplégie d'Erb), les troubles moteurs s'accentuant progressivement, s'exagérant au cours de véritables poussées évolutives successives puis tendant à se stabiliser, en tout cas ne regressant plus.

Une fois constituée, elle a bien peu de signes à proprement parler spécifiques. Parmi les troubles moteurs, la prédominance de la paralysie à la racine du membre et sur les raccourcisseurs, la paralysie de l'adduction des cuisses (pectine) et de l'abduction toujours plus marquée, ou même l'atteinte plus élective d un membre n'ont rien de spécial à la syphilis médullaire. Ce qui, au contraire, lui est particulier : c'est l'intensité de la contracture. Elle prédomine sur les allongeurs. Elle entraîne une lenteur marquée des mouvements volontaires (qui restent possibles dans la majorité des cas) donnant au malade une sensation de résistance, l'obligeant parfois à s'aider de la main pour achever le mouvement commencé. Contrastant avec le peu de degré de la paralysie, qu'elle précède parfois, elle semble évoluer indépendamment d'elle et pour son propre compte. Dans certains cas elle est exagérée par l'effort. C'est une contracture pyramidale liée au tonus d'action (Foix). Cette hypertonie est un symptôme capital, un des meilleurs signes peut-être de la paraplégie spasmodique syphilitique.

La démarche n'a rien de caractéristique ; elle peut simuler parfois une démarche hémiplégique quand l'atteinte d'un des membres est prédominante.

Les réflexes sont évidemment exagérés : le signe de Babinski est franc, sa zone réflexogène souvent étendue. Les cutanés abdominaux, les pharyngiens même peuvent être abolis, généralement on ne trouve pas de signes d'automatisme médullaire.

Les troubles sensitifs aussi bien objectifs que subjectifs sont presque toujours très discrets, inconstants et variables. Quand ils existent il ne s'agit que d'une diminution des sensibitités sous leurs divers modes, sans qu'on puisse en donner un schéma typique. En tout cas ils ne sont d'aucune utilité pour établir un diagnostic étiologique. « Une paraplégie douloureuse ne doit pas faire songer à la syphilis ».

Par contre, il faut insister sur l'existence à peu près constante de « symptômes sus-lésionnels » au niveau des membres supérieurs consistant en diminution de la force musculaire ou paresthésies avec exagération des réflexes du poignet.

Ces troubles qui peuvent prédominer d'un côté, contribuent encore à donner à ces malades la démarche hémiplégique que nous avons déjà signalée. On doit sans doute les rattacher à des lésions discrètes par artérite de la moelle cervico-dorsale. Ils apportent en faveur de la syphilis médullaire un appoint précieux.

Les troubles sphinctériens sont constants ; nous avons signalé leur précocité et leur valeur diagnostique. Leur modalité la plus nette consiste en mictions impérieuses réalisant parfois une sorte de fausse incontinence : sans doute peuvent-elles s'observer dans la sclérose en plaques, mais d'une façon transitoire, récidivante et toujours d'apparition beaucoup plus tardive. La constipation est un symptôme plus banal.

Quant aux troubles génitaux, leur fréquence, leur constance sont classiques : ils ne sont jamais aussi accusés dans les autres paraplégies. On sait d'autre part qu'ils constituent un signe excellent de syphilis nerveuse.

Si les signes de la série cérébelleuse sont rares, on ne doit cependant pas s'étonner de les noter dans la paraplégie syphilitique, en raison de la diffusion des lésions de myélite. Ils imposeront par exemple à la démarche un certain caractère ébrieux. Mais ils restent discrets, et s'il est vrai qu'il faut plutôt songer à une sclérose en plaques, ils ne doivent pourtant pas faire écarter *à priori* le diagnostic de paraplégie d'Erb, quand de celle-ci on trouve par ailleurs les autres signes.

Il ne reste qu'à signaler enfin la fréquence des lésions méningoencéphaliques associées — paralysie du III, signe d'Argyll, voire même troubles de l'intelligence et de la mémoire — tous signes dont on sait l'importance pour souligner l'étiologie syphilitique d'une lésion nerveuse quelle qu'elle soit.

La prédominance de certaines des particularités que nous venons de noter impose au tableau clinique une allure quelque peu anormale.

Les formes à poussées évolutives sont la règle mais cette évolution par poussées n'est jamais aussi nette que dans la sclérose en plaques.

Les formes fixées ne sont pas rares, cette fixité des lésions pouvant s'installer très précocement, quelques mois après leur début. Nous verrons que le syndrome humoral de syphilis nerveuse y est absent, que le traitement n'a pas d'influence sur elles.

Parfois les lésions prédominent d'un côté réalisant une sorte de Brown Séquard syphilitique.

Enfin la contracture est, dans certaines formes, si marquée qu'elle entraîne une attitude en flexion. Les signes d'automatisme médullaire qu'on observe alors peuvent en imposer pour une compression de la moelle, que l'absence de troubles sensitifs et le contrôle lipiodolé permettent d'éliminer. Ces formes de myélite syphilitique, encore mal connues méritent qu'on y insiste en raison des erreurs de diagnostic auxquelles elles peuvent prêter.

Dans d'autres cas enfin, la diffusion des lésions est au maximum et réalise des formes de transition entre la paraplégie syphilitique, le tabès et la P. G. Ce sont les scléroses combinées syphilitiques et les cas décrits par Guillain et Thaon où s'associent des signes de paraplégie, de l'ataxie et des troubles psychiques rappelant ceux de la méningo encéphalite syphilitique.

Devant la complexité de ces aspects cliniques, l'étude du sang et du liquide céphalo-rachidien n'apporte pas toujours la preuve étiologique que la clinique est impuissante à déterminer. En effet le B.-W. dans le sang est souvent négatif et d'autant plus souvent que la paraplégie est plus ancienne et n'évolue plus. Le liquide céphalo-rachidien présente dans la majorité des cas, une lymphocytose discrète (4 à 7 éléments à la cellule de Nageotte) l'albumine oscille de 0.30 à 0.50. Le Wassermann est souvent négatif ainsi que les réactions de Pandy et de Weichbrot, dont les résultats vont généralement de pair avec le Wassermann et qui, pris isolément, n'ont qu'une valeur restreinte.

Les mêmes réserves s'imposent pour la réaction du benjoin colloïdal. Le syndrome humoral spécifique du liquide C. R. a d'autant moins de chances d'exister que la syphilis est plus âgée, la paraplégie plus ancienne et moins évolutive. Dans la moitié des cas il est négatif et son absence ne doit pas faire rejeter le diagnostic de paraplégie syphilitique.

Aussi reste-t-on souvent embarrassé pour conclure. Il faut alors accorder une grande valeur aux stigmates et aux antécédents spécifiques qu'un examen complet, qu'un interrogatoire serré permettront de trouver. La cause d'erreur la plus fréquente est la sclérose en plaques dans sa forme paraplégique. Il n'existe en effet aucun signe patho-



BIBLIOGRAPHIE

Opothérapie endocrinienne. Les bases physiologiques. Les syndromes. La posologie et l'opothérapie par les glandes à sécrétions internes, par le Dr GUY LAROCHE, 1 volume in-8 de 256 pages avec 17 figures. Masson et Cie, éditeurs. Prix : 12 fr.

C'est pour le praticien que le Dr Guy Laroche a écrit ce livre de pratique basé sur la physiologie et la clinique. Il y apprendra comment les glandes agissent sur l'organisme, comment sont préparés les produits qui lui sont proposés, sous quelle forme ils peuvent être administrés, dans quel cas ? Enfin il connaitra autant qu'il est possible de le faire actuellement les réactions multiples secondaires provoquées dans l'organisme par les glandes.

Après un chapitre consacré à la fabrication des produits opothérapiques et à la posologie en général, le Dr Guy Laroche prend chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue par la plupart des médecins et physiologistes : *le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales et les îlots de Langherans du pancréas.* Il indique pour chacune de ces glandes son action physiologique, son rapport avec les autres organes, les syndromes cliniques, les tests cliniques et biologiques, la thérapeutique : produits, posologie, indications, contre-indications. Un chapitre entier est consacré à l'insuline.

Vagotonies. Sympathicotonies. Neurotonies. Les états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, par le Dr A.-C. GUILLAUME, 1 volume de 282 pages avec 14 figures. Masson et Cie, éditeurs, 14 fr.

L'auteur expose sa classification des états de déséquilibre vago-sympathique. Après avoir reproduit la description d'*Eppinger* et *Hess* et montré que cette conception clinique s'apparente étroitement aux anciennes descriptions des états classés sous le nom de névroses, l'auteur indique les modifications qu'il faut apporter à la description des deux médecins viennois pour la rendre conforme aux états morbides que l'on est amené à observer en clinique. C'est ainsi qu'il isole les deux syndromes de vagotonie et de sympathicotonie, les syndromes de neurotonie alternante et de neurotonie intriquée méconnus par Eppinger et Hess, et qui, pourtant répondent à la majorité des faits observés.

C'est à la description clinique de ces divers syndromes, aux méthodes d'exploration de la vie organovégétative, aux états morbides qui s'apparentent à la vagotonie, à la sympathicotonie et aux neurotonies que l'auteur consacre les chapitres suivants : l'ouvrage se termine par une étude des causes provocatrices de ces états, leur diagnostic et leur traitement.

Montrant que ces divers états de déséquilibre nerveux organo-végétatif sont la conséquence d'états morbides divers *(infection, intoxication, endocrinopathies)*, le plus souvent latents, et qui ne se traduisent que par les signes du déséquilibre vago-sympathique l'auteur met bien en lumière les faits d'observation qui permettent de dépister l'état causal et d'en assurer la guérison par un traitement approprié.

Une large part est faite dans cette étude aux rapports si intimes qui unissent le psychisme aux états vago-sympathiques et aux ressources thérapeutiques offertes par la psychothérapie dans ces états.

La syphilis. Son aspect pathologique et social, par E. JEANSELME. (Collection **Science et Civilisation**. Un volume de VII-405 pages, avec 24 figures, 1 tableau, 6 courbes et 3 plans : 18 fr. (Gauthier-Villars et Cie, éditeurs.)

Aucune maladie peut-être n'est actuellement aussi répandue et n'exerce autant de ravages que la syphilis. Contagieuse au plus haut degré, elle peut atteindre l'individu par des voies multiples, miner son organisme profondément, compromettre gravement sa descendance et porter par là atteinte à la race elle-même. Nul moyen, par conséquent, ne devrait être négligé pour signaler ses dangers et pour la combattre.

L'auteur de ce livre, qui est un syphiligraphe renommé, s'est proposé d'étudier, en se basant sur les recherches les plus récentes, toutes les questions se rattachant à la syphilis. Après avoir fait l'historique de son origine et de sa propagation à travers l'Europe, il montre de quelle façon s'opère la contagion et donne une description détaillée de tous les processus morbides qu'elle détermine et de leurs conséquences parfois très graves. Les études consacrées à la syphilis ignorée, méconnue ou latente et à la syphilis héréditaire offrent un intérêt tout particulier.

M. Jeanselme passe ensuite en revue tous les moyens qui peuvent mettre l'individu à l'abri de la syphilis et examine d'une façon minutieuse les différents remèdes dont on dispose aujourd'hui pour la guérir. Le pouvoir curatif de chacun d'eux et les inconvénients qu'elle offre sont bien mis en évidence et des indications précieuses sont données pour l'emploi de l'un ou de l'autre selon la nature des cas. Toutes les méthodes, enfin, qui permettent de vérifier si la guérison est réelle, sont discutées avec toute la précision nécessaire.

Une nouveauté dans cet ouvrage est la place accordée à la syphilis fléau social. Les ligues, les dispensaires, les mesures législatives des pays étrangers et de France sont décrites avec détail et donnent une idée de l'effort gigantesque déployé pour vaincre ce terrible mal.

Ce livre, remarquable à tous les points de vue, sera ainsi un guide sûr non seulement pour le médecin, qui y trouvera un exposé précis de l'état actuel de la syphiligraphie, mais encore pour tous ceux qui ont le souci de leur santé et de celle de leurs enfants. Tout jeune homme surtout devrait le lire, afin de voir à quelles misères il s'expose s'il ne sait éviter la contagion possible.

Histoire de l'idée laïque en France au XIXe siècle, par Georges WEILL. 1 vol. in-8°, 375 p. Prix : 25 fr. Alcan, éditeur, Paris.

Ce livre continue la série d'études où M. Georges Weill a entrepris de retracer les principaux mouvements politiques et sociaux de la France contemporaine. Son exposé commence à l'époque où la fin des guerres de l'Empire et le retour de la monarchie légitime réveillent les discussions sur les rapports de l'Eglise et de l'Etat ; il se termine en 1905 lorsqu'est votée la loi qui décide la séparation des deux puissances. Ce livre remarquable comporte un chapitre très important sur la critique et la science laïque où le rôle de Littré et de Robin est justement apprécié et mis en valeur ; j'aurai l'occasion de revenir sur ce chapitre.

gnomonique propre à l'une ou à l'autre des deux affections, ni dans l'ordre clinique, ni dans l'ordre biologique. Les mêmes troubles moteurs, sensitifs et réflexes, les mêmes signes cérébelleux peuvent s'observer dans les deux cas : le liquide peut avoir les mêmes caractères dans l'une et l'autre maladie. L'examen oculaire peut aider au diagnostic en montrant dans la sclérose en plaques un nystagmus, une décoloration du champ temporal de la papille ou dans la syphilis un aspect de névrite optique. En pratique, cet examen ne renseigne pas toujours et il faut bien plus se baser sur l'évolution et sur la règle de l'âge : la sclérose en plaques est une maladie des adultes jeunes et dont l'évolution se fait nettement par poussées longtemps régressives.

D'autre part, il est admis maintenant que certaines myélites infectieuses (grippe, scarlatine, typhoïde ou de nature inconnue) peuvent être causes de paraplégies spasmodiques dont le tableau se rapproche beaucoup de celui de la paraplégie syphilitique. Dans ces cas, en l'absence de tout syndrome humoral spécifique, c'est aux antécédents qu'il faudra s'adresser pour établir la discrimination.

C'est beaucoup plus rarement qu'en présence d'une paraplégie en flexion par myélite syphilitique, on discutera une compression médullaire. L'absence de troubles sensitifs, l'absence d'arrêt du lipiodol, l'examen du liquide C. R. qui ne présente aucun des signes habituels de compression, tels sont les éléments du diagnostic encore qu'il existe des cas où la myélite syphilitique s'accompagne de phénomènes radiculaires, en imposant pour un syndrome de compression médullaire.

Le traitement devra être très précoce si l'on veut en espérer des résultats. L'idéal serait qu'il fût appliqué à la phase prodromique. Une fois la paraplégie installée, si le traitement spécifique n'amène pas au bout de quelques semaines une amélioration nette, il est inutile de le continuer. Il peut même être dangereux dans les formes fixées. On ne peut alors que conseiller un traitement palliatif, destiné à lutter contre la contracture, symptôme dont ces malades se plaignent le plus. La cicutine en injections sous-cutanées (de deux à cinq milligrammes par jour) semble sans danger et donne le plus souvent de bons résultats.

A. Lemaire.

BIBLIOGRAPHIE

Rapport sur la sclérose en plaques. Congrès annuel de la Société de neurologie, Paris 1924.

Marquezy. — Thèse Paris, 1924.

L. Girot. — **Les paraplégies spasmodiques syphilitiques. Thèse Paris, 1925. C'est au remarquable travail de notre ami Girot que nous empruntons la plupart des renseignements ci-dessus fournis.**

MÉDECINE PRATIQUE

Diabète et gestation

Par C. COUVREUX

Il n'est pas rare d'observer la *glycosurie* au cours de la puerpéralité. Mais la réaction de Fehling positive n'est alors le plus souvent que l'indice d'une lactosurie purement physiologique qui n'a pas à être prise en considération, ou d'une glycosurie alimentaire qui ne s'accompagne pas d'hyperglycémie et n'exige ni régime ni traitement spécial.

Le diabète vrai au sens clinique du mot, caractérisé par ses symptômes cardinaux : polyphagie, polydipsie, polyurie avec glycosurie plus ou moins intense, prurit génital, est en réalité exceptionnellement observé. Cela tient à ce que souvent le diabète n'apparaît que chez des femmes ayant passé l'âge d'avoir des enfants, et aussi à ce que cette affection entraîne une *stérilité* relative.

Que la gestation survienne chez une diabétique ou bien que le diabète se manifeste au cours d'une gestation, dans l'un et l'autre cas il peut en résulter de sérieuses éventualités.

Premier cas. La gestation évolue sans incidents. La gestation évolue normalement lorsque le diabète est peu grave, et il semble alors qu'elle n'aggrave pas sensiblement la maladie. La glycosurie, sous l'action d'un régime convenable, ne s'accroît pas, l'enfant naît à terme et vivant.

Deuxième cas. La gestation est compliquée par des incidents. Il est plus fréquent de voir survenir des complications, les unes tenant à des altérations de l'œuf, les autres dues à une aggravation du diabète.

1° *Complications du côté de l'œuf* :

L'interruption de la gestation est fréquente : Lépine donne comme proportion : 2 fois sur 5. L'expulsion du fœtus se produit le plus souvent du 6e au 8e mois.

L'hydramnios est une complication assez fréquente ; c'est un hydramnios volumineux qui donne des troubles de compression, qui s'observe surtout dans les cas où il y a état de rétention.

Les fœtus des diabétiques meurent dans les jours qui suivent la naissance une fois sur deux : mais il n'est pas rare de les voir expulser *morts et macérés*. Un fait classique signalé par tous les auteurs, est le développement considérable de ces enfants : presque tous sont plus volumineux que la normale : certains atteignent des proportions telles que l'accouchement est dystocique et que l'extraction est souvent une cause de mort au cours de l'expulsion. On a signalé également des malformations fœtales et anomalies telle que l'hydrocéphalie.

Ainsi que le faisait remarquer Fruhinsholz, ces caractères particuliers de l'œuf des diabétiques rappellent ceux des syphilitiques : gros œuf, gros enfants « inaptes à la vie » succombant à la fin de la gestation ou dès les premiers jours de la vie.

2° *Complications maternelles* :

D'une manière générale, la gestation et l'accouchement agissent dans un sens vraiment défavorable chez les diabétiques.

La glycosurie augmente progressivement, l'asthénie et la dénutrition évoluent rapidement, le plus souvent c'est autour du 6e mois que l'état devient grave : la femme amaigrie, fatiguée, est menacée par l'acidose, et lorsque le coma se produit, il n'y a pas moyen d'en venir à bout.

Souvent l'accouchement agit brutalement à la façon d'un traumatisme : la mort survient aussitôt après l'accouchement ou dans les jours qui suivent. D'ailleurs, dans les suites de couches, ces femmes débilitées et hyperglycémiques, ont tendance à s'infecter facilement et très gravement.

Pronostic et traitement. D'après ce qui précède, on voit que d'une manière générale le pronostic est habituellement grave et pour la mère et pour le fœtus, si bien que la gestation est à déconseiller aux femmes atteintes d'un diabète vrai.

Sur la conduite à tenir, les accoucheurs ne sont pas d'accord. Affaire de sens clinique.

Si la glycosurie, avec hyperglycémie et acétonurie, apparaît chez une femme gravide et qu'on n'arrive pas à maintenir l'équilibre hydrocarboné, on est en droit de songer à interrompre la gestation. En réalité, bien peu d'accouchements provoqués pour diabète ont été réalisés jusqu'à ce jour, et le fait qu'une intervention de ce genre n'a souvent en pareil cas sauvé ni la mère ni le fœtus ne semble pas de nature à déconseiller l'expectative.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Nancy* 16-19 *juillet* 1925)

Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires. (*Suite*).

MM. F. BEZANÇON et DE JONG (de Paris), J. PARISOT et L. CAUSSADE (de Nancy), rapporteurs.

DEUXIÈME PARTIE. — **Adaptation des différents procédés de traitement aux formes cliniques des gangrènes pulmonaires** (étude synthétique). Il faudra modifier les prescriptions dans le sens indiqué par l'état général, par les symptômes, respiratoires en particulier, par le terrain (diabète, poumon lésé par gaz de combat et présentant des lésions bronchiques, tuberculose, syphilis, mycose, amibiase et parasitismes divers), par la genèse de la gangrène (corps étranger des bronches ou du parenchyme, foyer embolisant), par la bactériologie de l'infection (spirilles, association fuso-spirillaire, anaérobies, aérobies, pneumocoque, streptocoque). Quant à établir une concordance entre les formes anatomo-cliniques et les traitements à appliquer, on n'y peut songer de façon rigoureuse ; néanmoins les formes à localisation basse ou hilaire ou bilatérales sont surtout justiciables du traitement endobronchique ; les formes unilatérales, pneumoniques, avec ou même sans cavité nécrotique, lorsqu'elles sont rebelles aux traitements médicamenteux, relèvent du pneumothorax, et en cas d'échec de celui-ci, des interventions chirurgicales, la pneumotomie étant indiquée vis-à-vis d'un foyer abordable sans grosses difficultés, le décollement pleuro-pariétal étant réservé aux foyers inaccessibles. L'infection pleurale commandera aussi l'intervention, mais sans précipitation, et après avoir tenté les injections interpleurales de métaux colloïdaux ou de sérum.

Bref, partant des méthodes les plus simples et les moins offensantes, on n'instituera les méthodes instrumentales plus délicates qu'en cas de nécessité créée par l'échec des autres moyens ; dans tous les cas, une longue persévérance dans la thérapeutique sera de règle, car les retours offensifs des processus infectieux sont particulièrement fréquents.

DISCUSSION DES RAPPORTS ET COMMUNICATIONS SUR L'ANGINE DE POITRINE ET LES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX.

M. Leriche (Strasbourg) communique un heureux résultat obtenu par sympathectomie cervicale gauche combinée à la section des trois derniers rameaux communicants cervicaux et des deux racines du nerf vertébral. Il pose trois questions :

1. *Faut-il opérer ?* — Une statistique de 81 cas donne 53 p. 100 de guérisons vieilles de trois mois à plusieurs années, avec suppression non seulement des douleurs, mais encore des crises.

2. *Quels malades opérer ?* — Certainement pas les cardiaques atteints de grosses lésions : de préférence, semble-t-il, les malades qui ont de l'angine au repos.

3. *Quelles opérations à pratiquer ?* — Pas d'ablations ganglionnaires qui exposent à de multiples accidents, dont l'œdème pulmonaire, mais des sections de rameaux pré ou postganglionnaires. M. Leriche apporte les arguments en faveur de la section de la chaîne cervicale à sa terminaison vers le premier ganglion thoracique, opération complétée par section des trois derniers rami cervicaux et 1er dorsal et des racines du nerf vertébral.

M. le médecin inspecteur ***Delorme*** rappelle le traitement de la symphyse cardio péricardique par la cardiolyse (opération de Delorme). Dans les symphyses étendues ou totales, le dégagement ventriculaire suffit à faire disparaître les troubles ; l'excision partielle des cartilages costaux gauches, peu traumatisante, et évitant l'ouverture de la plèvre, atteint ce but ; après intervention, le cœur diminue de volume, ses battements se régularisent, la dyspnée disparaît, le foie redevient normal ; et les résultats acquis paraissent définitifs.

M. Lian (Paris) insiste sur l'importance clinique des nombreuses angines de poitrine reflexes. Pour les angors organiques, il estime que le mécanisme pathogénique univoque, quelle que soit l'affection originelle, est une surcharge ventriculaire gauche à manifestation douloureuse, déclenchée par les causes occasionnelles les plus variées (effort, décubitus nocturne, émotions, digestion, etc.)

Les angors réflexes résultent de la répercussion sur le plexus cardiaque et le cœur lui-même de perturbations sympathiques provoquées par une affection non circulatoire.

M. Hoche (Nancy) souligne la nécessité de rechercher minutieusement les lésions anatomiques, non seulement dans le cœur ou les vaisseaux, mais aussi dans le plexus cardiaque et les organes ou tissus de voisinage.

Sur le pronostic de l'angine de poitrine. — ***M. Syllaba*** (Prague). Rassemblant après quinze ans d'observation, une centaine de cas personnels, dont 17 ayant évolué favorablement, M. Syllaba avoue l'extrême difficulté de formuler un pronostic, même après constatation ou non de signes objectifs et conseille la plus grande réserve sur ce point capital.

Le traitement des hypotendus. — M. le professeur ***V. Libensky*** (Prague, Tchécoslovaquie), en observant 142 cas d'angine de poitrine, a constaté qu'on pouvait les classer en quelques groupes selon la pulsation de l'ombre cardiaque à l'écran radioscopique, et selon leur pression sanguine. Celui des angineux à pression sanguine basse et à battements cardiaques affaiblis présente le plus d'intérêt au point de vue thérapeutique. Ces cas se sont montrés extrêmement rebelles à toute médication et à la balnéation carbogazeuse. C'est, d'après lui, l'hypotension qui cause, en grande partie, cet échec. Elle traduirait un état spécial du myocarde. Il argumente dans ce sens par des faits analogues chez les hypotendus purs (sans aucun défaut organique ou constitutionnel) qui devenaient facilement asystoliques par suite de diverses influences extérieures (intervention chirurgicale, grossesse). L'administration de digitale était toujours suivie d'une notable aggravation subjective, d'arythmies graves et d'infarctus pulmonaires. Ce syndrome angoissant ne cédait qu'à la suppression de la digitale.

En concluant, l'auteur exprime la conviction que l'hypotension pouvait se révéler quelquefois comme le premier signe déconseillant ou même contre-indiquant l'administration de la digitale.

Pronostic de l'angine de poitrine basé sur l'électrocardiogramme. ***M. Prusik*** (Prague), de l'examen électrocardiographique de 75 angineux, conclut à l'importance primordiale, quant au pronostic, de la valeur du chiffre additionnel des ondes T prises en trois dérivations différentes : plus ce chiffre est bas, plus la mortalité est élevée ; plus il s'élève, plus la mortalité diminue. Ainsi, aux variations progressives du chiffre de 0 à 6 millimètres correspondent des variations de la mortalité de 20 p. 100 à 0.

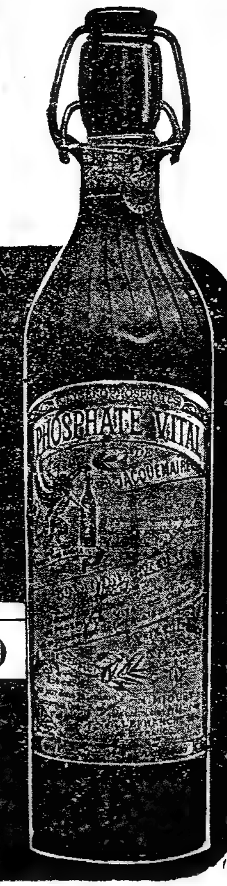
L'émanation du radium dans l'angine de poitrine. Une sympathectomie non sanglante. — ***M. Pelnar*** (Prague). — Les injections intraveineuses d'émanation de radium, d'après la méthode de Vanysek, ont une influence régulatrice sur le sympathique : dans les troubles de vaso-constriction périphérique, dont le type est la maladie de Raynaud, et dans l'angor, elles ont pu avoir le même effet salutaire qu'aurait eu vraisemblablement la sympathectomie.

Aussi remplaceront-elles avantageusement cette dernière, lorsque des conditions générales ou locales, par exemple l'extension de lésions spécifiques vers les vaisseaux du cou la rendraient dangereuse. Elles se montreront précieuses surtout dans les cas où tout le système vaso-moteur sympathique est perturbé.

En cas de troubles vaso-moteurs régionaux, les injections « loco dolenti » ont été pratiquées avec succès.

L'électrocardiogramme et les médicaments cardiaques. — ***M. Henrijean*** (Liège). — Se basant sur les faits d'après lesquels l'électrocardiogramme ne renseigne nullement sur la valeur de la contraction musculaire cardiaque, et peut être observé complet sur le cœur arrêté, se basant ensuite sur de nombreuses expériences personnelles dont il présente en projections les résultats les plus démonstratifs, l'auteur a émis une théorie nouvelle de l'électrocardiogramme : il résulterait de phénomènes électriques prenant naissance par des mécanismes analogues à ceux observés chez les poissons électriques ou dans des tissus capables de changer de forme ; ces phénomènes électriques exciteraient le myocarde, dont la contraction développerait à son tour les courants, bien connus, de toute contraction musculaire. L'auteur montre aussi, par des tracés, l'influence de la respiration et de divers médicaments ou ions chimiques sur le cœur, dont les diverses parties sont liées les unes aux autres et les innervations extrinsèques influencées diversement en présence d'ions différents.

L'action dromotrope positive de l'atropine sur la conductibilité atrio-ventriculaire durant la phase stimulatrice de cet alcaloïde et


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

son utilisation dans les états de blocage. — ***M. Meyer*** (Strasbourg). — Durant sa phase stimulatrice, grâce probablement à son action sympathicotrope et sur le faisceau de His, l'atropine améliore la conductibilité atrio-ventriculaire, ainsi que le montre l'électrocardiographie. Aussi est-il rationnel d'employer les injections intraveineuses d'atropine (1/3 de milligramme) dans les blocages incomplets, sans plus chercher, comme on le faisait jusqu'ici, la paralysie du pneumogastrique à l'aide des plus fortes doses, au risque d'inconvénients sérieux.

L'hypotonie artérielle primitive et son retentissement sur le cœur. — ***M. Dumas*** (Lyon). Caractérisée par la chute des tensions, minima surtout, et l'assourdissement des tons artériels à l'auscultation, l'hypotonie artérielle entraîne une hyperactivité fonctionnelle du cœur (tachycardie, galop, choc globuleux de la pointe) susceptible d'aboutir à l'hypertrophie et à la défaillance cardiaque progressive. La cause de la défaillance devra être cherchée, non dans le cœur primitivement indemne, mais dans le système artériel, que les médications vaso-constrictives, surrénalienne en particulier, viseront à tonifier.

Action du gui, du nitrite de soude, de la trinitrine dans les hypertensions artérielles. — ***MM. Mattéi et Dias Cavaroni*** (Marseille). — Les observations ont été faites sur des hypertendus moyens, exempts de déficience cardiaque ou rénale, mis au repos.

Le gui, qui a baissé assez rapidement la tension maxima, de 3 à 5 centimètres Hg, 6 fois sur 10, et la minima, plus lentement de 2 à 3 centimètres, sur trois des six malades dont la maxima avait été influencée. Ces résultats se maintenaient encore plusieurs jours après la fin de la cure.

Le nitrite de soude non seulement s'est montré un hypotenseur très infidèle (2 fois sur 10) et très faible, mais encore a donné lieu à des poussées hypertensives avec accroissement fréquent de l'indice oscillométrique.

La trinitrine, après une courte phase hypertensive en général a abaissé la maxima de 2 à 4 centimètres, dans 3 cas sur 9, de façon très éphémère.

Somme toute, l'extrait de gui (en injection ou ingestion) est seul un hypotenseur sur lequel on puisse réellement compter, sans crainte d'accidents hypertenseurs passagers; son action, imparfaite il est vrai, peut être complétée par les médications hypotensives agissant surtout sur la minima (purgatifs, diurétiques, régimes tonicardiaques.

Sur l'action cardiotonique du scillarène, en particulier dans les troubles de défaillance du cœur. — ***M. Vautrin*** (Paris) place le scillarène sur le même rang que la digitaline et l'ouabaïne, parmi les toni-cardiaques et insiste sur l'absence d'accumulation et de dangers secondaires qui permettent son emploi prolongé s'il est jugé utile.

Les cures hydro-minérales dans l'angine de poitrine. — ***M. Lassance*** (Bains-les-Bains). — L'hyperexcitabilité sympathique, facteur d'angor, n'est pas justiciable seulement des médications sédatives, opaciées ou autres, de date ancienne ; elle relève des stations thermales radio-actives dont l'action sur les algies viscérales est capable de s'exercer remarquablement sur les crises angineuses qui diminuent et s'espacent.

Crises angoreuses à type clinique de claudication intermittente du cœur. — ***MM. G. Etienne et L. Mathieu.*** — Dans cette observation les crises, survenant au cours de l'ascension d'une pente et obligeant à l'entrecouper de repos, suggéraient de façon frappante une claudication intermittente du cœur, analogue à celle observée aux membres inférieurs.

REVUE DES THÈSES

Le cancer vertébral. (F. Coste, Thèse de médecine de Paris, 1925, Arnette, éditeur.)

Cette importante monographie de 330 pages est une mise au point à la fois très complète et très claire de la question du cancer vertébral qui, depuis Charcot et Tripier, n'avait été l'objet d'aucune étude d'ensemble.

Il était intéressant, comme l'a fait Coste, de réunir les nombreuses acquisitions touchant l'étiologie des cancérisations rachidiennes, les symptômes de la compression néoplasique, l'aspect radiologique des lésions qui sont venues remanier ce chapitre de la pathologie. En France, l'étude en avait été assez délaissée, jusqu'aux récentes descriptions de Sicard. A l'étranger, des travaux assez nombreux lui ont été consacrés, des formes nouvelles étaient isolées et surtout les différents types d'images radiographiques, assez nettement opposés les uns aux autres.

Le cancer vertébral est bien moins rare que ne le représentaient des descriptions classiques. Dans les consultations où défilent de nombreux malades atteints de syndromes algiques rachidiens, c'est à chaque instant que le diagnostic en doit être discuté : sans doute le cancer secondaire, par propagation ou par métastase, est-il beaucoup plus fréquent que la tumeur maligne primitive des vertèbres. Mais, même dans ces cas de cancer métastatique, il importe de savoir que souvent le néoplasme primitif est occulte, qu'il échappe aux recherches, ou que seule la localisation vertébrale le fait découvrir.

D'autre part, la symptomatologie classique de paraplégie douloureuse avec cyphose arrondie ne se réalise que très inconstamment. Au contraire des tumeurs médullaires et même du mal de Pott, où la compression des racines et de la moelle apparaît rapidement, elle se fait souvent attendre dans le cancer : une longue période de troubles vagues, d'algies à localisation plus ou moins caractéristique, dont la bilatéralité doit mettre en éveil, jointe à la latence clinique de la tumeur primitive, peut égarer le diagnostic. On pense à des névralgies banales, sciatiques le plus souvent, car le cancer se localise surtout à la colonne lombaire. Une seule recherche peut à cette période précompressive donner la clé du diagnostic : la radiographie.

La ponction lombaire ne renseignera qu'à une phase ultérieure, elle ne révèle encore aucune albumine rachidienne. L'absence du syndrome de Sicard et Foix, la liberté du transit lipiodolé sous-arachnoïdien, confirment cette absence de compression médullaire à la période de début.

L'étude radiologique du cancer métastatique permet de distinguer trois aspects très différents : le type *ostéoporotique* ou *ostéoclastique*, le type *ostéoplastique pseudo-pagétique*, le type *condensant.*

Le *type ostéoclastique* est le plus commun : réalisé par les métastases de toutes les tumeurs primitives, mais surtout du cancer du sein, il se caractérise par l'*effondrement du corps vertébral*, aplati en *galette*, entre *disques intacts.* Cet aspect, surtout net en vue latérale, s'oppose absolument à l'image pottique, où les disques sont atteints les premiers, se pincent, s'amincissent et s'opacifient, avant que la vertèbre elle-même ne se déforme.

Le *type ostéoplastique* paraît jusqu'aujourd'hui assez spécial aux propagations vertébrales du néoplasme prostatique : le segment lombaire a subi en totalité ou en partie un épaississement considérable. La colonne est élargie par des jetées ostéophytiques aussi exubérantes parfois que dans une ostéoarthropatie tabétique. L'os est densifié, mais inégalement : des plages très noires alternent avec des zones plus claires, — l'ensemble est pommelé, floconneux, comme dans la maladie de Paget, le sarcome, les os iliaques sont transformés de même, — et parfois aussi les pièces très lointaines du squelette où les métastases peuvent naître.

Le *type condensant*, dont le cancer des seins et peut-être certains cancers digestifs sont l'apanage, se traduit aux Rayons, par une densification massive de la vertèbre, *dont les contours demeurent normaux* : c'est la vertèbre noire, la vertèbre d'ébène.

Les constatations anatomiques se superposent aux données radiologiques : l'auteur étudie les différents modes de la réaction osseuse au voisinage des boyaux néoplasiques dans ces trois types de cancer vertébral. Partout domine une métaplasie fibroïde de l'os, avec ou sans apparition calcaire, avec ou sans formation d'os jeune, à disposition irrégulière. Mais le fait le plus curieux que révèle cette étude anatomique est l'existence de lésions « para-cancéreuses », ramollissements osseux sans cancer, susceptibles de déterminer des effondrements vertébraux entre disques intacts. Radiologiquement et cliniquement ces faits peuvent simuler le cancer. On les observe parfois chez des sujets atteints de néoplasme mammaire. De même il existe des densifications vertébrales non cancéreuses et dans les néoplasmes vertébraux ostéoplastiques, on peut voir tout le sque-

lette, non envahi par le cancer, prendre aux rayons l'aspect pagétoïde.

Le substratum de tous ces états para ou pseudo-cancéreux est encore la métaplasie fibroïde de l'os. Cancer épithélial de l'os, ostéite fibreuse, maladie de Paget, ostéomalacie sont réunis par Recklinghausen sous le chef de « maladies métaplastiques de l'os ». C'est là grouper facticement des faits très disparates, mais au point de vue clinique et radiologique, il importe de se rappeler l'analogie possible.

Un chapitre est consacré à l'étude étiologique du cancer métastatique des vertébrés. Quelques épithéliomas glandulaires manifestent une affinité curieuse pour le squelette : ce sont les tumeurs du *sein*, de la *prostate*, de la *glande thyroïde*, de *l'hypernéphrome*. Une telle ostéophilie ne saurait s'expliquer par des conditions purement mécaniques. La théorie de la perméation lymphatique, imaginée par Handley, pour les métastases d'origine mammaire, est très discutable. Des facteurs humoraux, physicochimiques, endocriniens, des affinités tissulaires spécifiques, interviennent certainement.

Un aspect important de cette discussion étiologique est la question si controversée actuellement et si grave de la prédisposition aux métastases, créée par l'intervention chirurgicale et par la *radiothérapie*. On en trouvera dans ce travail un exposé qui résume les discussions poursuivies en France dans ces dernières années.

Les tumeurs primitives des vertèbres, beaucoup plus rares que le cancer secondaire, sont surtout des *sarcomes*, soit ostéosarcomes avec ombres exubérantes et opacité radiologique, soit sarcomes mous avec effondrements vertébraux entre disques intacts, des *tumeurs à myéloplaxes* qui semblent proportionnellement assez fréquentes, des *myélomes*, d'aspect assez particulier.

L'auteur passe en revue les nombreux diagnostics d'affections paravertébrales et vertébrales à discuter en cas de cancer primitif ou secondaire, il insiste sur certaines ostéites vertébrales, sur le rhumatisme vertébral, les spondyloses rhumatismales et traumatiques, les ostéomalacies post-traumatiques, le kyste hydatique rachidien, etc.

Une série d'exemples tend à démontrer l'efficacité relative de la radiothérapie profonde sur le cancer métastatique, de la chirurgie et des rayons sur les tumeurs primitives. Contre des douleurs intolérables de ces maladies, la cordotonie latérale procure de remarquables sédations.

Une très belle illustration avec planches histologiques et 68 films, véritable atlas de radiologie vertébrale, complètent ce travail.

DUBOIS-ROQUEBERT.

L'ulcère peptique du diverticule de Meckel. (J. HUMBERT, Thèse de Paris, 1924.)

L'ulcère simple peptique, du tube digestif peut siéger sur le diverticule de Meckel.

La rareté de cette localisation n'est probablement pas aussi grande, dit l'A., qu'elle ne le paraît. Un certain nombre de cas interprétés jusqu'à présent comme diverticulites lui seront probablement rapportés à l'avenir, quand on pratiquera systématiquement l'examen anatomo-pathologique.

Presque tous les cas, 6 sur 7, d'ulcères peptiques du diverticule étudiés jusqu'ici se sont manifestés par des hémorragies intestinales.

5 sur 7 ont abouti à la perforation.

Néanmoins il est vraisemblable qu'un certain nombre d'ulcères du diverticule peuvent demeurer latents.

La perforation se fait dans la règle en péritoine libre. Seul 1 cas sur 5 a donné lieu à un abcès circonscrit dans l'intérieur du mésentère.

Dans tous les cas, il s'agissait de jeunes sujets, tous des garçons.

La présence de muqueuse gastrique sur les diverticules ulcérés a été signalée de façon constante, sur une étendue variable, toujours siégeant du côté de la pointe (côté distal).

L'ulcère siège avec une fréquence remarquable à l'union des deux muqueuses intestinale et gastrique, sur le diverticule.

L'origine de cette muqueuse gastrique erratique n'a pas reçu jusqu'ici d'explication suffisante, pas plus que celle que l'on rencontre sur le grêle ou l'œsophage, ou la muqueuse intestinale trouvée sur l'estomac.

L'ulcère serait dû :

Pour les uns, à l'autolyse des glandes gastriques par suite d'une activation prématurée, intempestive, de leur proferment à l'intérieur des cellules ;

Pour d'autres au voisinage immédiat des deux muqueuses, par action digestive sur la muqueuse intestinale d'un suc gastrique très actif, à l'état naissant.

L'infection locale ou générale (notamment les mycoses) paraît avoir une action plus problématique et jouer seulement le rôle de cause occasionnelle.

Le diagnostic, basé sur les hémorragies intestinales de caractères spéciaux ne peut être qu'un diagnostic de probabilité.

Le traitement peut être : prophylactique : ablation préventive de tout diverticule rencontré ; curatif : résection dn diverticule dont la technique dépend de la forme, des dimensions, de l'épaississement et des connexions de l'organe.

Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. (S. T. CURTIL, Thèse Paris, juillet 1925, 7 planches, Maloine, éditeur.)

L'A. apporte les résultats obtenus par le Dr Dufour à l'hôpital Broussais, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iodo-benzométhyl-formine (iodaseptine).

L'iode doit être considéré comme un des moyens thérapeutiques les plus puissants dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire. Toutefois, sa forme et son mode d'administration en commandent l'action.

Les iodures sont trop congestionnants et la teinture d'iode qui, pour être plus efficace, doit être employée à doses élevées (Boudreau), donne fréquemment des accidents.

On doit donc recourir à des composés iodés, dont l'iodo-benzométhyl-formine est un des mieux tolérés et des plus actifs. Il a l'avantage de se présenter sous forme de solution injectable qui permet de respecter l'estomac si précieux des tuberculeux.

On emploie une solution au dixième d'iodaseptine et on injecte d'abord des doses faibles, soit 2 cc. par 24 heures, pour atteindre 5 cc. Les injections sont pratiquées en série de vingt jours, séparées par un repos de quinze jours ou plus, suivant les cas.

Les injections se font intra-veineuses ou intra-musculaires. Elles ne donnent jamais de phénomènes de choc, ni d'iodisme.

Cette thérapeutique doit être réservée aux malades ne présentant pas de fièvre à grandes oscillations, aux tuberculeux au début, à lésions peu évolutives, aux tuberculeux à la première période et même à la seconde période. Dans la tuberculose fébrile on injectera, non plus l'iodaseptine, mais la septicémine (di-urotropine, iodo-benzométhylée, Hamant et Méry) à la dose de 4 cc. par jour. On la remplacera par l'iodaseptine dès que la température sera au-dessous de 38°.

Selon le mot de Jacquerod, pour obtenir des résultats tangibles, « il faut avant tout s'y prendre à temps, il faut en outre y mettre le temps ». Deux ordres de faits traduisent l'amélioration des tuberculeux ; l'augmentation du poids, la disparition des bacilles dans les crachats. Ces deux résultats sont rapidement obtenus avec le traitement de l'iodaseptine ; on voit en même temps l'état général s'améliorer alors que le malade peut reprendre ses occupations.

Enfin, le traitement par l'iodaseptine ne contre-indique pas une thérapeutique associée. M. Dufour conseille souvent les pilules de Dioscoride alternant avec l'iodaseptine. Une malade dont M. Curtil cite l'observation, fut traitée à la fois par l'iodaseptine et par un pneumothorax : elle supporta 18 insufflations.

Le travail se termine par onze observations très complètes dans lesquelles les faits sont contrôlés par le laboratoire et la radioscopie ; elles sont précisées par des courbes de température et d'élimination de crachats.

Vaccination obligatoire ou vaccination facultative contre les maladies typhoïdes et contre le choléra dans vingt-huit pays d'Europe. Essai d'enquête internationale par l'Esperanto (Louis Poncet, Thèse de Lyon, 1925.)

II. — La vaccination contre les maladies typhoïdes, ou tout au moins contre la dothiénentérie éberthienne, est ou a été obligatoire pour certaines catégories de citoyens et spécialement pour les militaires, en temps normal ou en cas de guerre ou d'épidémie. dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Tchécoslovaquie, Union des Républiques socialistes soviétiques.

Cette obligation a été instituée, en général, en 1914 ou en 1915.

La vaccination contre les maladies typhoïdes, sans être obligatoire, a été utilisée en grand, surtout dans l'armée, aux colonies et pendant la guerre mondiale, en Grande-Bretagne et en Irlande.

La vaccination contre les maladies typhoïdes n'est pas et n'a jamais été obligatoire et n'est ou n'a été que rarement utilisée dans les pays suivants : Albanie, Danemark, Dantzig, Esthonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse.

Devant les résultats extrêmement encourageants (diminution de la morbidité, atténuation des formes, rareté des complications, abaissement de la mortalité, arrêt d'épidémies), obtenus par la vaccination antityphoparatyphoïdique, on ne peut que souhaiter la généralisation de son obligation.

Mais, à cause des réactions locales et générales assez fréquentes et de rares accidents, surtout devant la répugnance de la population civile à se soumettre à des injections successives et à des réinjections périodiques, et plus encore en raison des pertes économiques représentées par les journées de repos nécessaires, la vaccination ne paraît pouvoir être imposée obligatoirement, en dehors de l'armée, qu'aux personnes particulièrement exposées à la contagion (entourage des malades soignés à domicile ou des porteurs de germes, personnel hospitalier, corporation médicale, etc.), et ne présentant pas de contre-indications.

En outre, toutes les personnes que ces contre-indications auraient empêché de vacciner par cette première méthode, plus certainement efficace et surtout mieux expérimentée, devraient être soumises obligatoirement à la vaccination et à la revaccination périodique par voie buccale, dont le contrôle est plus difficile.

L'adoption de telles dispositions légales ne doit à aucun prix faire négliger les autres mesures prophylactiques et notamment la protection contre les dangers de la contagion d'origine hydrique et fécale.

La vaccination anticholérique n'a en Europe que des indications exceptionnelles et fut utilisée, temporairement et suivant les circonstances, d'une manière obligatoire, surtout dans les pays suivants : Autriche, Grèce, Italie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Union des Républiques socialistes soviétiques ; et, en France, pour les armées d'Orient et du Levant, de 1915 à 1924.

La Société des Nations, par sa commission des épidémies et par son comité d'hygiène et par le bureau de l'Office international d'hygiène publique, est toute désignée pour coordonner la lutte sur le terrain international, en cas d'épidémie grave menaçant plusieurs pays et pour recommander aux gouvernements l'adoption de mesures législatives rendant obligatoires en tout temps la vaccination contre les maladies typhoïdes et, en certains cas, la vaccination contre le choléra.

VARIÉTÉS

Pierre Borel

Sur un grand peintre mort alcoolique — Sur une « poitrinaire »

Au Gai royaume de l'azur. — Le Roman de Courbet. Cahiers intimes inédits de Marie Bashkirtseff

Parmi les jeunes écrivains, il existe à Nice un journaliste de grand talent, dont l'œuvre est déjà importante et laisse prévoir une belle destinée littéraire. Je viens de lire ses trois livres et prends un plaisir délicat à faire participer mes confrères à ma satisfaction. Dans les deux derniers, nous trouvons des indications qui nous intéressent professionnellement, sur Marie Bashkirtseff, dont la biographie fait partie de toutes les monographies consacrées à la psychologie des tuberculeux, et sur la maladie du grand peintre Courbet.

***

Dans la collection « les Beaux livres », superbement présentée par la maison Rey, de Grenoble, Pierre Borel a écrit, avec Pierre Devoluy, un volume consacré *Au Gai royaume de l'azur*. Nulle association ne pouvait être meilleure, car Pierre Devoluy est un parfait écrivain, qui tient avec une autorité indiscutée la critique littéraire à l'*Eclaireur* de Nice. Amoureux de leur pays, préfacés par cet autre amoureux qu'en est Maurice Mœterlinck, Pierre Borel et Devoluy nous en exposent la beauté avec maîtrise. Ils connaissent son histoire et ne manquent pas de nous en signaler avec discrétion les évènements importants. Ils notent au passage les vestiges de l'occupation romaine, nous rappelle qu'en l'an 69 de notre ère, entre Biot et Cagnes, eut lieu la bataille rapportée par Tacite, entre les troupes d'Othon et celles de Vitellius, comptent avec ferveur les monuments romains de la Turbie, d'Hyères, de Fréjus etc... Que de renseignements à recueillir sur les guerres des XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles ! Saint-Raphaël, petit port, résume en deux faits émouvants l'épopée napoléonnienne, le retour triomphal d'Egypte du jeune général en 1779, l'embarquement furtif de l'Empereur déchu pour l'île d'Elbe en 1814. Voici les gracieuses légendes de Sainte Roseline, patronne de Fréjus, dont le ciel sanctifia un bienfaisant mensonge : de sainte Dévote, patronne de Monaco, les légendes sévères de Jehanne d'Entrevaux et du barbier qui vainquit la garnison de Charles-Quint : de Catherine Séguranne, la dona maufacha, la « dame mal faite », qui défendit Nice en 1543. Voici les peintres, écrivains, artistes, musiciens célèbres : Fromentin, Gounod, Alphonse Karr, Claude Monet, P. Signac, H. Rivière, René Ménard, Marius Robert, Henri Lebasque, Paul Arène, Anatole France, Guy de Maupassant, Maurice Mœterlinck, Corot, Meissonnier, Harpignies, Zimm, Cyrille Besset, Rodin, Renoir. Voici, au XVIIIe, Fragonard qui rencontre à Lérins Mlle de Sainval de la Comédie Française, fille de Alziary de Roquefort : voici Rachel qui mourut phtisique au Cannet, au printemps de 1858.

Provençaux et Niçois, les auteurs sont fiers de leur pays. Ils s'indignent de la facilité avec laquelle on attribue aux Sarrazins et aux Italiens une influence qu'ils nient. « On ne réfléchit pas, écrivent-ils à propos d'Eze dont on a fait un village sarrazin, à ce que cette manie a d'absurde et même d'odieux, de vouloir toujours attribuer à d'autres ce que nos pères ont bâti eux-mêmes, et de vouloir à toute force que les gens d'Eze descendent des Sarrazins, comme on veut que nous descendions des Phéniciens, des Grecs, des Romains, des Maures et non point des vrais ancêtres, les autochtones, ceux qui ont défriché, semé, moissonné, duré, absorbé et qui, finalement, ont triomphé, nous transmettant notre langue et son nom. » Ils rectifient dans ce sens les moindres erreurs : le nom de Massif des Maures vient de la couleur sombre des montagnes de la cote d'Azur (« Maure, *moure*, sombre, sinistre, brun, en provençal ») « et non point comme on continue à l'écrire dans la plupart des guides, à cause du souvenir des Sarrazins ». Cet amour intelligent, ce « campanilisme » pourrais-je dire, leur fait signaler, à Grasse, le poète Belaud de la Belaudière (1), du XVIe siècle, qui fut aventurier et bretteur et composa dans sa prison de Moulins quelques très beaux poèmes. Ils nous prouvent que le niçois est un pur dialecte d'Oc, et non ce « baringouin » italien dont se moquait Jean Lorrain, et ils citent l'autorité imposante de Cavour : et, en fervents des arts et de l'archéologie, ils décrivent, avec une fierté qui ne fait pas la mijaurée, les merveilleux rétables qui enrichissent partout les pays, jusque dans les églises des plus infimes villages. Il y eut une étonnante floraison d'art religieux aux XVe et XVIe siècles, et Nice s'énorgueillit à juste titre des trois Bréa, des Brevesi, Curraudi, Nadal Gérard, Jacques et Christophe Durandi, Adrech, Antonio, Honoré Labe, etc... Ce livre, rédigé avec intelligence, avec talent et enthousiasme, est digne de la beauté des paysages qu'il décrit.

***

Dans le *Roman de Courbet*, Pierre Borel nous révèle des choses extrêmement intéressantes sur ce magnifique artiste, ce costaud à l'allure un peu primaire et qui fut un loyal génie. Nous y découvrons la figure curieuse d'Alfred Bruyas, cet amateur montpelliérain que Camille Mauclair, préfacier de l'ouvrage, nous dit être de la lignée des Rouart, Caillebotte, Walferdin, Duret qui ont, au XIXe siècle, continué la belle tradition des Crozat, des Julienne, des la Live de Jully, des Portalis.

(1) BELAUD DE LA BELAUDIÈRE publia, en 1585, « *Obros e Rimos Pruovençalos* ».





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services Automobiles de la Bourgogne

Pour permettre la visite des vignobles fameux et des sites pittoresques de la Bourgogne, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation des Services automobiles désignés ci-après :

Les dimanches et jeudi, du 20 juin au 25 septembre, un circuit passant par Clos-Vougeot, Beaune, Pouilly-en-Auxois, Valuzon, Talant. Prix : 45 francs.

Les mercredi et samedi 20 juin au 23 septembre, un circuit passant par St-Seine-l'Abbaye, Alise-Ste-Reine, Flavigny, Semur, St-Thibault, Vitteaux et Sombernon. Prix : 55 fr.

Les voitures assurant ces services partent de la gare de Dijon à 8 h. et y reviennent pour permettre aux voyageurs de prendre le train express n° 102 pour Paris (départ 18 h. 30).

Courbet, bruyant, bon garçon, hâbleur, ayant, selon l'expression d'André Gill, un masque d'idole assyrienne épaissi de rusticité villageoise, cachait sous ses truculences (comme il est souvent de règle) un cœur d'or. Farouchement indépendant, il lutta contre les « satisfaits » et les « décorés ». Il disait : « Vous trouverez sur votre chemin des gens qui voudront vous protéger. Il faudra les envoyer faire f.... »

L'histoire de son procès, de sa condamnation et de sa mort est, dans le livre de Pierre Borel, extrêmement émouvante. Pour un mot de hâbleur, il fut accusé d'avoir « déboulonné » la Colonne. Il fut infectement lâché par les artistes et les critiques que son originalité et sa fierté avaient choqués. Courbet, Delacroix, Manet, comme tous les innovateurs, déclanchèrent des rancunes implacables. Condamné pour un délit inexistant, on poursuivit administrativement « jusque sur son cadavre d'exilé le remboursement d'une amende formidable pour un délit inexistant » (Camille Mauclair). Courbet en sortit tué physiquement et moralement. On vendit ses tableaux, ses objets d'art, son mobilier, on le vola avec frénésie.... Atteint d'obstruction intestinale, opéré par Nélaton, il fut peu après opéré d'hémorroïdes dans la clinique du docteur Duval. Il s'exila en Suisse, à Vevey. Recevant du papier timbré, obligé de trouver 500.000 francs pour faire relever la Colonne, il se mit à boire, jusqu'à vingt et trente litres de vin blanc par jour, et mourut, à 58 ans, d'hydropisie.

Il avait deux sœurs, l'une, Juliette, qui fut très bonne pour lui, l'autre, Zoé, épouse Reverdy, le type de la rosse persécutrice. Il légua ce qui lui restait à Juliette, mais Zoé, jadis pourvoyeuse de lettres anonymes, fit un faux testament. D'où procès, qu'elle perdit.

La malechance poursuivit encore Courbet, car, quand on ramena ses cendres de Suisse à Ornans, on faillit mettre son cercueil entre les tombes de deux gendarmes.

On le voit, l'excellent livre de Pierre Borel apporte, à côté d'une précieuse documentation sur un de nos plus grands peintres, une leçon de philosophie sociale amère.

***

Quant à Marie Bashkirtseff, on sait que Pierre Borel est son plus ardent dévot. Dévoué à sa mémoire, il a défendu avec religion tout ce qui pouvait perpétuer son souvenir. Il vient de publier ses « *Cahiers intimes inédits* » (1).

Nous ne rappellerons pas les nombreux articles qui ont été consacrés à cette intéressante poitrinaire que Maurice Barrès a baptisée : « *Notre-Dame de Sleeping-car* ». Son Journal, publié par André Theuriet, avait été expurgé. Pierre Borel veut nous permettre de nous faire un jugement définitif sur son héroïne : « C'est en lisant ses Mémoires » en entier, dit-il, une moyenne de dix volumes, c'est en feuilletant ses Carnets intimes » non publiés, c'est en parcourant ses albums couverts de notes griffonnées de cette écriture à la fois hautaine et précipitée, que j'ai pu saisir un peu la vraie mentalité de cette étonnante personnalité qui n'eut de la femme que son élégance physique ».

Née en Russie, fille d'un maréchal de la noblesse de Poltava, Marie Bashkirtseff vécut beaucoup à Nice, avant d'achever, à 23 ans, dans son atelier de la rue Ampère, une courte et brillante vie, dont le désir d'amour et de gloire fut le soleil. Fine, émotive, curieuse de toutes les émotions, très petite fille devant les coquetteries du monde,

(1) *Cahiers intimes inédits de Marie Bashkirtseff*. Edition du Monde Moderne.

très masculine devant le monde des idées, apprenant à danser au même moment où elle se perfectionne en plusieurs langues modernes et anciennes, délicieusement naïve quand elle exprime ses sentiments, curieusement avertie des dangers de la vie quand, à 14 ans, elle écrit une profonde lettre à son frère Paul, ayant peint des tableaux d'un réalisme charmant, dont l'un est digne du Musée du Luxembourg qui l'abrite, elle fût cependant passée inaperçue si son journal de jeune fille, ni plus savante, ni plus artiste, ni plus intelligente que bien des jeunes filles d'aujourd'hui, n'avait séduit des hommes supérieurs. Quelle que soit la valeur qu'on lui reconnaisse, elle fait partie des documents psychologiques de notre époque. Elle est une touchante « observation » au même titre et au même degré que le *Journal intime* d'Amiel, dont la valeur, portée au zénith par les uns est, on le sait, assez décriée par les autres.

Pour mon compte, j'ai lu très attentivement, le crayon à la main, les inédits que nous offre Pierre Borel. J'avoue qu'il m'a fallu la passion quasi-professionnelle du psychologue pour ne pas sauter bien des pages. Relisant à quelques jours d'intervalle mes notations-repères sur les marges, je vois « robes — snobisme — Duc de H. robe — aimer — costume — jupe verte et casaque grise — duc et yacht-bottines — boîte de bonbons — bien habillée — costume — robe costume, robe, cheveux, jolie, jolie, célèbre, parade, son corps, chapeau, potins robe... » et à chaque page des notations analogues. La petite fille mondaine mène une vie extérieure telle qu'elle vous excède et qu'on se méfie de sa vie intérieure, qu'on a tendance à croire livresque et superficielle. Elle est orgueilleuse, fière de sa beauté, de ses cheveux, de ses costumes, de sa voix « merveilleuse », de son talent ; elle use sa glace, elle parle de son « génie » et ne perd pas une ligne de son journal — façon de se regarder encore davantage à la glace — parce que « c'est un document important pour la littérature et la postérité ». A Paris, Nice, Rome, Naples, Wiesbaden, toujours les même désirs, les mêmes orchestrations enfantines, le même orgueil naïf qui lui fait écrire à la dernière page d'un livre illustré sur les Femmes célèbres de France : « Marie Bashkirtseff, peintre célèbre et chanteuse illustre » ; et, à côté de cela, des pages émouvantes, des compréhensions profondes : « Il ne faut naître ni beau, ni riche, ni spirituel, mais il faut naître heureux ! », une vibrante volupté d'admiration des chefs-d'œuvre, et, derrière la parade mondaine, la douloureuse conscience de la mort prochaine. « Tout cela ce sont des mots, je sais bien que je mourrai bientôt. Du reste, je tousse tant ». Les inédits de Marie Bashkirtseff risquent de lui jouer un mauvais tour. Ils la représentent trop comme une poupée mondaine agitée, orgueilleuse et inquiète, et ses puérilités constantes finissent par agacer.

Pour parler d'elle, je crois qu'il est bon de s'éloigner un peu de ce journal, de laisser s'effacer cette impression d'agacement. Peut être alors verra-t-on mieux que d'être toujours restée « petite fille », cela ne rend que plus émouvante cette poitrinaire morte à 23 ans, si savante, si vibrante, si complètement artiste, ayant ardemment tout désiré de la vie ; et les joies du monde et les ivresses de l'intelligence, et les voluptés de l'imagination, alors qu'une hérédité mauvaise la condamnait à mourir. J'aurai l'occasion de reparler de Marie Bashkirtseff, et peut-être Pierre Borel sera-t-il moins fâché de mon étude à distance que de mon compte rendu d'aujourd'hui après une lecture trop attentive des *inédits*.

Remercions le d'avoir complété nos documents sur une jeune fille prototype à notre époque d'inquiétude. Pierre Borel a trop vécu dans son cadre pour n'en pas être amoureux, et je devine les conversations qu'il peut avoir avec son âme « chargée de lourds désirs » dans les pièces de la villa de Nice dont il nous a décrit le décor dans *l'Illustration*, dans « ce jardin planté d'arbres exotiques et tout embarrassé de lentisques et de roseaux d'Espagne, ce parc oriental où elle vint rêver tant de soirs en regardant la mer pâmée de chaleur, ou bien frissonnante sous les premières brises d'octobre ».

Paul Voivenel

FONDÉ EN 1873. — N° 36. **Le Numéro : 50 Centimes** 5 SEPTEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... **30** fr.
Belgique et Italie............ **40** fr.
Union postale............. **50** fr.

Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

7e Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils. — Fondée en 1919, l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France tiendra son 7e Congrès, à la Faculté de médecine de Paris, à 17 h. 30 lundi et mardi 5 et 6 octobre. L'ordre du jour comporte : compte rendu de l'année 24-25 ; question des payants et accidentés du travail dans les hôpitaux ; questions diverses ; élection du Conseil 1925-26. Les membres qui auraient des questions à faire figurer à l'ordre du jour sont priés de faire connaître leur désir à M. le professeur H.-L. Rocher, 91, rue Judaïque, Bordeaux, secrétaire général, ou à M. le professeur Reynès, président à Marseille.

Guerre. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent gratuitement aux militaires de la gendarmerie.

Médaille de bronze (délivrée après quinze années de soins gratuits).

15e légion *ter* : MM. de Rocca-Serra et Delsaux (de Portovecchio).

16e légion : MM. Villebrun (de Capestang), Blanc (d'Estaing), Dangles (de Saint-Amans-des-Copts), Nicolas (de Saint-Affrique), Couderc (de Chanac).

16e légion *bis* : MM. Bonneville et Garrie (de Mazamet), Baille (de Thuir).

17e légion : MM. Bénet (de Saint-Antonin), Jardel (de Lauzès), Dubourg (de Mas-d'Agenais), Sarraute (de Carbonne), Lapeyre (de Fleurance), Daymard (de Lalbenque), Maffre (de Gimont).

18e légion : MM. Dupouy (de Pissos), d'Uzer (de Mont-de-Marsan), Pujos (de Pessac), Estradère (de Talence), Tragan (de Saint-Ciers-sur-Gironde), Crauste (de Soumoulou), Larridi (d'Hasparren), Casamayor-Dufaur (d'Oloron).

19e légion : MM. Lévy (d'Aumale), Dana (d'El-Biar), Alary (de Lavigerie).

20e légion : MM. Reynders (de Nomeny), Guintard (de Châtenois).

Compagnie de Tunisie : M. Angelinéadis (d'Houmt-Souk).

Détachement de la Guadeloupe : M. Petit (de Basse-Terre).

Médaille d'argent (délivrée grès vingt-années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Millot (de Lizy-sur-Ourcq), Thobois (de Saint-Ouen), Jacquot (de Fontenay-sous-Bois), Chrétien (de Bréval), Guérin (de Saint-Cyr-l'Ecole), Chesneau (de Saint-Germain-en-Laye), Camus (aux Lilas), Ledroit (de Nemours), Perrot (de Levallois-Perret).

1re légion : MM. Lejeune (de Béthune), Libersat (de Desvres), Vincent (d'Armentières), Dugimont (de Maing), Lorgnier (de Saint Omer), Bridoux (de Condé-sur-Escaut), Bontemps (de Rouvroy), Blaire (de Pas-en-Artois), Jacquemaire (de Denain).

2e légion : MM. Barrier (de Bresles), Binant (de Nilly-sut-Noye), Noël (de Fressenneville).

3e légion : MM. Fidel (de Saint-Romain-de-Colbose), Bernard (de Ryes), Hauttement (d'Evrecy), Brasseur (du Petit-Quevilly), Jamin (de Creully), Letellier (d'Evreux).

4e légion : MM. Clupot (de Sainte-Gauburge), Beauchef (de Laigle), Gireaux (de Nocé), Boutron (de Bellême), Felt (de Mortrée), Antoine (de Villaines-la-Juhel).

5e légion : MM. Durand (de Donzy), Medici (de Levet), Vion (de Mehun-sur-Yèvre).

6e légion : M. Grandjean (de Marville).

7e légion : MM. Lefort (d'Arbois), Mignardot (d'Andelot), Robert (de Lavoncourt), Savouret (de Longchamp-les-Millières), Sauvageot (de Doulaincourt), Tauffieb (de Giromagny), Boucheseiche (de Montigny-le-Roi), Damotte (de Baume-les-Dames), Jacquot (de Faverney).

8e légion : MM. Michel (de Lugny), Gougis (de Romilly-sur-Seine), Grozelier (de Verdun-sur-le-Doubs), Frarier (de Charolles), Curie (de Marcilly-le-Hayer), Louvet (de Lusigny), Grillot (de Givry), Péguet (de Chauffailles), Rolle (de Villenauxe-la-Grande), Julhiet (des Laumes).

9e légion : MM. Michon (de Sainte-Maure), Malécot (de Fresne-sur-Loire), Papazoglou (de Villedieu).

10e légion : MM. Charpentier (de Guichen), Gateau (de Mordelles), Le Maignan de Kérangat (de Pleine-Fougères), Longeart (de Gouarec)

11e légion : MM. Reverseau (de Saint-Michel-en-l'Herm), Marciteau (des Herbiers), Couronnet (de Nantes-Doulon), Labour (de Montoir-de-Bretagne), Mornu (de Nantes).

12e légion : MM. Chabrol (de Châlus), Huot (de Vallereuil), Cartron (de Mansale), Mazataud (de Bessines), Guilaine (de Bonnat), Conte (de Ribérac), Gauthier (de Saint-Junien), Pouret (de Mézières-sur-Issoire), Mourniac (de Neuvic).

13e légion : MM. Chassagne (de Lezoux), Besserve (de Pont-du-Château), Zentler (de Marcillat), Brunat (de Commentry), Hermabessière (de Saint-Flour), Vigier (de Trizac).

14e légion : MM. Chevalier-Joly (de Caluire), Peytard (de Corps), Girard (de Mens), Thiers (de Crest), Gignier (de Villefranche-sur-Saône).

14e légion *bis* : MM. Liénard (de Pont-de-Beauvoisin), Jarr et, Debauge (de Saint-Genix-sur-Guiers), Bonier (de Saint-Julien) Rousset (de Chamoux), Beck (d'Annemasse).

15e légion : MM. Masse (de l'Isle-sur-Sorgue), Manahiloff (de Bonnieux), Reynaud (de la Tour-d'Aigues), Rostaing (du Pouzin), Blanc (de Gardanne), Madon (d'Orange).

15e légion *bis* : M. Serraire (de Saint-Auban).

16e légion : MM. Fabre (de Graissessac), Crébassol (de Servian), Cochy de Moncan (de Saint-Sernin-sur-Rance), Arnal (de Saint-Mathieu-de-Tréviers).

16e légion *bis* : MM. Iversenc (de Lavaur), Pinel (de Carcassonne), Perrier (de Poudis), Belzons (de Cagnac), Argelliès (de Perpignan).

17e légion : MM. Vignères (de Villemur), Philippe (de Tarascon), Malbec (de Cahors), Molinié (de Cagnac), Constant (de Payrac), Ouvrieu (de Limogne).

18e légion : MM. Souc (de Gémozac), Bernès-Lasserre (de Peyrehorade), Lafont (de Salies-de-Béarn), Dotezac (de Cambo-les-Bains), Boymier (de Saint-Vivien), Drivet (de Cadillac).

19e légion : MM. Descrimes (d'Aïn-Tédelès), Genova (de Collo), Burlat (d'Alma), Pages (de Taher).

20e légion : MM. Houillon et Kiener (de Thaon).

Médaille de bronze (délivré après quinze années dé soins gratuits) — 3e légion : MM. Douville (de Bracqueville-en-Caux), Delante (de Mondeville), Touzé (de Grand-Couronné), Trançon (de Lillebonne), Grapin (de Saint-Valéry-en-Caux).

4e légion : MM. Frinault (de Laigle), Tixeron (de Savigny-sur-Braye), Couloumy (de la Bazoche-Gouët), Teyssier (de Cloyes).

6e légion : M. Gayet (de Triaucourt).

7e légion : MM. Masson (de Joinville), Delsart (de Montbozon), Bridant (de Bourbonne-les-Bains), Simonin (de Gy), Bonnotte (de Poligny), Bernard (de Frasne), François (de Fayl-Billot).

8e légion : MM. Graz (de Dompierre-les-Ormes), Poupon (de Verrey-sur-Salmaise), Bourgeot (de Nuits-Saint-Georges), Galuchon (de Charny).

9e légion : MM. Lemerle (de Chabris), Rousseau (de Saint-Julien-

l'Ars), Robert (d'Issoudun), Pierron (de Civray), Devallet (d'Allonnes).

10e légion : MM. Trégoat (de Bourbriac), Bucaille (de Torigni-sur-Vire).

11e légion : MM. Féval (de Pontchâteau), Attila (de Josselin), Rivière (de Bouaye), Pascal (de Pluvigner).

12e légion : MM. Jouenne (d'Auzances), Lescure (de Bort), Laborie (de Carlux).

13e légion : MM. Vitaut (de Charlieu), Ginet (de Montfaucon), Aucopt (de Doyet), Puéchavy (de Condat), Lacube (de Retournac), Guichard (de Bourg-Argental), Chalvignac (de Salers).

14e légion : MM. Charpenay (de Die), Papadopoulos (de Sainte-Colombe), Bérard (de Dieulefit), Molard (de Pont-de-Chéruy).

14e légion *bis* : MM. Perret (de Vonnas), Vinit (de Thônes), Ducret (de Reignier).

15e légion : MM. Manjot (du Martinet), Griolet (de Molières-sur-Cèze), Hugues (de Robiac), Dusauls (de Bagnols-sur-Cèze), Darboux de Pont-Saint-Esprit),

Démonstrations des techniques récentes de séméiologie et de thérapeutique gastro-entérologiques. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera, du 29 septembre au 3 octobre, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement :

Lundi 28 septembre : La gastrotonométrie clinique (nouvelle méthode d'exploration de l'estomac, basée sur l'étude de sa musculature), instrumentation. Technique. Applications thérapeutiques : insufflations gazeuses d'O et de CO^2, massage pneumatique de l'estomac dans les atonies et dans le spasme.

Mardi 29 septembre : L'analyse fractionnée du chimisme gastrique à l'aide de la sonde d'Einhorn. Applications pratiques pour l'étude de l'évolution digestive et l'action des médicaments dans les diverses dyspepsies.

Mercredi 30 septembre : Le tubage duodénal dans ses indications diagnostiques des affections duodénales, biliaires et pancréatiques. Ses applications thérapeutiques : l'alimentation duodénale dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux ; le drainage non chirurgical des voies biliaires, dans le traitement des ictères et des cholécystites.

Jeudi 1er octobre : Exposé résumé des méthodes de coprologie dans leurs applications à la clinique des maladies des voies digestives (examen macro- et microscopique des fèces, présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes). Syndrome coprologique des colites. Le traitement des colites chroniques par le lavage de l'intestin de haut en bas à l'aide du tube intestinal introduit par la bouche ; présentation de films.

Vendredi 2 octobre : Continuation de l'exposé des méthodes de coprologie clinique (examen chimique des fèces. Réaction. Hémorragies ocultes. Chimisme des graisses fécales). Les pansements-lavements dans le traitement des rectosigmoïdites sous le contrôle de la rectoscopie.

Samedi 3 octobre : Continuation de l'exposé des méthodes de coprologie clinique (examen bactériologique et parasitologique des fèces). L'émétine, les arsenicaux, le bismuth, le thymol, la térébenthine, le chloroforme, dans le traitement des infections parasitaires de l'intestin.

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire près de la surveillante de la Salle Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (8e).

Amphithéâtre d'anatomie. (M. le professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Paul Truffert, Henri-P. Chatellier, Pierre Winter, Pierre Cornet, commencera le lundi 21 septembre 1925, à 14 heures et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure. Droit d'inscription : 200 francs. Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

Programme du cours. — 1. Technique de l'anesthésie locale et régionale en oto-rhino-laryngologie. Trépanation mastoïdienne. — 2. Evidement partiel de la caisse et évidement pétro-mastoïdien. Trépanation du labyrinthe. — 3. Traitement des complications veineuses et encéphaliques des otites suppurées (trombo-phlébites, méningites, abcès encéphaliques et periencéphaliques). Ligatures vasculaires du cou. — 4. Résections sous-muqueuses du septum nasal. La chirurgie du sphénoïde. — 5. Chirurgie du sinus frontal, de l'ethmoïde. Les rhinotomies. — 5. Chirurgie du sinus maxillaire. Résections des maxillaires. — 7. Les ouvertures temporaires et permanentes du conduit laryngo-trachéal. Traitement des fistules et des stomies laryngo-trachéales. — 8. Les voies d'accès vers l'isthme du gosier et le carrefour aérodigestif. Les pharyngotomies hautes et basses. L'œsophagotomie externe. — 9. La laryngectomie partielle et totale. Les laryngectomies économiques. — 10. La broncho-œsophagoscopie.

(*Voir la suite page* 1320).

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence de la castration testiculaire double sur la teneur en potassium des tissus et des greffes épithéliales de la souris,

Par M. LOEPER, R. TURPIN et ZIZINE.

Des recherches que nous avons publiées récemment il résulte que la castration testiculaire double modifie chez la souris le développement ultérieur d'une greffe d'épithélioma mammaire. Cette greffe, en général, part plus vite et son évolution est accélérée ; mais elle s'ulcère facilement et son volume est toujours peu considérable. Et si la cachexie de l'animal est plus marquée et sa mort plus précoce, il est fréquent de voir la greffe entrer en régression après une période de 20 jours environ.

Ces modifications de vitalité sont assez constantes et frappantes pour caractériser l'évolution du cancer des castrés. Nous avons pensé qu'il était intéressant de rechercher si des modifications du métabolisme minéral pourraient apporter quelque explication de cette évolution.

***

Avant d'entrer dans le détail de nos dosages, nous rappellerons quelques-unes des principales recherches qui furent déjà faites sur ce sujet.

Deux méthodes d'examen ont été adoptées par les auteurs : l'étude du *métabolisme basal* et l'étude du rapport *calcium-potassium*. La première ne semble avoir donné que des résultats assez vagues et souvent contradictoires. Chez l'homme, Cohnheim et Van Dongern et Cramer ont constaté l'exagération du métabolisme basal dans les tumeurs très avancées et sa diminution appréciable dans les néoplasmes peu cachectisants. Magnus Lévy fait entrer en ligne de compte, surtout la fièvre et la cachexie, et, de l'examen de trois cas, conclut à l'exagération possible de 15 à 20 %.

Chez la souris, la greffe de néoplasme mammaire ne donne guère de résultat et Chishoff ne note aucune différence marquée de la souris normale ou de la cancéreuse.

La deuxième méthode est plus riche en documents ; elle est aussi plus fertile en résultats.

Elle a porté sur le dosage des substances minérales, spécialement du calcium et du potassium et du rapport de l'un à l'autre de ces deux métaux.

C'est, semble-t-il, à Beebe que l'on doit les premiers travaux sur ce sujet. En 1904 il établit que les cancers rapidement extensifs contiennent moins de calcium que les vieux cancers à marche torpide ou dégénérés.

En 1905, un important travail de Clowes et Frisbie comporte des conclusions plus affirmatives encore et plus complètes : à savoir que, chez la souris, les tumeurs à évolution rapide donnent un pourcentage de calcium faible et de potassium élevé et les tumeurs à évolution lente un pourcentage exactement inverse.

Depuis ces deux capitaux princeps les communications se sont multipliées. Nous citerons les principales. En 1921, Sujiura, avec Miller Noyes et Falk, a étudié l'influence des ions acides sur la croissance du carcinome du rat et constaté le pouvoir d'arrêt du calcium sur l'évolution des tumeurs. Il remarqua, en outre, que le taux du potassium était élevé dans les tumeurs à marche rapide, le calcium plus abondant dans les tumeurs lentes ou nécrosées.

En 1922, Negre, revenant sur une communication faite par lui en 1910, montre l'influence favorisante des sels de potassium sur les greffes expérimentales de l'adénocarcinome de la souris. En 1912, Troisier et Wolf parlent aussi de l'influence retardante du calcium et du baryum.

La même année Kanematsu et Sujiura avec Stanley K. Benedict, étudiant l'action de 32 sels différents sur les tumeurs des rats albinos donnent des résultats un peu contradictoires : influence retardante du chlorure de calcium, du sulfate de cuivre et même du carbonate de potasse ; influence accélératrice au contraire du carbonate et du chlorure de magnésium.

Dans tous ces cas il faut tenir compte non seulement de la nature même du sel utilisé mais aussi de l'état d'ionisation dans lequel il est maintenu.

Waterman confirma en partie les conclusions de ces différents auteurs et dans de très beaux travaux établit de façon définitive les deux faits suivants :

1° L'élévation du rapport $\frac{\text{potassium}}{\text{calcium}}$: est un indice de malignité ;

2° L'équilibre acidobasique est fréquemment rompu dans le cancer par la diminution de la tension électrique du calcium.

Le travail de Rohdenbourg et Krehbiel est le dernier en date, mais n'est pas le moins important. Il porte sur la teneur en sels minéraux des tumeurs malignes et sa relation avec leur malignité.

Ces deux auteurs précisent d'une part que la greffe du sarcome du rat a d'autant plus de chances de prendre que sa richesse en potassium par rapport à la somme du calcium et du sodium est plus considérable et que le développement en est d'autant plus étendu que la teneur en potassium est plus élevée.

La tumeur type Flexner aurait une teneur minérale plus élevée que la tumeur type Bullock ou Curtis.

Ils ajoutent, et c'est un fait important, que la sensibilité aux rayons est inversement proportionnelle à la teneur en potassium.

Dans tous ces travaux la *teneur en potassium* du ***milieu animal*** intervient toujours comme *facteur d'accélération* et la teneur en potassium de la *tumeur* elle-même apparaît comme un facteur d'activité et même de *malignité*.

***

Nous avons, nous aussi, étudié la teneur en potassium des tumeurs et son action favorisante nous a paru s'affirmer encore dans les variations évolutives du cancer des castrés.

Pour la démontrer, nous avons fait des recherches comparatives sur plusieurs lots de tumeurs extirpées avant ou après la mort, mais après le même temps, chez des souris préalablement castrées et chez des souris témoins, celles mêmes qui ont fait l'objet de notre première note.

Le dosage du calcium a été pratiqué par le microdosage à l'oxalate et celui du potassium fut fait au microscope également par la méthode de Kramer et Tisdell.

Voici les résultats obtenus :

	Calcium %	Potassium %	Rapport K Ca
1° Souris castrées.....	0.16	0.40	2.4
2° Souris non castrées :			
1er lot...........	0.04	1.51	36
2e lot...........	0.15	2.46	16.6

Ces résultats montrent sans conteste que le taux du *potassium est moindre chez les souris castrées que chez les souris témoins* et que le rapport du potassium au calcium atteint chez les premières des chiffres infiniment plus bas que chez les secondes. Et c'est précisément chez les premières que le développement de la tumeur est le moins considérable et que la régression est la plus fréquente.

***

Ces variations de la teneur en potassium des tumeurs tiennent évidemment *au terrain* sur lequel elles se développent. Il s'agit donc maintenant de voir quelles modifications chimiques du terrain produit la castration et si ces modifications sont de même sens que celles des tumeurs.

L'action de la castration sur la nutrition de l'organisme animal est relativement peu connue. Certaines recherches de Zünz ont montré chez l'animal la diminution des échanges après la castration totale et même après la ligature des deux cordons spermatiques ; d'autres, de Heymans et de Kojuma, que le métabolisme basal du coq châtré s'abaissait de 20 à 30 % celui du rat châtré de 28 %.

Les conclusions de Koratchevski sont moins absolues. Par contre, Tsubura affirme que la castration abaisse les échanges du lapin et qu'une greffe testiculaire ultérieure les ramène au voisinage des chiffres normaux. Le même rétablissement se produirait même par la greffe ovarienne chez les ovariectomisées et, ce qui n'est pas banal, la greffe ovarienne chez le chien mâle aurait le même effet que la greffe testiculaire.

Nous n'insisterons pas sur les observations humaines qui sont un peu contradictoires. Si Bernstein n'a constaté aucune réaction constante chez un eunuchoïde et Read chez un eunuque, Harvier et Van Boggaert admettent l'abaissement du métabolisme basal dans l'insuffisance testiculaire avec ou sans féminisme et Lœvy et Kaminer donnent la même conclusion de l'examen d'un soldat chez lequel l'opothérapie orchidienne et même ovarienne modifia notablement le métabolisme.

Il n'existe aucune recherche sur le taux du calcium et du potassium non seulement chez les castrats humains, mais même chez les animaux.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de combler cette lacune et d'étudier à ce point de vue nos animaux castrés et cancéreux.

Nous avons donc dosé le calcium et le potassium dans l'organisme entier de nos deux lots d'animaux. Ici la recherche fut plus aisée en raison de la masse de tissu étudié. Nous avons détruit les cadavres par l'acide azotique et sulfurique : pour obtenir le calcium nous avons précipité le sulfate de chaux ainsi formé par l'alcool fort et établi le dosage par pesée après incinération ; pour obtenir le potassium nous avons utilisé la méthode bien connue du chloroplatinate.

Les résultats obtenus témoignent de façon patente de l'importante modification qu'apporte la castration au terrain minéral.

Certains animaux ont résorbé leurs greffons chez les témoins et chez les castrés. Ce sont eux qui nous fournissent dans toute sa rigueur la preuve de ces variations chimiques ; aussi en avons-nous fait des dosages séparés :

Greffes	Calcium %	Potassium %	Rapport K Ca
1° Castrés...........	0.94	0.26	0.29
2° Non castrés.......	0.72	0.35	0.48

Nous pouvons donc conclure nettement à l'*élévation du calcium* et à la diminution *du potassium* produites par la castration dans les tissus de nos souris. Un animal athrepsique nous a donné, ainsi qu'il est fréquent, des proportions de calcium extrêmement élevées. Nous n'en tenons point compte parce que ces proportions tiennent à d'autres facteurs.

Chez les autres animaux, la tumeur s'est développée dans les conditions que nous avons indiquées dans notre première note et résumées au début de celle-ci.

Les mêmes variations s'observent encore dans les rapports respectifs du potassium et du calcium :

Animaux à greffes évolutives	Calcium %	Potassium %	Rapport K Ca
1° Castrés.............	0.79	0.27	0.38
2° Non castrés.........	0.61	0.26	0.428

Si donc, dans leur valeur absolue, le potassium et le calcium ne subissent pas de modifications marquées, leur valeur relative s'est notablement modifiée et le *rapport potassium est inférieur de 5 % chez les castrés.*

Nous croyons donc pouvoir donner les conclusions suivantes :

1° La castration atténue la richesse en potassium des divers tissus de la souris.

2° Après la castration, les greffes et les tumeurs épithéliales se développent de façon moins parfaite et régressent fréquemment ;

3° La teneur en potassium est précisément moindre dans les greffons des castrés que dans les greffons des témoins.

La fiche médicale et le rôle du médecin en orientation professionnelle

Par les Drs R. LAUFER et G. PAUL-BONCOUR

Si nous présentons ici la fiche médicale d'orientation professionnelle que nous avons proposée à la Commission créée par le Sous-Secrétariat de l'Enseignement Technique, c'est dans le but de définir subsidiairement le rôle du médecin, tel que nous le comprenons, dans ce domaine destiné à prendre une extension de plus en plus vaste. L'orientation, à notre sens, doit être rangée parmi les œuvres d'hygiène sociale de première importance. De fait, plusieurs de nos Confrères y participent (1) et de divers côtés on nous demande des éclaircissements à ce sujet, car nous nous sommes placés sur un terrain *résolument pratique*.

Laissant donc de côté les autres problèmes que soulève l'orientation professionnelle, nous ne considérerons que le problème médical, lequel réside dans la connaissance du moteur humain et de son utilisation, c est-à-dire de son rendement.

***

On sait en effet en quoi consiste l'orientation professionnelle : il s'agit de déterminer les aptitudes d'un individu, d'examiner si l'état physique et fonctionnel de ses organes lui permettent d'affronter le métier qu'il a choisi. On comprend par là que nous avons surtout en vue l'enfant qui, au sortir de l'école, va entrer en apprentissage.

On pourrait envisager l'orientation des adultes, des mutilés, des malades, des anormaux, etc... également du

(1) Nous rappelons que quelques thèses intéressantes ont été consacrées à l'orientation : nous connaissons notamment celles de M. Vielledent (Lille. 1921) et de M. Noyer (Lyon, 1924).

ressort médical. Nous avons déjà abordé quelques-unes de ces questions (1) ; nous étudierons les autres ultérieurement et d'ailleurs notre fiche médicale peut aussi bien s'appliquer aux adultes.

Mais les enfants quittant chaque année l'école par dizaines de milliers forment la grande armée du travail, et n'est-il pas de premier intérêt social autant qu'individuel de les diriger dans la voie où ils donneront le meilleur rendement avec le minimum de défaillances, au lieu de laisser au hasard des relations, de la mode, ou d'un salaire immédiat, le choix d'une carrière dont dépendra toute l'existence ?

L'état de santé, qui est la condition de toute activité, doit donc nécessairement constituer la base de l'orientation : on peut dire aussi sûrement de la santé ce qu'on a dit de l'intelligence, que c'est l'aptitude des aptitudes. Comme M. Jourdain faisait de la prose, le médecin a du reste toujours fait de l'orientation professionnelle lorsqu'il détournait certains malades, cardiaques, tuberculeux, etc., de professions susceptibles d'aggraver leur cas. Certes l'orientation, telle qu'elle doit être conçue, réclame bien davantage, nous le verrons, elle est plus systématique, mais enfin la place du médecin y est tout indiquée. Or, chose singulière, à l'étranger où s'est créé, vers 1907-1908 (2), le mouvement en faveur de l'orientation professionnelle, l'examen médical, sauf quelques exceptions, ne joue qu'un rôle tout à fait secondaire, sinon effacé : c'est la psychologie qui en a pris possession. Dans son livre magistral sur l'orientation (Paris, 1921), M. J. Fontègne nous a appris qu'aux Etat-Unis, en Angleterre, en Suisse, en Allemagne et dans le Grand-Duché du Luxembourg, le rôle du médecin n'est pas prévu ou très peu. Les appréciations sur l'enfant sont déduites des observations recueillies en classe, des conversations que le « conseiller de vocation » engage avec les enfants, et des épreuves psychologiques de laboratoire. L'examen médical est des plus sommaires et il ne semble pas que ses constatations aient une influence bien grande sur les conseils d'orientation donnés. En France, l'orientation a suivi la même voie, mais les promoteurs français, auxquels il convient de rendre hommage, se sont rendu compte que l'intervention médicale devait être un point de départ indispensable et ils ont introduit des fiches médicales parmi les documents d'enquêtes.

L'histoire de cette question est conforme à celle de la pédagogie qui a demandé à la psychologie ses méthodes, sans songer suffisamment que toute méthode intéressant l'activité intellectuelle aussi bien que physique ne peut être établie que d'après les possibilités organiques et que toute fonction périclite qui ne s'accomplit pas selon ces possibilités. Il existe une physiologie de l'éducation intellectuelle et même morale basée sur l'hygiène, ainsi qu'une pathologie de l'éducation. Nous savons ce que les découvertes physiologiques ou pathologiques peuvent faire gagner de précision aux méthodes pédagogiques et quelle action elles peuvent exercer en faveur d'une pédagogie rationnelle. L'élaboration des programmes d'enseignement et leur application nous intéressent comme médecins et comme orienteurs : ne tendent-t-elles pas au développement des aptitudes et à la formation de la personnalité ?

(1) L'adaptation sociale des anormaux psychiques. (*Revue anthropologique*. 1923.)

(2) C'est en 1908 que, sous l'impulsion du philanthrope américain Parsons, s'est fondé à Boston un bureau de *Vocational Guidance*, qui parait être le premier en date. La même année, un bureau analogue est créé à Bâle. Depuis cette époque, des offices d'orientation se fondent dans les grandes villes européennes.

La question des enfants bien doués nous intéresse au même titre et ne représente du reste qu'une des formes de l'orientation professionnelle : on sait que divers pays étrangers ont entrepris la sélection de ces sujets que l'on réunit dans des classes spéciales pour les pousser en des études supérieures. Cette sélection s'opère par les résultats pédagogiques et la psychologie expérimentale, mais là encore la médecine n'a-t-elle pas son mot à dire ? Pour tirer le meilleur parti des intelligences, n'importe-t-il pas de déceler, d'éviter ou de supprimer toutes les causes perturbatrices ? Nous avons montré (1) que les bien doués sont souvent gênés par ces perturbations, que des enfants regardés comme peu ou mal doués et faisant partie de la moyenne ou des queues de classes, ont parfois des aptitudes insoupçonnées, mais masquées par des états morbides. Prenons comme exemple la nombreuse catégorie des paresseux, nous devrions écrire : les catégories, car il existe plusieurs espèces de paresseux suivant les causes, c'est là une autre question que nous ne pouvons qu'effleurer. Mais si nous relevons dans nos observations les paresseux totaux par défaut d'attention générale, les partiels par activité spécialisée sur un nombre restreint d'exercices, ceux enfin qui manifestent des troubles caractériels (enfants irritables, turbulents, etc.), l'ensemble formant les neuf dixièmes des paresseux, nous trouvons chez plus des deux tiers de ceux-ci des causes organiques. Le classement pédagogique, qui ne peut s'effectuer que d'après le rendement scolaire, pèche donc sur un point fondamental, et le classement psychologique serait également passible d'erreurs si les troubles organiques qui influent et modifient les réactions psychiques n'étaient au préalable modifiés.

Nous le répétons : même parmi les derniers des classes se rencontrent des bien doués qui, souvent pour des raisons pathologiques temporaires ou rémédiables, ne révèlent pas leurs qualités et, parmi les premiers, des moins bien moins doués qui, avec des qualités moyennes, ne s'adaptent que par un effort supplémentaire d'application. Le don est le fait de l'harmonie des influences physiques et psychiques interférentes. Lorsqu'on étudie concurremment les élèves dans leur état intellectuel et dans leur état physique, depuis les sujets les plus brillants jusqu'aux derniers des classes, on constate qu'à cette hiérarchie descendante correspond précisément la fréquence de plus en plus grande du facteur pathologique.

***

En réclamant l'avis médical, l'orientation de l'enfant en vue de son apprentissage a donc fait un réel progrès dont elle doit bénéficier. Que demande-t-on au médecin ? On lui demande de signaler (et c'est normal et de première utilité) les défectuosités pathologiques qui s'opposent à l'exercice du métier choisi par l'enfant : en un mot les contre-indications. Une fois ces défectuosités dénoncées, la phase médicale est close et on passe aux autres enquêtes : pédagogique, psychologique, etc. Le conseiller de vocation juge finalement sur la totalité des données recueillies. Ce rôle médical, quel que soit, encore une fois, le mérite de ceux qui l'ont introduit, ne nous paraît pas suffisant dans l'état actuel des choses. Pour répondre aux fins poursuivies par l'orientation, il nous paraît que l'action médicale doit être plus large et faire bénéficier

(1) LAUFER et G. PAUL-BONCOUR. — Les perturbations psychiques liées à des troubles temporaires ou rémédiables. Les bien et les mal doués. (*Méd. scolaire*, Paris, 1er juillet 1925.)

l'orientation des acquisitions résultant de l'évolution des idées dans le sens prophylactique. En effet, l'examen médical peut favoriser non seulement une appréciation plus exacte des aptitudes, mais leur sauvegarde et leur développement, deux points qui ne sont pas négligeables dans un système d'orientation bien ordonné. Au lieu de se limiter aux contre-indications qu'on pourrait qualifier de rédhibitoires, le médecin est donc appelé à approfondir son examen, à découvrir les causes et les premiers indices de nocivité qui, à travers la vie professionnelle, feront la grande majorité des contre-indications et des déchéances de demain. Telle est l'œuvre que la fiche médicale doit permettre de réaliser.

Elle doit, par conséquent, satisfaire à certains desiderata :

I. *Elle enregistrera l'ensemble des conditions susceptibles d'entraver ou de masquer les aptitudes*, conditions qui sont elles-mêmes de trois ordres :

a) Les *habitudes d'hygiène personnelle* (alimentation, boisson, tabagisme, sommeil, sports, etc......) ainsi que *l'hygiène du milieu familial* (aération, etc...) dont l'expérience a nettement montré le profond retentissement sur l'activité physique ou psychique et qui sont cependant omises dans les enquêtes.

b) Les *prédispositions héréditaires ou acquises* :

D'une part, hérédités morbides, dystrophiques ou fonctionnelles qui, hormis les lésions, créent une sensibilité de certains organes et expliquent certains troubles latents qu'il faut empêcher de s'affirmer. Sans doute, on n'est pas toujours bien éclairé par les parents, mais on obtient parfois des renseignements précieux. On se rappellera que parmi les particularités transmises par hérédité, les mêmes réactions aux excitants : chaud, froid, humidité, toxiques, peuvent avoir lieu.

D'autre part, prédispositions à des maladies dont les sujets ont déjà présenté des manifestations plus ou moins marquées : affections favorisées par les variations de température, les poussières, les intoxications, etc..,.. Citons les affections respiratoires, rhumatismales, digestives, rénales ; affections nerveuses ou troubles intellectuels dont les antécédents ont révélé quelques symptômes : crises convulsives, tics, impulsivité, troubles de la motilité, troubles de l'attention, etc..

Enfin, tendances accrues, soit du fait de l'activité physique : tendance aux hernies, aux pieds plats, aux varices, aux déformations vertébrales, etc.., soit du fait de l'activité psychique : tendance à la céphalée, à la dépression, à l'irritabilité, aux troubles caractériels, etc...

c) Les *maladies ou les troubles constitués et durables*, parmi lesquels nous distinguons les contre-indications absolues s'opposant au choix du métier et les altérations plus légères qui, sans réaliser des conditions immédiatement rédhibitoires, constituent surtout des menaces pour l'avenir.

Nous avons réservé à la tuberculose une place spéciale à cause de sa fréquence et de son importance sociale ; elle sera également dépistée dans ses sources autant que dans ses symptômes initiaux. La notion de contagion ayant ici supplanté à juste titre celle de l'hérédité, nous nous sommes souciés des contacts auxquels l'enfant est si sensible : en effet un sujet qui, sans être atteint, vit auprès d'un foyer bacillaire dont on ne peut le séparer, sera détourné d'une profession malsaine qui facilitera la germination ; de même un enfant amoindri dans son état pulmonaire ou général par une maladie infectieuse, dite tuberculigène : coqueluche, rougeole, grippe, ou par des troubles respiratoires, non seulement sera éloigné des métiers à poussières ou à air confiné, mais autant que possible ne sera pas placé dans une grande collectivité où les éléments de contagiosité sont les plus nombreux, surtout si son passé a déjà été entaché de tuberculose : pleurésie, tuberculose osseuse ou ganglionnaire ; à plus forte raison s'il présente des signes actuels. En tout état de cause, le médecin déterminera, suivant les cas, si l'existence en ville est à la rigueur possible ou s'il est préférable de conseiller un séjour temporaire ou définitif au grand air.

***

II. *La fiche en second lieu servira de guide au médecin*. Elle doit, par son libellé, faciliter dans chaque cas la recherche des conditions pathologiques ci-dessus catégorisées, et la question était de savoir si les diverses catégories figureraient sur le même plan ; en d'autres termes : quelle valeur s'attache à chacune d'elles. Mais elle doit aussi avoir une portée pratique, en excluant les détails inutiles ou discutables, et nous serons amenés à expliquer l'élimination de certaines investigations et l'adoption de certaines autres.

Sur la première question, nous avons calculé que si les contre-indications absolues, les grandes défectuosités qui s'opposent au choix des métiers, concernent en moyenne 15 à 20 % des sujets, l'ensemble des prédispositions, et principalement des tendances et des altérations légères, atteignent plus de 50 % des individus.

Quelle est la nature de ces altérations légères ? Prenons comme exemple la scoliose qui apparaît surtout entre 10 et 15 ans : suivant qu'on ne considérera que la scoliose à la troisième période, celle des rotations vertébrales permanentes avec gibbosités costales, ou qu'on fera, comme nous le demandons, entrer en ligne de compte les deux premières phases : celle des tendances et des mauvaises attitudes facilement réductibles encore, mais par un traitement orthopédique, on obtiendra les chiffres allant de 10 % à 80 %. Dans le même ordre d'idées, les anomalies visuelles englobent 6 % à 60 % des sujets, les troubles auditifs 2 % à 22 %, etc...

Et quelle est l'évolution de toutes ces défectuosités débutantes ? Elles s'accentueront avec la puberté et l'exercice de la profession, jusqu'à devenir irrémédiables : en dehors de nos enquêtes, d'autres effectuées, il est vrai, dans une voie différente, sont à cet égard, nous pourrions dire, gravement démonstratives, ce sont précisément celles qui donnent les résultats des examens médicaux au moment de l'incorporation.

Le Dr Laroche, de Montceau-les-Mines, directeur du Bureau départemental d'hygiène, comparant pour la même ville la morbidité des écoliers et celle des conscrits ajournés ou exemptés, constate que de l'âge scolaire à celui de l'incorporation, cette morbidité a presque triplé.

Dans une étude récente de la Revue l'*Education physique*, M. E. Charlent fournit sur le recrutement d'un régiment de la Sarthe les chiffres suivants : au total 53% des jeunes gens de ce département examinés et incorporés en 1924, sont ajournés, exemptés, réformés, ou classés dans les services auxiliaires, c'est-à-dire sont physiquement déficients. Les 47 % incorporés ne sont d'ailleurs pas des plus résistants : en un an, 32 % entrent à l'infirmerie, 25 % à l'hôpital et 6 meurent.

En Angleterre, John D. Comrie de l'Université d'Edimbourg, a publié (1) les résultats de l'examen de 10.000

(1) *Presse médicale*, Paris, 31 janvier 1920.

recrues et il conclut, de son côté, que des défectuosités physiques dignes de remarque peuvent être constatées sur les 4/5e de la population mâle adulte et que beaucoup de ces défectuosités se développent dans l'adolescence.

Il serait superflu d'insister davantage sur la nécessité, pour le médecin et par conséquent pour la fiche médicale, d'assurer le dépistage systématique de toute anomalie minime ou précoce, de tout facteur physique ou psychique susceptible de déterminer plus tard ou de former actuellement une entrave aux facultés de travail. Ainsi éclairée, l'orientation permettra d'apporter à temps les correctifs nécessaires et d'éviter de nouvelles éclosions pathologiques : cette proposition trouvera son écho dans les conclusions.

Or les fiches que nous avons eues sous les yeux ne semblent viser que la minorité des contre-indications absolues, elles ne tiennent compte, ni des conditions d'hygiène dans lesquelles vit le sujet, ni de la foule des prédispositions et des altérations légères ou débutantes, dont nous avons dégagé l'intérêt. Si nous voulons étendre l'action bienfaisante de l'orientation, il faut mettre tout médecin à même de juger *intégralement et méthodiquement* chaque espèce soumise à son appréciation.

***

Tel est l'esprit dans lequel nous avons établi la fiche. Après mention des antécédents héréditaires, collatéraux et personnels, de l'hygiène du milieu familial et individuelle, des contacts bacillaires, nous avons prévu deux colonnes. La première contient les indications courantes, celles qui sont le plus souvent à utiliser : à côté de chaque organe sont inscrits les troubles qui peuvent représenter des contre-indications ou des tendances morbides. D'un mot le médecin notera ceux qu'il observe.

Dans la seconde colonne figurent les indications complémentaires d'usage moins commun, les indications éventuelles (certains examens anthropométriques, certaines épreuves fonctionnelles, goût, odorat) ; mais il est certain que, selon les cas, ces indications comme les précédentes, peuvent devenir indispensables ou facultatives.

La fiche offre ainsi véritablement un guide, une nomenclature mise à jour, un inventaire détaillé, aussi complet que possible, des investigations nécessaires.

Que l'on n'objecte pas la multiplicité des rubriques : le médecin n'aura pas à les étudier toutes au même degré ; il restreindra son examen comme il l'entendra, il s'arrêtera sur les organes qui interviennent ou sont sollicités dans le métier ou le groupe de métiers choisi, et passera plus rapidement sur les autres ; n'en est-il pas de même de tout examen clinique ? Mais il aura sous les yeux, nous le répétons, toutes les conditions qui peuvent constituer des impedimenta, et il ne risquera pas de commettre d'omissions regrettables.

Fiche médicale d'orientation professionnelle

(*devant surtout servir de guide ou de nomenclature*)

DATE DE L'EXAMEN

Nom et prénoms de l'enfant — ADRESSE

Né le à — A Paris depuis

Métier désiré :

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES : Père (nationalité et état de santé). Mère (nationalité et état de santé). (grossesse, accouchement)

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX

» PERSONNELS : Né à terme ? ...... Poids à la naissance : 1re enfance : a marché à .... a parlé à...... a été propre à.... affections ou troubles. 2e enfance : affections ou troubles

Antécédents de tuberculose (ganglionnaire, suppurations, fistule, pleurésie, hémoptysie).

HYGIÈNE DU LOGEMENT : (Aération et ensoleillement, humidité, encombrement).

HYGIÈNE PERSONNELLE : (Alimentation, sommeil, boisson, tabagisme, habitudes de propreté, sports, excès divers. Contacts bacillaires anciens, récents ou actuels et durée des contacts....

	EXAMEN MÉDICAL	EXAMENS COMPLÉMENTAIRES
TAILLE DEBOUT : TAILLE ASSISE :		Rapport du poids à la taille.
POIDS :		
HABITUS	Faciès. Esthétique. Musculature. Obésité ou maigreur.	
PUBERTÉ	Début. Notation de l'évolution (pilosité, règles).	
PEAU ET CUIR CHEVELU	Transpiration mains. Transpiration pieds. Eruptions ou tendance. Sensibilité Etat du cuir chevelu.	Autres anomalies.
GANGLIONS PÉRIPH.	Cervicaux. Angulo-maxillaires. Sous-maxillaires. Sus-claviculaires. Axillaires. Inguinaux.	
BOUCHE DENTS ET GENCIVES	Etat de la dentition. Etat des gencives.	Goût. Evolution de la dentition Stigmates dentaires.
RHINO-PHARYNX	Coryzas, fréquence. Epistaxis, *id.* Perméabilité nasale. complète ou incomplète. Etat pharyngé, fréquence des maux de gorge. Amygdales. Végétations.	Odorat. Dyspnée d'origine nasale.
LARYNX	Affections. Fragilité.	
THORAX ET CEINTURE SCAPULAIRE	Configur. Réseau veineux. Déformations.	Périmètre. Ampliation (xiphoïdienne). Spirométrie.
POUMONS PLÈVRE ET HILE	Affections. Fragilité. Insuffisance respiratoire. Dyspnée. Signes d'adénop. troubles bronch.	Nombre de mouvements respirat. (avant effort, après effort). Insuffisance diaphragmatique.
CŒUR ET PÉRICARDE	Affections. Palpitations Arythmie.	Penser à l'arythmie respiratoire qui est physiologique chez l'enfant.
VAISSEAUX PÉRIPH.	Pouls. Varices ou tendance. Troubles circulatoires des extrémités.	Pression artérielle. Pulsations après un exercice. Durée du retour à l'état d'équilibre. Même recherche pour la pression artérielle.

PAROI ABDOMINALE	Musculature (abdomen gros, plat, dur). Etat de l'anneau inguinal. Hernies. Palper abdominal profond.	Réseau veineux. Tuberculose péritonéale.
ESTOMAC	Appétit. Digestions. Troubles d'orig. dyspeptique (vertiges, céphalées, nonchalances, irritabilité, etc.).	
INTESTINS	Troubles intestinaux. Hémorroïdes.	
FOIE	Troubles hépatiques.	
SYSTÈME OSSEUX ET ARTICULAIRE.		
COLONNE VERTÉBRALE	Mauvaises attitudes. Déformations. Souplesse. Autres affections.	
MEMBRES ET ARTICULATIONS	Conformation de la main Malformations ou anomalies. Malformations membres supérieurs. Malformations membres inférieurs. Pied plat ou tendance. Articulations. Souplesse articulaire.	Longueur des bras (acromion-extrémité médius). Envergure. Hauteur du pubis.
SYSTÈME NERVEUX :		
AFFECTIONS ET TROUBLES NERVEUX DIVERS	Elocution facile. Troubles de l'élocution. Vertiges. Troubles de la motilité (paralysie, contracture, atrophie, tremblement, agitation, tics, onychophagie, spasmes). Sensibilité (tendance aux névralgies, aux céphalées). Autres troubles.	Réflexes pupillaires. Autres réflexes. Troubles de coordination. Sympathicotonie. Vagotonie.
TROUBLES PSYCHIQUES	Emotivité. Tr. en rapport avec des altérations organiques Anomalies psychiques et caractérielles.	
SYSTEME GÉNITO URINAIRE	Ectopie testiculaire. Incontinence et troubles de la miction. Analyse d'urines.	Varicocèle. Hydrocèle. Atrophie. Kyste du cordon. Troubles vésicaux. Autres défectuosités. Albuminurie orthostatique.
THYROÏDE ET GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE	Hypothyroïdisme. Hyperthyroïdisme.	Autres glandes à sécrétion interne.
VISION SÉPARÉE DE CHAQUE ŒIL ET BINOCULAIRE	Affections oculaires (annexes). Acuité et troubles de réfraction. Chromatisme. Champ visuel.	Vision binoculaire (stéréoscopie, diploscopie). Sensibilité à la lumière. Sensibilité à l'application prolongée. Acuité à la lumière vive. Acuité à la pénombre. Acuité dans l'obscurité (Héméralopie).
AUDITION DE CHAQUE OREILLE	Affections : Oreille externe. Oreille moyenne. Oreille interne. Acuité	Sensibilité au bruit continu, violent.

Examens de spécialistes et de laboratoire. Rayons X, sang, etc.)
Examens ultérieurs.
Conclusions.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE

A propos d'instinct sexuel. — M. Jacques FISCHER (1) a tenté de hiérarchiser et de synthétiser les faits qui peuvent servir à créer une psychologie strictement en accord avec les lois de la biologie et de fournir ainsi une explication physiologique plausible de la formation de la pensée, dégagée de toute métaphysique.

Pour ce, renonçant à faire la *Somme* de cette psychologie, il adopte un exemple, destiné à indiquer la méthode générale qu'il conviendrait d'employer et destiné, en même temps, à fonder dans un domaine important de nos actes l'éthique qui découle de sa conception : cet exemple, c'est celui de la naissance et du développement chez l'homme, de la pensée d'amour.

Il rappelle à ce sujet deux expériences capitales, celle de STEINACH, (2) mettant en évidence l'érotisation du système nerveux et celle de SACHS sur le rôle des phosphates dans la floraison (3), la floraison étant considérée comme un équivalent végétal de la sexualité.

D'autre part, il insiste longuement sur l'importance du rythme dans toute la physico-chimie et dans toute la biologie.

Ce rythme existe dans les manifestations génitales des animaux, sous forme de poussées sexuelles.

Chez l'animal, l'instinct sexuel est impérieux, lors du rut : et la force de cette impulsion est telle qu'elle l'oblige à faire le sacrifice de son existence dans bien des espèces, pour obéir à la loi. Chez l'homme, au contraire, l'impulsion a rarement cette violence, mais, par contre, elle peut se déclancher à n'importe quel moment. Il ne subsiste que des vestiges de la poussée cyclique sous forme d'une excitation sexuelle augmentée au printemps et à l'automne.

Mais, pour M. Fischer, il n'en a pas toujours été ainsi et l'espèce humaine a connu un rythme lunaire dont la menstruation est un rappel et la crise intermenstruelle un autre petit rappel. Or les poussées sexuelles, dans toutes les espèces, peuvent présenter un peu de décalage, et de même que dans les espèces animales, il faut un certain temps pour que toutes les femelles aient eu leur temps d'amour, de même chez les femmes primitives, il y a eu des variations par rapport au rythme lunaire. Mais comme ce rythme treize fois répété dans l'année, est beaucoup plus fréquent que celui d'autres animaux, « la période totale pendant laquelle l'excitation sexuelle régnait, dans la tribu, parmi les femelles empiétait... sur l'intervalle de vingt-huit jours » et sur le rut mineur de la crise intersmenstruelle : au total parmi les femmes de la tribu, il y en avait toujours une qui était bien disposée et « le ou les mâles de la tribu était continuellement environné de femelles en état d'excitation sexuelle ».

Il en est résulté que le mâle a perdu la périodicité primitive et qu'il a perdu, en même temps, les bénéfices de la stimulation physiologique périodique. C'est alors que, pour compenser cette infériorité s'est développé une nouvelle faculté, l'imagination. L'imagination est capable

(1) *L'amour et la mort de*, essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine. Un volume in-8 de la Bibliothèque scientifique. Payot, édit.

(2) L'injection de cerveau et de moelle de mâle en rut détermine le rut de l'animal qui a reçu cette injection.

(3) Un sol riche en engrais phosphaté active la floraison.

Hôpital Saint Joseph de Marseille. — *Concours pour quatre places d'élèves internes en médecine et en chirurgie.* — Un concours d'internat s'ouvrira le 30 novembre 1925, à l'Hôpital Saint-Joseph, avenue du Prado, 183, devant le Conseil d'administration, assisté d'un Jury Médical.

Seront seuls admis à concourir : les étudiants en médecine ayant au moins huit inscriptions.

Le registre des inscriptions sera clos huit jours avant la date du concours. En conséquence les candidats devront avoir déposé au Secrétariat du Conseil d'Administration de l'hôpital Saint-Joseph, au plus tard huit jours avant l'ouverture du concours, les pièces suivantes :

1° Leur acte de naissance ;

2° Le certificat d'inscriptions délivré par le Secrétaire de l'Ecole de Médecine ou de la Faculté ;

3° L'indication de leurs services dans les hôpitaux.

Epreuves du concours

1° Epreuve écrite de pathologie médicale et chirurgicale.

2° Epreuve écrite d'anatomie et de physiologie (pour ces deux épreuves le temps de rédaction est fixé par le jury) ;

3° Epreuve clinique. Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie (10 minutes au maximum sont accordées pour l'examen de chaque malade et 1 heure pour la rédaction écrite) ;

4° Trois questions dites de garde : Chirurgie, Médecine, Pathologie spéciale, Accouchements et Syphilis (5 minutes sont accordées pour traiter oralement les trois questions après un temps égal de réflexion à huis clos et sans livres.

Il est accordé un maximum de 30 points pour la première épreuve 20 pour la deuxième, 30 pour la troisième, 20 pour la quatrième.

Sur le rapport du Jury médical et si le résultat des épreuves a été jugé satisfaisant, le Conseil d'administration nommera les élèves qui entreront en exercice le 1er janvier 1926.

La durée de leurs fonctions sera de quatre ans. Les élèves reçus Docteurs en Médecine au cours de leur service, seront considérés comme démissionnaires. Néanmoins, ils pourront être autorisés, sur leur demande, à terminer l'année en cours jusqu'au 31 décembre, sous la condition expresse de ne pas exercer la médecine hors de l'Hôpital.

Les internes sont logés et nourris à l'Hôpital, où ils assurent le service de garde et de réception des malades à tour de rôle. Ils reçoivent un traitement mensuel de 150 francs.

de créer un éréthisme cérébral, favorable à l'impulsion sexuelle.

L'impulsion sexuelle instinctive et l'impulsion imaginative, manifestations différentes d'une même énergie, s'additionnent pour créer la pensée d'amour.

Cette imagination est une force fantaisiste, souvent déraisonnable dont les folles productions, en des combinaisons de mauvais aloi, créent toute une série de viciations. « Nous sommes tous des fous sexuels », affirme M. J. Fischer, mais, il nous fait entrevoir les possibilités d'une thérapeutique qui s'appliquerait à l'idée d'Amour, et il nous indique, dès maintenant, les moyens certains d'amélioration et de transformation des pensées sexuelles viciées ou exaspérées. « Il n'est pas absolument certain conclut M. J. Fischer, que l'homme trouve sa joie suprême dans les délires psychiques » et il serait avantageux de le ramener au calme par une médication appropriée, comme on calme un agité par un soporifique

Henri VIGNES.

ANALYSES

La rétention d'urine dans les fibromes utérins (à propos de 1.000 observations de fibromes). (Louis BONNET, Thèse de Paris, 1925.)

La rétention d'urine, complication rare au cours des fibromes peut survenir brusquement sans raison apparente, due à un fibrome jusque-là latent. Cette complication a une valeur séméiologique importante.

Presque toujours il s'agit de rétention complète aiguë. Dans les cas de rétention chronique, il peut y avoir des mictions par regorgement et la rétention pourrait passer inaperçue.

Pour l'auteur, cette rétention n'est pas due exclusivement, comme l'indiquaient les classiques, aux fibromes de la face antérieure du col. Le plus souvent elle se rencontre dans les cas de fibrome de la face postérieure du col ou surtout du corps utérin.

Cette rétention d'urine est due à une compression de l'urètre contre la symphyse pubienne, compression directe en cas de fibrome antérieur, compression indirecte en cas de fibrome postérieur.

La rétention peut être due à l'étirement de l'urètre. Celui ci est attiré par l'utérus, refoulé lui-même par la masse fibromateuse.

Enfin à ces causes mécaniques est souvent associée la congestion pelvienne qui semble jouer un rôle analogue à celui qu'elle joue chez les prostatiques.

L. DIGONNET.

De la craniectomie décompressive dans les symptômes d'hypertension intracranienne. (Ch. BOURDILLON. Thèse Paris, 1925.)

I. L'auteur préconise la craniectomie décompressive (large trépanation de la boite cranienne, sans incision de la dure-mère) dans certains cas d'hypertension intracranienne.

L'auteur rapporte 13 observations dans lesquelles la craniectomie a amené de bons résultats.

La craniectomie décompressive a quelquefois une action palliative. Elle peut préserver la vision, atténuer ou faire disparaître la céphalée, les crises convulsives.

Mais elle peut aussi donner des résultats durables, quelquefois définitifs : les tumeurs cérébrales sont, en effet, souvent de nature bénigne, mais graves en raison de leur localisation intracranienne.

Dans quelques observations l'auteur rapporte des guérisons datant de 10 ans et plus.

II. Quant aux indications, elles sont nettement posées par l'auteur.

La craniectomie décompressive est formellement indiquée dans tous les cas d'hypertension où il existe une altération même minime de la vision ; baisse de la vision, obnubilation passagère de la vue (altérations qui s'accompagnent de stase papillaire).

S'il existe de la stase papillaire sans troubles visuels, on doit essayer du traitement spécifique, et lutter contre l'hypertension intracrânienne par des ponctions lombaires répétées tout en surveillant étroitement la vision.

La craniectomie décompressive est encore indiquée lorsque les autres signes d'hypertension intracranienne s'exagèrent rapidement, créant un danger pour la vie du malade.

Si la cécité est déjà complète, la persistance de la stase et des signes généraux d'hypertension entraînent d'urgence une craniectomie décompressive.

Dans les cas où une première craniectomie n'a pas produit de résultat, il y aura lieu d'en faire une seconde, celle-ci pouvant, d'après les observations de l'auteur, amener une amélioration.

L. DIGONNET.

De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. (DELORE-MALLET-GUY et VACHEY. *Revue de chirurgie*, n° 3, 1925.)

Pour les ulcères adhérents de la petite courbure seule la résection, quelles qu'en soient les difficultés, peut donner la guérison complète.

I. *La gastro-entérostomie* n'est indiquée que s'il existe un retentissement pylorique de l'ulcère, et encore bien souvent ne donne-t-elle dans ces cas que des améliorations passagères.

II. *La cautérisation* suivant le procédé de Balfour, ne doit être réservée qu'à certains cas :

Lorsque le malade ne peut faire les frais d'une intervention longue et laborieuse.

Lorsque la résection est anatomiquement impossible (dans les cas d'ulcus juxta-cardiaque, par exemple).

Ce procédé laisse persister l'ulcère toujours susceptible de dégénérer.

III. *La résection,* quand elle est possible, est le procédé de choix pour les ulcus adhérents de la petite courbure.

Seule, elle permet d'enlever complètement l'ulcère et d'éviter la transformation maligne, en même temps qu'elle libère des adhérences aux organes voisins et supprime de ce chef les douleurs.

Les auteurs pratiquent la résection cunéiforme.

Après exploration et extériorisation gastrique, ils libèrent pas à pas les lésions sous le contrôle de la vue et ce n'est qu'ensuite qu'ils font une section cunéiforme, puis les sutures.

Parfois, en cas de résection étendue, l'estomac étant rétréci, il sera utile de pratiquer une gastro-entérostomie.

Mais celle-ci sera faite au bouton, ce qui allongera peu l'intervention.

L. DIGONNET.

Traitement de l'hypospadias balanique. (LEGUEU. *Journal des Praticiens*, n° 11, 14 mars 1925.)

Le professeur Legueu passe en revue les divers procédés applicables au traitement de l'hypospadias balanique, procédés qui ne sont, en général, pas applicables à l'hypospadias pénien et scrotal.

Le premier temps de toutes les interventions, est le redressement de la verge, dont l'incurvation gêne les malades.

Plusieurs semaines après le redressement alors que toute trace de traumatisme a disparu : traitement de l'hypospadias par les procédés d'autoplastie.

1° Procédé de l'avivement de Duplay, qui échoue souvent.

2° Procédé de l'avancement urétral de Beck et von Acker. Il est difficile de disséquer l'urètre, et d'autre part, il se forme facilement un rétrécissement secondaire. Enfin, il peut y avoir désunion sous l'influence de l'érection.

Procédé dit du sac de M. Ombredanne.

4° Procédé de Chocholka de Prague, auquel M. le Pr Legueu donne la préférence.

Il consiste en une véritable tunnellisation cutanée ; et si l'on pratique en même temps une dérivation hypogastrique, on a toutes chances de guérir l'hypospadias.

L. DIGONNET.

Traitement du cancer de la vessie. (LEGUEU. *Journal des Praticiens*, 11 avril 1925.)

Le professeur Legueu étudie les différents traitements appliqués au cancer vésical.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL consiste en résections :

Résection partielle qui s'applique surtout aux cancers hauts, du dôme vésical ou de la partie latérale du dôme. Cette résection permet d'enlever les 4/5 de la vessie en un ou deux temps.

Résection totale pour tous les cancers implantés au-dessous de la zone du trigone, ou même au niveau d'un orifice urétéral.

Cette intervention nécessite un abouchement des uretères à la peau de la région hypogastrique, ou de la région lombaire après double lombotomie.

Elle peut donner quelques années de survie. En raison d'une série de difficultés ultérieures cette intervention est de plus en plus abandonnée.

La cystostomie a pu quelquefois atténuer certains symptômes (douleur de la miction en cas de cancer propagé au col vésical.

LE RADIUM doit être abandonné dans le traitement du cancer vésical.

LES IRRADIATIONS PROFONDES peuvent être appliquées au cancer de la vessie. Barcelot, dans sa thèse, rapporte deux cas de cancer vésical guéris par ce procédé. Mais cette méthode expose à certains dangers : brûlure des téguments, phénomènes de choc, diarrhée sanguinolente, et peut-être généralisation cancéreuse.

LE MÉSOTHORIUM, paraît agir favorablement sur le cancer vésical, employé soit en injections intraveineuses, soit en injections intramusculaires si le traitement doit être prolongé, ou même en injections péri-vésicales.

L. DIGONNET.

Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastriques et ovarienne. (R. LERICHE. *Presse Médicale*, n° 29, 11 avril 1925.)

L'auteur rapporte quelques résultats des plus encourageants, à la suite de cette intervention.

Dans deux cas de dysménorrhée sans cause apparente avec petit utérus et ovaires polykystiques, la guérison fut obtenue à la suite de sympathectomie hypogastrique et ovarienne bilatérale.

Dans deux cas de kraurosis vulvæ, il y eut guérison pour l'un, amélioration pour l'autre. Enfin il rapporte la guérison, à la suite de sympathectomie des deux hypogastriques, d'une malade présentant des douleurs pelviennes.

Ces douleurs étaient survenues après un traitement curiethérapique pour cancer du col utérin, en dehors de toute récidive du cancer.

Ces résultats permettent de dire que les essais de sympathectomie sont légitimes. Cette intervention est d'une grande ressource en gynécologie, dans certains syndromes douloureux, dans certains troubles sensitifs, trophiques et sécrétoires d'origine mal caractérisés.

L. DIGONNET.

Technique opératoire de la colpectomie totale dans le prolapsus complet des femmes âgées. (DUJARIER et LARGET. *Journal de Chirurgie*, mars 1925.)

Les A. pratiquent sous anesthésie rachidienne une résection de toute la paroi vaginale.

Pour cela, après avoir attiré le col au dehors, ils amorcent la dissection par une incision circulaire qui passe à un travers de doigt en avant de la fourchette. Sur cette incision ils branchent en avant et en arrière deux incisions verticales qui arrivent à quelques centimètres du col.

Ceci fait, si toute la paroi vaginale a bien été sectionnée, il est facile de décoller de haut en bas la paroi vaginale en deux lambeaux. Si l'on est dans le bon plan de clivage l'intervention est facile et il n'y a pas d'hémorragie. Les deux lambeaux sont sectionnés au niveau du col utérin.

On complète l'intervention par une large résection du col, et l'on ferme au catgut le moignon. On met en place un faisceau de crins et l'on ferme par étages la surface cruentée.

Cette technique s'applique dans certaines conditions à certaines femmes âgées ayant un gros prolapsus.

L'intervention est peu choquante, mais ne doit être pratiquée qu'après un examen complet des malades.

Les résultats de la méthode sont excellents.

L. DIGONNET.

Traitement opératoire des fractures sus et inter-condylienne de l'humérus chez l'adulte. (CARRIER et PETIT-DUTAILLIS. *Journal de Chirurgie*, décembre 1924.)

Pour éviter les troubles graves consécutifs à ces fractures, les A. recourent à l'ostéosynthèse aussi précoce que possible par la voie trans-olécranienne d'Alglave.

1° Incision U en dont les branches passent par l'épicondyle et l'épitrochlée remontant à 6 à 7 cm. au-dessus de ces éminences ; la convexité de l'incision doit répondre à la base même de l'olécrâne.

2° Libération et découverte large du nerf cubital qui est récliné en avant de l'épitrochlée à l'aide d'une compresse humide.

3° Incision des plans profondes : faisceaux du vaste interne, de l'expansion du triceps, des ailerons olécraniens jusqu'à l'ouverture de l'articulation.

4° Section transversale de la base de l'olécrâne.

5° L'olécrâne est relevé avec le tendon du triceps, ce qui donne une exposition large de l'épiphyse humérale inférieure.

6° Traitement des lésions : nettoyage de l'articulation ; évacuation des caillots qu'elle contient ; ostéosynthèse à l'aide d'une vis transversale pour reconstituer d'abord l'épiphyse, puis coaptation diaphyso-épiphysaire à l'aide d'une autre vis.

7° Remise en place de l'olécrâne en cherchant à obtenir une coaptation aussi rigoureuse que possible et suture au fil métallique.

8° Transposition du nerf cubital en avant de la trochlée pour éviter le contact du nerf et de la tête des vis.

Immobilisation pendant 8 jours par une attelle. Mobiliser rapidement à partir du 8e jour par un traitement mécanothérapique progressif.

L. DIGONNET.

Tétanie parathyréoprive et greffes parathyroïdiennes (M. CHARBONNEL. *Journal de chirurgie*, février 1925.)

L'Auteur rapporte un cas de thyroïdectomie totale extra-capsulaire, pour goitre en voie de transformation maligne, suivie de tétanie post-opératoire et de crises épileptoïdes : accidents traités par greffe parathyroïdienne hétéroplastique et chlorure de calcium.

A propos de ce cas, l'A. indique la fréquence de la tétanie à la suite des opérations thyroïdiennes, et sa prophylaxie.

Il étudie ensuite les divers modes de traitement applicables aux accidents de tétanie :

I. Traitement médical symptomatique et calcique.
II. Traitement opothérapique.
III. Traitement chirurgical par les greffes parathyroïdiennes.

a) Soit par greffes autoplastiques ;
b) Soit par greffes homoplastiques ;
c) Soit par greffes hétéroplastiques.

Les premières de ces greffes sont les plus favorables au point de vue biologique, mais difficiles à appliquer dans la pratique.

Les greffes homoplastiques sont facilement applicables et paraissent efficaces.

Quant aux greffes hétéroplastiques, elles n'ont, semble-t-il, aucune valeur.

La technique la meilleure est la suivante : asepsie absolue, hémostase complète du lit du greffon ; implantation aussi rapide que possible après sa prise, du greffon, dans la rate la moelle osseuse, le tissu sous-péritonéal, mais pas dans la plaie qu

peut suppurer, bien décapsuler le greffon, et au besoin le fragmenter pour favoriser sa nutrition et sa prise.

L'A. conclut que les résultats de la thérapeutique mise en jeu contre les accidents de tétanie post-opératoire sont aléatoires. Il faut donc, de toute nécessité, sauf en cas de cancer thyroïdien massif, conserver des parathyroïdes sur place et dans de bonnes conditions de vascularisation.

En présence d'une tétanie déclarée, il faudra outre le traitement par le chlorure de calcium tenter des greffons soit homo, soit hétéroplastiques et surtout renouveler ces greffes, car l'action des greffons s'épuise par dégénérescence.

L. DIGONNET.

Technique de l'intervention sanglante dans les fractures condyliennes du tibia. (P. BROCQ et PANIS. *Journal de chirurgie*, avril 1925.)

Seule l'ostéosynthèse peut, dans les cas de fractures condyliennes du tibia, rétablir l'anatomie normale de l'épiphyse tibiale et par conséquent rendre à l'articulation si délicate qu'est le genou l'intégrité de ses fonctions.

Pour pratiquer aisément l'ostéosynthèse des condyles tibiaux, il faut relever la rotule et le tendon rotulien. La particularité de l'intervention des auteurs consiste en une résection temporaire de la tubérosité antérieure du tibia. Cette résection est faite en un bloc trapézoïdal à grande base profonde, de façon à constituer l'assemblage dit « en queue d'aronde ».

Le tenon trapézoïdal sera taillé sur le tibia, au moyen de la scie ordinaire pour le trait inférieur, à la scie de Gigli pour le trait supérieur et la base. Le trait supérieur ne sera tracé qu'après avoir passé la scie de Gigli en dessous du tendon rotulien, de façon à éviter la section de ce tendon et à respecter ses insertions osseuses.

Le bloc trapézoïdal est déplacé par glissement latéral puis relevé avec le tendon rotulien et la rotule.

On obtient ainsi une exposition large du foyer de fracture qui permet la réduction exacte du déplacement et l'évacuation complète de l'hémarthrose, habituelle dans ces cas.

Après ostéosynthèse des condyles tibiaux le tenon trapézoïdal est replacé dans sa mortaise, et l'on obtient une attache solide du tendon rotulien sur le tibia. De plus, il se produit une consolidation rapide qui permet la mobilisation dès le cinquième jour.

L. DIGONNET.

Un cas d'anurie par double intoxication traité par le scillarène. (Gabriel PERRIN. *Les Sciences médicales*, 31 mars 1925.)

Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'excès alimentaires, portant sur des viandes de charcuterie avariées (présence de moisissures) et renfermées dans des boîtes de conserve, présenta les symptômes graves d'une double intoxication : par les ptomaïnes et par le sulfure de plomb, avec tout un cortège symptomatique grave et un état général des plus inquiétant, il existait, en outre, une anurie complète depuis plusieurs jours.

Il fallait, à tout prix, rétablir la diurèse et vaincre le barrage rénale.

« La théobromine, essayée, peut-être à tort, n'amena aucune amélioration, bien plus, à partir de ce moment, le rein fut complètement bloqué ». Le prof. Gabriel Perrin établit alors le traitement suivant : ventouses scarifiées à la région lombaire, sangsues sur le triangle de J.-L. Petit, saignée, sérum physiologique caféiné. Aucune amélioration ne se produisit, l'état général devenait tout à fait alarmant, avec hypertension élevée, douleurs abdominales, excessives, et toujours anurie complète.

L'auteur s'adresse alors au scillarène, et administre, par la voie intra-musculaire, dans les 24 heures, 3 ampoules de 0 milligr. 17 de ce cardio-rénal (une ampoule toutes les 4 heures). Apparition, dès la troisième injection, de quelques gouttes d'urine, puis, véritable débâcle urinaire. Au bout de 24 heures, cinq litres d'urine avaient été émis.

A l'analyse, la toxicité urinaire apparut considérable ; les jours suivants, deux injections d'une ampoule de scillarène furent faites et la diurèse persista dans les meilleures conditions.

Le prof. Gabriel Perrin donne à cette observation la conclusion suivante :

« Ce qu'il importe de retenir dans cette observation fort instructive, c'est que dans les cas de néphrite aiguë par intoxication ou autre cause, lorsqu'il y a rétention urinaire ou plutôt insuffisance rénale, il faut utiliser le glucoside de la scille. Grâce à ce puissant diurétique, dépourvu d'inconvénients, la perméabilité rénale est réveillée, souvent même dans les cas les plus graves d'anurie, et cela présente un véritable progrès en thérapeutique ».

Tuberculose pulmonaire et traumatisme. (L. CROIZIER, *Loire Médicale*, février 1925.)

Observation d'accident du travail. Le blessé pris entre deux blocs de pierre présente plusieurs fractures de côtes à gauche, puis un hémothorax qui suppure et nécessite une pleurotomie avec résection osseuse. La guérison est assez rapide (six mois environ). L'expert fixe à 40 % l'invalidité permanente et réserve l'avenir au point de vue de la tuberculose pulmonaire. Trois ans après le blessé fait une bacillose évolutive bilatérale. Les lésions les plus avancées siègent cependant du côté droit et l'auteur, qui voit le malade pour la première fois reconnaît dans sa femme une tuberculeuse qu'il a examinée un an auparavant ; une enquête discrète lui permet de se rendre compte que le ménage néglige les soins d'hygiène les plus élémentaires ; mais il est lié par le secret professionnel et le tribunal impressionné par les termes du certificat de consolidation, donne gain de cause à l'ouvrier. C. en conclut que « l'action déterminante de l'accident dans cette affaire a été nulle, de toute évidence » et que « c'est une erreur judiciaire de plus à enregistrer ». L'observation est intéressante au point de vue médico-légal, mais les arguments de l'auteur ne nous paraissent pas décisifs ; peu importe que le blessé ait été contaminé par un bacille conjugal à domicile ou par un bacille étranger dans la rue (et encore la thèse de Roussel, de Lamotte-Beuvron, nous autorise-t-elle à faire des réserves sur l'existence de la tuberculose conjugale) ; le point capital de la question consiste à établir s'il y a un rapport de cause (même occasionnelle) à effet entre le traumatisme et l'apparition de la tuberculose pulmonaire ; car il est difficile d'admettre que des fractures multiples de côtes, un hémothorax et une pleurotomie ne mettent pas l'appareil respiratoire en état de moindre résistance. L'expert avait agi consciencieusement et fait preuve de prévoyance et de perspicacité ; on ne saurait lui reprocher d'avoir engagé l'avenir alors que les évènements lui ont donné raison. L'A. passe sous silence un point très important ; au cours du traitement ou lors de la fixation de l'incapicité primitive, y a-t-il eu un examen radioscopique et bilatéral ? ou une radioscopie ? Si oui qu'ont-ils révélé ? Sinon c'est bien regrettable, car ils auraient constitué un témoignage de premier ordre.

J. LAFONT.

Le traitement de la coqueluche. (J. TAILLENS, *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 janvier 1925.)

L'A., qui a publié en 1903, sa thèse de privat-docent sur ce sujet, étudie les ressources d'une thérapeutique plus riche en médications que réellement efficace. Il passe en revue celles que l'on a recommandées pour leur activité. 1° Le vaccin anticoquelucheux (Whooping Cough vaccine C. de la maison Parke et Davis) est incapable de guérir la coqueluche sauf peut-être dans des cas exceptionnels. 2° L'adrénaline a démontré sa parfaite inutilité. 3° Les injections intramusculaires d'éther semblent capables de guérir la coqueluche dans un temps relativement court ; mais il faut compter avec la douleur du procédé et l'inconstance des résultats. 4° L'Ipécopan Sandoz, dérivé de la poudre de Dover, composé d'émétine et d'alcaloïdes de l'opium, a donné un pourcentage intéressant de cas favorables. 5° Le meilleur médicament reste le bromoforme, qui semble posséder une action directe, spécifique antiseptique sur l'agent causal de la maladie ; mais il est souvent administré « au mépris des indications physiologiques et pharmacodynamiques qui en dictent l'emploi ». Bien dosé, il possède une régularité

d'action constante ; il diminue le nombre et l'intensité des quintes et raccourcit la durée de la maladie, bien qu'il ne constitue pas un véritable spécifique..

J. LAFONT.

La signification de l'érythème noueux. (Marcel MEUNIER, *Revue Belge de la tuberculose*, novembre 1924.)

L'opinion actuelle de la majorité des médecins fait de l'érythème noueux une manifestation tuberculeuse. Cette théorie s'appuie sur trois séries d'arguments : 1° cliniques (coexistence d'une tuberculose déclarée, discrète ou latente) ; 2° biologiques (fréquence anormale et intensité de la cuti-réaction) ; et 3° anatomo-pathologiques (reproduction de nodules érythémateux par injection de tuberculine). Cependant la tuberculose ne constitue pas à elle seule l'étiologie de l'érythème noueux ; l'association des deux affections est fréquente, mais elle n'a pas un caractère de constance rigoureux. Le rhumatisme et plus rarement la syphilis, le paludisme et la lèpre jouent un rôle accessoire ; dans certains cas l'érythème noueux apparait même comme primitif, ce qui explique la thèse de l'*autonomie*.

L'érythème noueux primitif constituerait alors une véritable maladie éruptive autonome, qui aurait pour caractères : 1° la modalité évolutive (invasion fébrile, éruption en plusieurs poussées, quelquefois desquamation) ; 2° l'allure contagieuse et même épidémique ; 3° l'immunisation ; 4° l'apparition saisonnière (printemps et automne) ; 5° la porte d'entrée de l'agent infectieux ignoré (par la gorge ?).

L'A. en conclut que l'érythème noueux est une maladie infectieuse spécifique, analogue aux fièvres éruptives, mais faiblement contagieuse. Pour qu'elle apparaisse cliniquement il faut que l'organisme y soit préparé par une cause de débilitation antérieure diminuant sa résistance et qui est, dans la grande majorité des cas, l'infection tuberculeuse. En retour l'érythème noueux réveille cette maladie, tantôt bénignement, tantôt gravement ; il *réchauffe* habituellement la tuberculose.

J. LAFONT.

Some cases of diabetic coma complicated with uræmia and some remarks on the previous history of the diabetic coma. (Observations de coma diabétique compliqué d'urémie avec remarques historiques). (Erick WARBURG, *Acta medica scandinavica*, 3 janvier 1925.)

Bref résumé de l'historique du coma diabétique ; le premier cas a été publié par Stosch en 1828. La dégénérescence aiguë des reins survient dans quelques cas ; l'albuminurie est alors le plus souvent légère. Le sucre sanguin est très abondant, alors que la glycosurie est relativement faible ; l'acide diacétique et l'acétone peuvent manquer. Dans un certain nombre de cas la respiration ne prend pas le rythme typique du Cheyne-Stokes. La dégénérescence rénale est combattue, tout au moins partiellement, par le traitement à l'insuline. Il est nécessaire de lutter à temps et énergiquement contre le coma, pour éviter les complications cardiaques et rénales. Les toniques cardiaques et les diurétiques jouent un rôle considérable en liaison avec l'hormone pancréatique.

J. LAFONT.

On the treatment of syphilis of the aorta (Le traitement de l'aortite syphilitique). (H. SCHOTTMULLER, *American journal of syphilis*, janvier 1925.)

Le traitement doit être commencé dès que le diagnostic est posé, en combinant l'arsenic et le mercure. Le néosalvarsan est administré chaque semaine, jusqu'à concurrence de 5 grammes ; la première dose est de 0,45 chez l'homme et de 0,30 chez la femme, les suivantes respectivement de 0,60 et de 0.45.

L'injection arsenicale est suivie immédiatement d'une injection mercurielle, en laissant l'aiguille en place dans la veine et en utilisant une seconde seringue. Le traitement est complété par une cure de deux mois d'iodure de potassium. Si le Wassermann demeure, il y a lieu d'injecter de 0,45 à 0,60 de néosalvarsan tous les mois pendant 2 ou 3 ans.

J. LAFONT.

On the relative value of symptoms and physical signs in the early diagnosi pus oilmonary tuberculosis. (La valeur relative des symptômes et des signes physiques dans le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire). (D. G. MACLEOD MUNRO, *Practitioner*, avril 1925.)

Le groupement des symptômes constitue en pratique le *syndrome toxémique* du début de la tuberculose pulmonaire et sa valeur est considérable dans le cas où les signes physiques sont incomplets ou absents : il ne peut être considéré comme pathognomonique, mais son importance est grande, une fois les autres causes d'infection éliminées. Le sujet se plaint d'un malaise général et d'une lassitude au réveil, qui passent dans la journée et réapparaissent le soir. La fièvre est une indication et un élément de base pour le diagnostic, à condition qu'il n'y ait ni sinusite, ni appendicite, ni amygdalite, etc ; mais son absence ne permet pas de rejeter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. La tachycardie est fréquente (90 % d'après Fishberg), la tension artérielle basse. L'anorexie et le fonctionnement défectueux du tube digestif déterminent un amaigrissement progressif. Le caractère se modifie ; on constate de l'irritabilité et de l'asthénie. Une étude minutieuse des différents symptômes permet souvent d'établir, avant l'examen physique du thorax, le diagnostic que confirmeront tôt ou tard l'examen des crachats et le passage à l'écran. J. LAFONT.

Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire, Jean CAUSSIMON. *Thèse Bordeaux* 1925, 185 p. Imprimerie de l'Université.)

Etude détaillée des réactions fébriles menstruelles dans la tuberculose pulmonaire. La température centrale subit des modifications importantes dans 32 % des cas ; les proportions se décomposent de la façon suivante : augmentation de l'amplitude des oscillations (12 %) ; hyperthermie en clocher (10 %) ; élévation du niveau moyen de la température (10 %). Les réactions thermiques post-menstruelles se manifestent dans 12 % des cas : hyperthermie en clocher (1 %) ; élévation du niveau moyen de la température (2 %) ; augmentation de l'amplitude des oscillations (3 %) ; réactions graves, bruyantes, à manifestations pulmonaires ou extra-pulmonaires (6 %). L'A. suppose l'existence d'une bacillémie d'intensité variable à l'occasion de ces poussées fébriles ; il admet que la menstruation représente pour les tuberculeuses pulmonaires une épreuve dont elles sortiront indemnes ou affaiblies selon que leurs lésions seront en voie de cicatrisation ou en évolution. J. LAFONT.

The effects of inanition and malnutrition upon growth and structure (Les effets de l'inanition et de la mauvaise nutrition sur la croissance et la structure) par C. M. Jackson. Un vol. in-8° de 616 p. ; 117 illustrations. Philadelphie, P. Blakiston éditeur ; 1925. Prix : 8 dollars).

Cet ouvrage, consacré aux effets de l'inanition totale ou partielle, représente des années de recherches de l'A. professeur d'anatomie à l'Université de Minnesota et de ses collaborateurs. Il s'adresse aux biologistes, qui y trouveront les caractères fondamentaux de la vie organique ; aux anatomistes, qui étudient les problèmes de la morphogénèse ; aux physiologistes et aux biochimistes, qui travaillent dans le domaine de la nutrition humaine et animale ; et aux médecins qui y reconnaitront un des facteurs les plus importants de la pathogénie, spécialement en ce qui concerne la pédiatrie. Il constitue une revue générale de tous les faits publiés et renferme une bibliographie de 108 pages ; ce chiffre seul donne une idée de l'importance des recherches faites J. Lafont

Infection, immunity and inflammation. A study of the phenomena of hypersensitiveness and tolerance and their relationship to the clinical study, prophylaxis and treatment of disease (Infection, immunité et inflammation. Etude des phénomènes d'anaphylaxie et d'immunité et de leurs rapports avec la clinique, la prophylaxie et le traitement). (Fraser B. Gurd. Un vol. in-8°, de 329 p., St Louis, Mosby, éditeur. 1924. Prix : 5 dollars.)

Depuis la découverte du phénomène de l'anaphylaxie en 1906, on a étudié dans le monde entier les rapports entre les phénomènes d'intolérance et les processus d'immunité. L'éminent chirurgien de Montréal a traité la question plus particulièrement au point de vue de la clinique et de la prophylaxie des maladies infectieuses. L'anaphylaxie constitue pour lui le premier degré de la réaction d'immunisation et, bien que dans certaines circonstances, elle constitue un danger pour l'existence du sujet, elle n'en a pas moins une grande utilité par le fait que l'hypersensibilité des tissus aux protéines bacillaires leur permet de se défendre immédiatement par l'hyperhémie locale, l'hyperleucocytose et la phagocytose. J. Lafont.

BIBLIOGRAPHIE

Une ville morte de Savoie : Conflans (Albertville), par G. Pérouse. Un beau volume in-4° écu (20 × 26) de 162 pages, sur vélin pur fil de Rives, illustré de 16 héliotypies hors texte et de 20 vignettes au trait d'après les dessins d'André Jacques. Prix : 40 francs. Librairie Dardel, Chambéry.

Cette ville morte, c'est Conflans où rien ne bouge, le soir, que l'eau de deux grandes fontaines dont l'une date de Louis XIV et l'autre de Louis XV ; une ancienne ville forte, où l'on entre toujours par la Porte de France ou par la Porte Tarine, pour y trouver, derrière le rempart encore debout, parmi les treilles opulentes, au bord des ruelles pentives, des maisons qui sommeillent et d'autres qui s'écroulent, élégantes ou pittoresques : c'est Conflans, où cinq châteaux dressèrent leurs tours ; où les lignes vénitiennes du Château Rouge étonnent, avec leurs briques du XIVe siècle, dans ce cadre de pierres, si loin de la lagune ; où la Grande Place, si savoyarde, ressemble aussi à un coin de Sienne, depuis qu'un Conflarain y a bâti, toujours au XIVe siècle, la Maison Rouge ; où un citoyen de Bergame éleva les murs de Costaroche ; où les ruines du château de la Val-d'Isère dorment sous terre, au pied de la Tour Sarrasine, à l'ombre de deux beaux cyprès.

C'est Conflans, entre l'Isère et l'Arly, au débouché de la Tarentaise, à l'entrée de la Combe de Savoie, dans le cadre merveilleux de ses vallées, sur le rocher qui commande le grand carrefour des routes de Savoie. Les routes, là-haut, dans la montagne, ne changent guère ; c'est la nature qui les a tracées, immuables comme elle, et nous pouvons être assurés que, là où nous marchons, d'autres ont passé, depuis qu'il y a des hommes qui vont et viennent. La grande rue de Conflans a vu monter et redescendre, aux temps antiques, les ancêtres Gaulois, les Romains et les Francs. Quand leurs formules politiques et sociales eurent péri, on vit luire, comme une grande espérance, l'aube des temps féodaux, et l'on crut qu'ils ne finiraient pas quand les seigneurs de Conflans eurent bâti l'une des plus formidables forteresses des Alpes. Mais bien des étapes restaient à faire sur la route où les hommes marchent en s'imaginant qu'ils avancent. On crut à un progrès quand les Comtes de Savoie se mirent à regrouper le territoire, à refaire une monarchie, dans le temps où deux de leurs fonctionnaires alignaient à Conflans les briques du Château rouge et de la Maison rouge. Les nouveaux Etats, cependant, se heurtent et grandissent, et voici que nous rencontrons à Conflans les soldats de François Ier, Henri IV et Richelieu, les troupes de Louis XIV. Au milieu du 18e siècle, la vieille ville prospère encore, autour de la fontaine de sa Grande Place, mais une révolution économique s'annonce, qui va ruiner Conflans, en lui faisant perdre ses marchés et ses foires. Un village, bâti au pied de son rocher, héritera d'elle, pour grandir, pour absorber la ville morte, pour devenir la très vivante Albertville, où l'histoire de Conflans continue depuis deux fois mille ans.

Cette histoire, M. Gabrielle Pérouse, archiviste de la Savoie, vient de l'écrire en y mettant toute sa science d'historien, ses goûts éclairés d'archéologue et son talent de conteur.

Le peintre-graveur André Jacques, qui l'a illustrée, sait dire la langue émouvante des vieilles pierres. Dans ses lavis, c'est l'âme même de la cité déchue qui ressuscite, éclairée des lumières diverses de l'automne et du printemps, et qui s'exprime à nous dans les bâtiments robustes, les masures chancelantes, les vivantes fontaines ou les remparts somnolents. Et il a complété son « pourtraict » de dessins au trait qui fixent, en les composant avec bonheur, cent détails qui parent la vieille ville et la marquent de leur accent pittoresque.

Ce beau livre fera plus qu'intéresser tous ceux qui aiment la Savoie ou la vielle société Française, ou les Alpes, il les charmera, avivera leurs souvenirs, ou leur donnera pour but une des plus belles promenades qu'il soit.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

De Grenoble à Turin en Auto-Car

Parmi les services annexes qui se rattachent aux services automobiles de la Route des Alpes et du Jura et qui ont été créés cet été, il convient de signaler le service Grenoble-Briançon-Turin.

Ce service, qui n'avait pû être mis en marche jusqu'ici par l'itinéraire Briançon-Mont Genèvre Col de Sestrières-Fenestrelle-Pignerol, fonctionnera tous les jours, du 1er août au 15 septembre, en empruntant l'itinéraire Grenoble Lautaret-Briançon-Clavières-Oulx-Suse.

Billet simple, prix : 120 fr. ; billet aller retour, prix : 210 fr.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 37. Le Numéro : 50 Centimes 12 SEPTEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine. — PARIS. — M. Chauffard, professeur de clinique médicale, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er septembre 1925 et cessera ses fonctions le 31 octobre 1925.

— TOULOUSE. — *Doctorat « honoris causa ».* — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Toulouse, en date du 26 juin 1925, conférant, sur la proposition de la Faculté de médecine de cette Université, le titre de docteur « honoris causa » à MM. Bordet, professeur à l'Université libre de Bruxelles ; Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone ; Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid ; Saranelli professeur à l'Université de Rome.

Faculté de pharmacie de Paris. — M. Radais, professeur est nommé doyen pour trois ans, à dater du 1er novembre 1922.

Agrégés de pharmacie. — Un décret en date du 4 août 1925 porte que :

« ARTICLE PREMIER. — Les agrégés des facultés de pharmacie sont nommés, pour neuf ans, dans les formes prescrites par un arrêté ministériel.

Ceux qui ne sont pas assujettis à l'impôt des patentes pourront être nommés sans limite de temps, après un stage minimum de deux années d'enseignement régulier, sur la proposition de la faculté et après avis favorable de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

ART. 2. — Les agrégés qui seront assujettis à l'impôt des patentes postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice.

ART. 3. — Les dispositions du second paragraphe de l'article 1er sont applicables aux agrégés en exercice institués avant la promulgation du présent décret. »

— Voici l'arrêté ministériel en date du 4 août 1925 ;

« ARTICLE PREMIER. — Les candidats aux emplois d'agrégés dans les facultés de pharmacie doivent subir l'un ou l'autre des deux examens préalables ci-après déterminés :

A. *Examen de pharmacie clinique et des sciences physiques et chimiques appliquée à la pharmacie.* — 1° Pharmacie chimique ; 2° Physique ; 3° Chimie minérale ; 4° Chimie organique ; 5° Chimie biologique ; 6° Chimie analytique ; 7° Toxicologie ; 8° Minéralogie et hydrologie.

B. — *Examen de pharmacie galénique et des sciences naturelles appliquées à la pharmacie.* — 1° Pharmacie galénique ; 2° Botanique ; 3° Matière médicale ; 4° Cryptogamie ; 5° Microbiologie ; 6° Zoologie et parasitologie ; 7° Géologie, minéralogie et hydrologie ; 8° Hygiène.

ART. 2. — Pour chaque examen, les sessions ont lieu, à la Faculté de pharmacie de Paris, aux époques déterminées par le ministre, après avis de la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public. Elles sont annoncées par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché dans les secrétariats d'accadémie, dans les facultés de pharmacie et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie trois mois au moins avant leur ouverture.

ART. 3. — Nul ne peut être admis à se présenter s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il n'est pourvu, soit du diplôme de pharmacien et du diplôme de docteur ès sciences, soit du diplôme supérieur de pharmacien.

Les candidats peuvent être admis à se présenter à l'un et à l'autre des deux examens.

ART. 4. — Les candidats se font inscrire au secrétariat de leur académie deux mois au moins avant l'ouverture de la session de l'examen pour lequel ils déclarent se présenter.

Ils joignent aux pièces justifiant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 3 un exposé de leurs titres, services civils et militaires et travaux, et déposent deux exemplaires au moins des mémoires ou travaux qu'ils ont publiés.

Ils indiquent celle des matières, énumérées à l'article 7 ci-après sur laquelle devra porter la première leçon orale faite après vingt-quatre heures de préparation, ainsi que ceux des enseignements pour lesquels ils déclareront se spécialiser et d'où sera tiré le sujet de la seconde leçon orale faite après quatre heures de préparation.

ART. 5. — Pour chaque examen, il est constitué un jury de sept membres nommés par le ministre.

En vue de la constitution de ce jury, chacune des facultés de pharmacie présente une liste de quatre professeurs ou agrégés : sur ces listes, le ministre choisit les sept membres titulaires et désigne, en outre, sur ces mêmes listes, quatre membres suppléants destinés à compléter le jury par voie de tirage au sort au début de la première séance, en cas d'empêchement d'un ou de plusieurs des membres titulaires.

ART. 6. — Le mode de fonctionnement du jury d'examen est réglé par les dispositions des articles 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 de l'arrêté du 16 novembre 1874 sur les concours d'agrégation.

ART. 7. — Chaque examen comprend quatre épreuves, à chacune desquelles est attribué un nombre de points dont le maximum est fixé comme il suit :

A. *Première épreuve.* — Appréciation des titres, services civils et militaires, travaux du candidat. Maximum : 30 points.

B. *Deuxième épreuve.* — Composition écrite, sans l'aide de documents, sur un sujet de pharmacie chimique pour le premier examen, de pharmacie galénique pour le second. Cinq heures sont accordées pour la composition. Maximum : 20 points.

C. *Troisième épreuve.* — Leçon orale d'une durée d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet tiré, soit de la physique, soit de la chimie, pour le premier examen ; soit de la botanique, soit de la zoologie pour le second examen, suivant l'option manifestée par le candidat dans les conditions prévues à l'article 4. Maximum 20 points.

D. *Quatrième épreuve.* — Leçon orale d'une durée d'une heure après quatre heures de préparation dans une salle fermée : le candidat aura la libre disposition des documents de la bibliothèque de la faculté ; cette leçon portera sur un sujet tiré des matières propres à un des enseignements pour lesquels il aura déclaré se spécialiser, dans les conditions prévues à l'article 4. Maximum : 20 points.

ART. 8. — Tout candidat ayant obtenu, pour l'ensemble des épreuves, un total de points au moins égal à 65, est déclaré admis.

ART. 9. — Après l'examen, les notes obtenues pour chaque épreuves sont rendues publiques et inscrites au dossier de chaque candidat.

Agrégation. — Art. 10. — Les candidats déclarés admis à l'examen sont inscrits sur une « liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les facultés de pharmacie ».

Art. 11. — Sur cette liste les candidats sont rangés par année d'inscription et, dans chaque année, par ordre alphabétique, avec mention de l'examen subi.

La liste est revisée tous les ans par la Commission des sciences médicales sociales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public qui peut, le cas échéant, proposer des radiations au ministre.

La radiation d'un nom inscrit sur la liste d'aptitude ne peut être proposée par le Comité consultatif qu'après un rapport écrit d'un de ses membres et cette proposition doit être votée à la majorité des deux tiers des membres présents.

Art. 12. — Quand un emploi d'agrégé devient vacant, le Conseil de la Faculté se prononce sur le maintien, la suppression ou la transformation du poste.

Art. 13. — Si l'emploi est maintenu ou transformé par décision ministérielle, la déclaration de vacance est faite par la Faculté, insérée au *Journal Officiel* et portée à la connaissance des autres facultés de pharmacie.

Art. 14. — Un délai de vingt jours à dater de l'insertion au *Journal Officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

A l'expiration du délai règlementaire, le Conseil de la Faculté, saisi des dossiers des candidats où figurent obligatoirement les notes obtenues à l'examen d'admission sur la liste d'aptitude, présente un candidat.

Art. 15. — Le dossier de la présentation de la faculté, avec le rapport d'un membre du Conseil, est transmis au ministre.

Art. 16. — La présentation de la faculté est soumise à la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public, qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres candidats inscrits sur la liste d'aptitude.

La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 4 août 1925.

Dispositions transitoires. — Art. 17. — Par exception et après avis de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, une réduction d'un mois pourra être appliquée aux délais fixés par les articles 2 et 4, en ce qui concerne la première session de chacun des deux examens définis à l'article 1er du présent arrêté. »

Commission d'hygiène dentaire. — Sont nommés membres de la Commission d'hygiène dentaire :

MM. les docteurs Lenglet, Humbel et Jayle, membres de l'Union des syndicats médicaux de France ; Mabille, membre du Syndicat des médecins de la Seine ; Boudin et Fargin-Fayolle, membres du Syndicat des médecins stomatologistes ; Rousseau-Decelle, de l'École française de stomatologie ; J. Tellier, de la Société de stomatologie ; L'Hirondel, de la Société de stomatologie des hôpitaux ; Pietkiewiez, de l'Association française des médecins stomatologistes ; Chompret, de l'Association stomatologique internationale (section française) : Seimbille, de l'Association française des chirurgiens dentistes. (*J. O.*, 14 août 1925).

Facultés de pharmacie. — Montpellier. — M. Massol, professeur, est nommé doyen pour trois ans.

— Nancy. — M. Bruntz, professeur de matière médicale, est nommé doyen pour trois ans.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de la Guerre. — *Au grade de commandeur.* — M. Besançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Aubiban (de Bordères-Louron), Mailhetard (de Tonnay), de Rocca Serra (de Porto-Vecchio), Michaux (d'Aubervilliers).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'apprendre la mort de M. Alexandre Vicario, pharmacien, licencié ès sciences, membre de la Société de médecine et de la Société de pharmacie de Paris, décédé le jeudi 3. Les obsèques ont eu lieu à Cormeilles-en-Parisis, selon la volonté du défunt, dans la plus stricte intimité.

Nous adressons à la famille nos sincères compliments de condoléance.



TRAVAUX ORIGINAUX

La fiche médicale et le rôle du médecin en orientation professionnelle

Par R. LAUFER et G. PAUL-BONCOUR.

(*Suite et fin*) (1).

Revenons maintenant sur quelques-unes des rubriques que comporte la fiche médicale d'orientation professionnelle :

Hérédité. Au point de vue de l'hérédité, nous n'avons pas poussé notre questionnaire jusqu'aux grands-parents, mais il va sans dire que, dans quelques cas, l'histoire familiale pourra être profondément scrutée.

Nous n'insisterons pas sur les tares héréditaires dont on connaît les conséquences, mais la profession peut atténuer ou aggraver celles-ci (2) ; aussi ne placera-t-on pas les enfants de syphilitiques ou d'éthyliques dans des conditions qui solliciteront exagérément l'activité intellectuelle ou favoriseront l'intoxication du système nerveux : ces hérédités renseigneront d'ailleurs sur certains troubles sensoriels ou psychiques ou sur d'autres anomalies constatées. Les maladies de la grossesse, qui peuvent retentir considérablement sur la constitution de l'enfant, seront également recherchées à l'occasion de certaines constatations.

Antécédents personnels. Nous ne nous appesantirons pas davantage sur l'intérêt qui découle de la connaissance des lésions ou des accidents qui se sont produits lors de l'accouchement, sur la naissance prématurée, sur le retard de la marche, de la parole ou de la propreté. Les maladies de l'enfance peuvent encore expliquer jusqu'à un certain point les troubles de tels ou tels organes et éclairer sur la capacité de résistance du sujet.

Ces antécédents sont souvent consignés sur la fiche médicale scolaire, mais nous devons noter que la fiche d'orientation ne fait pas double emploi avec la fiche scolaire ; celle-ci n'a pas le même but et ne comporte pas autant de détails que l'autre (3) : elle n'est destinée qu'à la surveillance sanitaire de l'écolier et à celle de la croissance ; donc à cet égard elle sera consultée avec fruit. Certains enfants à antécédents personnels chargés, témoignant par là d'une réceptivité particulière aux infections, seront écartés des métiers insalubres. Un cardiaque sera détourné des métiers fatigants, mais aussi de ceux qui l'exposeraient au rhumatisme, lequel risquerait d'aggraver la cardiopathie. A un albuminurique ou à un ex-albuminurique, on évitera les refroidissements et le maniement des substances toxiques. Les antécédents convulsifs, les vertiges, les incontinences d'urine feront penser à une épilepsie larvée qui pourrait se développer et contre-indiqueront l'exercice de métiers dangereux tels que ceux de couvreur, mécanicien, chauffeur.

Examen général et mensurations. On recherchera s'il existe des lésions organiques ou de simples troubles fonctionnels : certains déficients musculaires, par exemple, sans lésions organiques, se développeront par l'exercice même du métier ; pour d'autres — nous y reviendrons — un traitement sera indiqué : grand air, gymnastique respiratoire, traitement orthopédique, etc.

Pour apprécier le développement physique, on utilise outre de l'examen clinique, les mensurations : souvent sont employés des indices ou coefficients dits de robusticité : nous y avons renoncé, car ils ne peuvent donner une idée suffisante de la valeur fonctionnelle (1) et M. Masingue (Lille, 1922) a montré à son tour qu'aucun d'eux ne s'applique à l'enfant. Celui de Pignet, entre autres, a été préparé par et pour l'examen des adultes à l'âge du conseil de révision : chez l'enfant le développement physique est irrégulier, et les variations individuelles sont fréquentes.

Les mensurations segmentaires telles que celles qu'a décrites Godin nous paraîtraient préférables si elles ne s'excluaient de l'orientation par suite du temps trop long qu'elles exigent à elles seules. En pratique, le rapport du poids à la taille, et l'examen clinique général, nous ont suffi pour nous rendre compte du retard, de l'avance ou de la normalité de *l'âge biologique*, par rapport à *l'âge chronologique*. Au surplus les dimensions des principaux leviers, utiles à connaître dans certains cas, ont été ajoutées dans la seconde colonne (longueur des bras, hauteur du pubis pour la longueur des membres inférieurs).

L'évolution pubérale doit prendre place parmi les phénomènes de croissance : nous en avons souligné l'importance en parlant des enfants précoces et de la stabilisation ou du développement possible des aptitudes selon que cette évolution pubérale est avancée, accomplie ou non, ou retardée (2) Certes, nous n'avons pas à nous occuper dans ce travail du niveau mental et de la qualité du mécanisme intellectuel ; mais nous croyons utile d'avertir dès maintenant ceux qui s'occupent de psychométrie de la nécessité de tenir compte des différences qui peuvent exister entre le développement physique et le développement intellectuel dans l'établissement du quotient de l'intelligence (Q. I.). Celui-ci est obtenu en divisant l'âge intellectuel par l'âge chronologique. Par conséquent un enfant normal, c'est-à-dire ayant l'intelligence de son âge, a le quotient égal à l'unité. Si le Q. I. atteint 105-110 c'est que le sujet est avancé ou bien doué ; si au contraire, le Q. I. est de 0,80, 0,75 l'enfant est mal doué et retardé. Mais est-il logique de poser systématiquement l'étiquette de mal doué ou d'anormal sur un cas où le Q. I. est faible, alors que la croissance générale est elle-même retardée ? L'âge réel est en somme celui de la croissance biologique et en établissant le quotient à l'aide de l'âge biologique la tare est inexistante : tout au moins il est permis de dire que l'avenir intellectuel est moins sombre que lorsque le développement somatique correspond à l'âge chronologique. En agissant ainsi on s'aperçoit que des biens doués ne sont souvent que des sujets dont le développement général est avancé sur la moyenne d'après l'âge : leur supériorité n'est que temporaire, car ils s'arrêteront plus tôt. Nous ne développons pas cette notion dont nous préparons une étude approfondie : nous tenons simplement à souligner la nécessité de ne jamais examiner une fonction sans la

(1) Voir *Progrès Médical*, n° 36 (5 septembre), p. 1312.

(2) Voir le livre du Dr Apert sur l'hérédité morbide, dans la Collection du Dr Le Bon, chez Flammarion.

(3) LAUFER et G. PAUL-BONCOUR. — Sur le contrôle biométrique de l'enfant en vue de l'orientation professionnelle. *Méd. scol.*, 1er déc. 1922.

(1) Sur le contrôle biométrique, etc., *loc. cit.*

(2) L'orientation professionnelle du point de vue scolaire. (Académie des sciences morales et politiques, 5 juillet 1924).

rattacher à l'ensemble (1) et à mettre en garde contre des affirmations pouvant devenir inexactes.

Dans la seconde colonne ont été portées les déformations céphaliques, quoiqu'elles n'aient qu'une valeur d'interprétation : une déformation cranienne, de même qu'une déformation faciale, n'est pas forcément le signe d'une infériorité quelconque ; mais elle attirera l'attention sur les causes héréditaires ou acquises qui, dans certains cas seulement, ont pu agir comme éléments nocifs. Quant aux types morphologiques au sujet desquels nous nous sommes déjà expliqués (2), ils ne sont pas, chez les enfants de 13 à 16 ans, suffisamment tranchés pour qu'on puisse en tirer des indications utiles et certaines.

Les mensurations thoraciques, qui laissent en dehors l'état et la résistance des organes, sont toutes passibles de critiques. Elles ne peuvent avoir plus de valeur que les indices. Aucune mensuration ne peut se substituer à un examen fonctionnel, la spirométrie par exemple. Le coup d'œil du clinicien appréciera la configuration du thorax. Nous avons maintenu cependant le périmètre et l'ampliation pour trois raisons : le médecin n'aura pas toujours un spiromètre à sa disposition ; en outre, si les chiffres obtenus s'éloignent des moyennes normales, ils éveilleront également l'attention ; enfin si l'on veut suivre le développement sous l'influence de l'éducation physique ou de l'activité professionnelle, on peut à la rigueur comparer chez le même sujet l'ampliation à diverses reprises.

Appareil circulatoire. — Tout médecin connait l'orientation que réclame l'existence d'une lésion cardiaque. En l'absence de lésion décelable, l'examen comporte, on le sait également, un certain nombre d'épreuves cliniques qui peuvent révéler des troubles fonctionnels circulatoires et permettre d'apprécier la résistance au travail du cœur et des vaisseaux : on pourra se servir de l'épreuve de Lian, de Martinet ou d'Amblard (3). Nous expérimentons une épreuve qui nous fournira en même temps l'état fonctionnel du cœur et la solidarité entre cet état fonctionnel et celui du rythme respiratoire sous l'influence de l'exercice, solidarité indispensable à toute activité physique soutenue. Nous publierons prochainement nos résultats.

Appareil respiratoire. — Ceci nous amène à l'examen de l'appareil respiratoire : nous ne pouvons envisager ici toutes les conditions pathologiques de cet appareil. Rappelons simplement que l'investigation doit porter sur les diverses formes d'insuffisance respiratoire, depuis l'insuffisance d'origine rhino-pharyngée jusqu'à l'insuffisance diaphragmatique. Suivant les cas, on prendra les mesures thérapeutiques nécessaires. On se rappellera que l'humidité, les poussières, l'air confiné, accentuent la gêne respiratoire et favorisent les retours infectieux. On pensera aux influences des variations de température, des métiers où on souffle, des travaux souterrains sous pression, des gaz nocifs. Nous avons déjà indiqué l'importance qui s'attache au dépistage de la tuberculose. La liaison si précieuse avec les dispensaires d'hygiène sociale permettra ce dépistage et par là même l'organisation de la prophylaxie soit au domicile, soit dans les milieux professionnels, elle permettra enfin une cure préalable, lorsque celle-ci sera indiquée.

Appareil génito-urinaire. — Nous avons inscrit l'examen des urines dans la première colonne, parmi les recherches immédiates : il y aurait intérêt, en effet, à pratiquer cet examen dans tous les cas, car on s'expliquerait ainsi certains troubles et on éviterait l'aggravation de certaines albuminuries ou de certaines glycosuries. L'albuminurie orthostatique n'est pas de pronostic grave, mais elle contre-indique la fatigue et la station debout. La glycosurie contre-indique notamment les métiers où l'enfant est exposé aux blessures. Il va sans dire qu'ici, comme pour tous les états pathologiques accentués, ce n'est plus l'orientation, mais le traitement qui s'impose avant tout.

Les anomalies génitales : ectopie, hydrocèle, kyste du cordon, contre-indiquent les métiers de force ; le varicocèle contre-indique en outre la station debout prolongée.

Dentition, appareil digestif et paroi abdominale. — Nous avons trouvé 18 % d'enfants porteurs de troubles digestifs parmi ceux que nous avons examinés en vue de l'orientation : ces troubles gastro-intestinaux ou hépatiques n'ont pas seulement une action sur la nutrition, mais aussi sur les fonctions psychiques : attention, mémoire, caractère. Il y aura donc lieu de rechercher ces troubles et de se préoccuper de l'hygiène alimentaire suivie ou à suivre. Le système digestif comme le rein est sensible aux toxiques.

La dentition défectueuse et les mauvais états des gencives contre-indiquent certaines professions avec emploi d'instruments musicaux et professions maniant en particulier le mercure, le plomb.

L'examen de la paroi abdominale révélera divers indices : une hernie par exemple ou une laxité trop grande de l'anneau inguinal éloignera l'intéressé des travaux de force. Les considérations que nous avons fait valoir au sujet de la tuberculose pulmonaire s'appliquent également à la tuberculose péritonéale.

Système nerveux. — Nous avons parlé de l'épilepsie qui contre-indique les travaux dangereux pour le malade lui-même ou pour autrui : travaux industriels en général, travaux du bâtiment, transports ou métiers dits de sécurité. Les vertiges contre-indiquent évidemment les travaux sur échafaudages ou toitures. Enfin, d'une façon générale, les métiers toxiques ne conviennent pas aux névropathes.

Organes sensoriels. — Les troubles sensoriels seront recherchés avec d'autant plus de soin qu'ils sont souvent ignorés par les enfants qui en sont porteurs, que leur pourcentage est considérable et que découverts à temps ils peuvent être améliorés ou corrigés et en tout cas ne seront pas aggravés. Nous ne pouvons nous étendre ici sur la nomenclature de tous ces troubles : ils constitueront des contre-indications dans les professions exigeant l'intégrité des fonctions sensorielles.

Peau. — L'hyperhydrose contre-indique les professions exigeant la netteté des mains : maniement de tissus, photographe, etc. Les gerçures, engelures, contre-indiquent les métiers exigeant l'immersion des mains dans l'eau ou dans des solutions irritantes. On n'oubliera pas d'interroger sur la sensibilité, l'irritabilité cutanée, sur la tendance aux éruptions.

Attitudes vicieuses, déviations vertébrales, malformations des membres, contre-indiquent les métiers exigeant certaines positions courbées, ou bien le port de fardeaux, la marche, etc.

Ces renseignements auxquels nous nous bornons, pour ne pas trop dépasser notre cadre, suffisent à éclairer l'uti-

---

(1) Voir en outre nos communications antérieures : la puberté chez les anormaux et ses variations. Congrès des aliénistes de langue française, 1920. La sélection des mineurs délinquants. Réunion de l'Institut international d'anthropologie, Strasbourg, 1925.

(2) Les bases médico-sociales de l'orientation professionnelle. *Rev. scientif.* Paris, 26 août 1922.

(3) *Journal médical français*, mai 1918.

lité d'une fiche médicale détaillée. Mais nous ne nous lasserons pas de souligner la nécessité, dans tous les cas, de rechercher la fragilité des organes et des symptômes initiaux.

Au total les rubriques de notre fiche s'étendent sur deux pages et demie. La seconde moitié de la troisième page est consacrée aux examens de spécialistes et de laboratoire, si le médecin d'orientation croit devoir y recourir : radiologie, oto-rhino-laryngologie, oculistique, système nerveux, examens du sang etc. Il est naturel que les résultats de ces examens suivent les premiers qu'ils complètent.

La quatrième page doit être réservée aux examens ultérieurs et aux conclusions pratiques.

III. — *La fiche médicale doit prévoir en effet des examens ultérieurs des sujets* et indiquer l'évolution des symptômes déjà notés, sous l'influence soit de la croissance, soit du travail ou du milieu professionnel. Quelques-uns s'étonneront peut-être qu'en matière d'orientation, nous ayons envisagé ces examens d'avenir. Dès 1910, dans un rapport au congrès des maladies professionnelles à Bruxelles, nous avons fait valoir que l'orientation devait englober l'enfant aux prises avec l'activité du métier et cette idée a été confirmée depuis dans divers congrès. Quelles que soient en effet les garanties que peut offrir un examen sérieux, il faut songer que la puberté transforme l'état biologique, qu'en outre l'enfant peut rencontrer dans le milieu professionnel de nouvelles causes de perturbations. Une diathèse, des troubles nerveux ou autres, peuvent ne se manifester que tardivement, des affections aiguës intercurrentes, des maladies ou accidents du travail peuvent éclater qui modifieront le dynamisme ou détermineront des défaillances de nature à imposer une nouvelle direction avant que des années ne se soient écoulées, que la santé n'ait reçu une atteinte plus profonde, et que, dans ces conditions, un tardif changement de métier ne devienne nécessaire avec ses inconvénients accrus.

Dans la pratique, nous procédons de la façon suivante : nous invitons les parents à nous ramener les enfants une fois par trimestre pendant la première année d'apprentissage, puis deux fois par an les années suivantes, jusqu'à accomplissement de la période pubertaire, si délicate à franchir pour certains.

Cependant si des troubles surviennent, les enfants peuvent nous être présentés sans délai : ils sont prévenus d'ailleurs que nos conseils d'orientation leur seront donnés en toute circonstance. Nous avons eu la satisfaction de constater que presque toutes les familles — voyant par là quel intérêt nous portons à l'avenir des leurs — viennent aux dates fixées. Nous nous rendons compte alors des influences professionnelles, des modifications à conseiller dans l'hygiène, de l'attitude à prendre au travail ; parfois nous obtenons un changement d'occupations dans les entreprises où les tâches sont diverses (le fait s'est produit plusieurs fois pour les chemins de fer). C'est là une initiative que nous serions heureux de voir se répandre, étant donné ses immenses avantages pour la sauvegarde des aptitudes et, par suite, pour la productivité.

Enfin les examens périodiques ne devraient-ils pas être de règle dans certaines catégories de métiers, dans les industries de transport notamment ? Comment concevoir que des sujets dont une seule défaillance peut provoquer une catastrophe, soient admis à exercer de semblables métiers sans une surveillance systématique de leur santé ?

IV. — *La fiche comportera, parmi ses conclusions, les indications pratiques* pouvant servir au conseiller d'orientation, si le médecin ne remplit pas lui-même ce rôle.

Voici les conclusions que nous avons adoptées :

1° L'état du sujet nécessite-t-il un examen spécial ?

2° Le développement biologique du sujet correspond-il à son âge chronologique ?

3° L'état du sujet nécessite t-il un traitement préalable :
Avant d'être examiné au point de vue psychique,
Avant d'être examiné au point de vue physiologique.

4° Le métier désiré peut-il être accompli sans inconvénients actuels ou futurs ?

5° Un traitement préalable à l'apprentissage ou concomitant est-il indiqué ?

6° Si le ou les métiers choisis ne conviennent pas, quel genre d'occupations serait préférable médicalement pour corriger ou ne pas aggraver une défectuosité, pour favoriser le développement local ou général ?

Nous pourrions ajouter à la 4e question un certain nombre d'autres questions que nous avons rencontrées dans diverses fiches médicales :

L'état de l'enfant lui permet-il d'exercer un métier d'activité pénible, de porter des fardeaux plus ou moins lourds, de travailler debout, etc.. ?

Mais ces questions qui seraient multipliables indéfiniment et forcément incomplètes, se déduisent des exigences diverses des professions. Le médecin avant de répondre à la 4e question, devra en effet consulter ces exigences. Néanmoins si l'on croit utile d'ajouter quelques questions de cette nature, nous pouvons insérer celles-ci :

Enfant plus apte à des travaux de force, lents ou rapides ?

Type plus apte à des travaux de souplesse ?

Type indifférent ou apathique ?

Type inapte aux travaux exécutés à l'air confiné, aux poussières, à l'humidité, aux travaux toxiques ?

Type inapte à la marche, à la station debout ou à la sédentarité ?

Type inapte au port des fardeaux, ou aux travaux nécessitant des positions courbées ou penchées (colonne vertébrale, troubles dyspeptiques, etc.) ?

Type inapte aux professions exigeant des mains sèches ?

Type inapte aux professions excluant le vertige (échelles, échafaudages, etc.) ?

Type inapte aux professions incompatibles avec une vision défectueuse, même corrigée ?

Type inapte aux professions incompatibles avec une audition défectueuse ?

***

Quelques éclaircissements sur nos questions :

Nous n'avons pas inséré celles qui résultent de l'examen physiologique, cet examen devant faire l'objet d'un travail ultérieur.

La première question n'a pas besoin de commentaire : elle a trait aux cas pour lesquels un examen complémentaire de spécialiste est demandé.

La seconde question servira à l'appréciation psychologique et physiologique du sujet. Comme nous l'avons expliqué, nous rapportons en effet l'évaluation du niveau mental, non à l'âge chronologique mais à l'âge biologique, c'est-à-dire au développement général. Si un sujet présente un niveau mental bas, mais si, en même temps, son développement somatique est inférieur à celui d'un enfant régulier du même âge chronologique, il serait erroné, d'après nos observations, de conclure à un niveau bas définitivement stabilisé : on peut encore espérer que celui-ci s'élèvera avec l'achèvement de la puberté.

Mais d'une façon générale, il n'est pas indifférent de savoir si le développement physique est retardé, normal ou avancé par rapport à l'âge chronologique.

Les questions suivantes sont relatives surtout au rôle médical de *préorientation* tel que nous l'avons exposé dans notre rapport au récent congrès de Charleroi et depuis plusieurs années dans diverses publications. Sans nous y étendre à nouveau, rappelons simplement que, selon notre expérimentation, les aptitudes psychiques se montrent chez l'enfant facilement affectées, même par des causes occasionnelles. De simples fautes d'hygiène modifient les réactions et prolongent leur retentissement. Or toutes ces influences sont fréquentes, depuis les fautes alimentaires et les affections digestives, nous l'avons dit, jusqu'aux maladies infectieuses. Le médecin doit en avertir le psychologue ou prescrire, suivant les cas, les mesures correctives nécessaires ; autrement l'enfant serait sous-estimé et c'est là, on le conçoit, un sérieux inconvénient.

Il en est de même pour toutes les aptitudes qui sont ainsi masquées par des troubles pathologiques le plus souvent remédiables. Aussi avions-nous proposé la préadaptation (1) qui, en écartant ces troubles, permet une appréciation plus exacte du sujet, d'autre part dégage ses aptitudes et le met en état d'affronter la profession avec le maximum de ses moyens de travail. Ce traitement préalable souvent accepté par les familles, peut être également suivi au cours même de l'apprentissage. La préadaptation, que nous avons réalisée dans un groupe scolaire, comporte en outre la préparation physique à certaines professions qui mettent en jeu, d'une façon prépondérante, tels ou tels groupes musculaires, tels ou tels organes. Mais le médecin peut recommander des professions qui corrigent certaines déviations (menuisier, par exemple, pour les scolioses à convexité gauche, peintre en bâtiment pour les dos voûtés) ou qui favorisent le développement de certains organes ou fonctions insuffisants. Ses conclusions doivent l'indiquer. Il va sans dire que les conclusions seules seront communiquées au conseiller d'orientation, la fiche médicale devant rester entre les mains du médecin, afin d'en assurer le secret.

***

Le médecin n'est donc pas uniquement un contre-indicateur : il a aussi un rôle positif d'indications à remplir. C'est en facilitant à l'enfant la voie où il réalisera le maximum de possibilités, où il donnera le meilleur rendement avec le minimum d'usure, que le médecin favorisera pour sa part l'essor que mérite l'orientation professionnelle.

(1) L'orientation professionnelle du point de vue particulièrement scolaire. La préadaptation médicale scolaire. *Méd. scol.*, Paris, juillet-août 1924.

Faculté de médecine. — PARIS. — M. le docteur Leroux, préparateur, a été chargé, à dater du 1er mai 1925 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-25, des fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi de M. Roussy, appelé à d'autres fonctions).

M. le docteur Grandclaude a été délégué, à partir du 1er mai 1925, dans les fonctions de préparateur, en remplacement de M. Leroux, appelé à d'autres fonctions.

M. Zimmern, agrégé libre, a été chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de physique, en remplacement de M. Broca, décédé.

— MONTPELLIER. — M. Riche, agrégé, est nommé, à compter du 1er juin 1925, professeur sans chaire.

CLINIQUE MÉDICALE

Les complications cholestériniques du diabète. (1)

Leçon faite par M. le professeur Chauffard à la Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.

Les traités classiques consacrent d'importants chapitres aux complications du diabète sucré, mais nulle part on ne trouve réunies celles qui sont sous la dépendance de l'hypercholestérinémie. Ce chapitre entièrement nouveau, et cependant déjà riche d'observations, est intimement lié à un problème physiopathologique, celui du métabolisme des graisses au cours du diabète.

Nos idées sur le diabète se sont en effet récemment modifiées. Pendant longtemps, on n'a constaté et étudié, avec Claude Bernard, que le trouble du métabolisme des hydrates de carbone et de la glycorégulation.

Mais les travaux modernes nous ont montré que le métabolisme des hydrates de carbone n'est pas le seul touché. Celui des matières grasses peut être aussi profondément troublé, et il peut y avoir une insuffisance lipolytique très importante.

Rappelons-nous l'équilibre en matières grasses du plasma normal. Celui-ci contient des graisses neutres et des lipoïdes. Ces derniers se divisent en cholestérine et en lécithine. Quant au rapport des lipoïdes par rapport aux graisses totales, il est de 45.

Pour un litre de sérum, on trouve normalement 7,5 de graisses totales, 1,60 de cholestérine, 1,80 de lécithine.

D'ailleurs, dès 1911, nous avions fait remarquer, avec Grigaut et Guy Laroche, que l'hypercholestérinémie était une réaction de groupe, élément partiel d'un état plus général, la lipoïdémie.

Tel est l'équilibre normal chez un sujet sain ; il peut subir quelques variations, mais il tend toujours à se rétablir rapidement dans son intégrité.

Au contraire il peut être très troublé à l'état pathologique. Chez les grands lipémiques, le sérum prend un aspect lactescent. Le taux des matières grasses dépasse alors 50 pour 1000. Klemperer a même rapporté un cas où cette proportion s'élevait à 262. Il nous a été donné d'en observer un où elle était de 92.

Pour quelques auteurs, dont Marcel Labbé, une telle lipémie constituerait un signe de gravité chez un diabétique. Mais cela paraît loin d'être constant.

Il y a quelques années, nous avions dosé la cholestérine chez plusieurs diabétiques et nous avions trouvé des chiffres normaux.

Depuis, au contraire, l'hypercholestérinémie s'est révélée comme fréquente chez de tels malades.

On peut dire que chez les diabétiques, il existe des cas où la proportion des graisses et des lipoïdes est normale, d'autres où l'on observe de l'hypercholestérinémie. Ensuite à l'hypercholestérinémie s'ajoute une lipémie marquée. Enfin on trouve de grands états lipémiques avec 50 à 200 p. 100 de matières grasses.

La lécithine n'a pas d'histoire clinique. Grigaut a montré que le taux de la lécithine et de la cholestérine marchent parallèlement, la lécithine étant un peu plus

(1) Leçon recueillie par M. A. Ravina, chef de clinique.

abondante. Mais nous ne connaissons pas d'état pathologique en rapport avec son augmentation.

Par contre l'hypercholestérinémie entraîne de nombreux troubles en raison surtout de ce que nous avons appelé la *loi des dépôts locaux*. L'hypercholestérinémie chronique s'accompagne toujours au bout d'un certain temps de dépôts de cholestérine, qui se font en de multiples régions de l'organisme.

Le plus important de ces dépôts est constitué par la lithiase vésiculaire. La lithiase biliaire non infectée correspond en effet à des calculs de cholestérine.

Bouchard avait fait remarquer que 21 % des lithiasiques biliaires sont des diabétiques anciens ou en évolution, et qu'on retrouve dans 40 % des cas, le diabète dans les antécédents héréditaires des lithiasiques.

Si au contraire on cherche la lithiase biliaire dans les antécédents des diabétiques, les chiffres sont bien moindres, 10 % tout au plus.

Les quelques statistiques déjà faites portent sur un petit nombre de malades. Il y aurait intérêt à en établir de plus importantes, à en rapprocher les faits que nous avons déjà publiés, où la lithiase rénale précède la lithiase biliaire, d'autant plus qu'il en est de même pour la goutte.

Des recherches systématiques doivent donc nous permettre de conclure que la lithiase biliaire peut survenir comme conséquence du diabète.

Un autre dépôt local de cholestérine très important est l'athérome aortique. Il se caractérise par un souffle systolique, l'élargissement de l'aorte, et son aspect anormalement opaque aux rayons X. Depuis Wirchow, on connaît la présence de cholestérine dans les plaques d'aortite chronique. C'est là un premier stade auquel succède l'athérome et l'on sait combien celui-ci est fréquent chez les diabétiques.

Un autre état artériel observé souvent chez eux est la gangrène ischémique. Heitz, Marcel Labbé et nous-même avons montré que ces endartérites s'accompagnaient d'hypercholestérinémie.

Mais il faut écarter chez de tels malades d'importantes causes d'erreur dans l'appréciation de cet élément. En effet, il s'agit fréquemment d'infectés, et cet état infectieux est un facteur important d'hypercholestérinémie. Cependant l'examen histologique montre dans tous les cas la présence d'un dépôt local.

Il faut encore citer un outre cas très curieux, le xanthome. On connaît le xanthélasma, infiltration couleur jaune clair de la région palpébrale et de la partie interne de l'œil. Chez ces malades on trouve de gros chiffres de cholestérine dans le sang et dans la peau. Chez les diabétiques, le xanthélasma peut prendre une forme tumorale, le xanthome. Rarement il s'agit d'une forme palpébrale. Le plus souvent ce sont des xanthomes disséminés sur les avant-bras, les cuisses, les coudes, les genoux, formés de petits nodules miliaires, lenticulaires, entourés d'une auréole rosée, siégeant du côté de l'extension des membres.

Leur existence permet d'affirmer le diagnostic de diabète. Or, ces xanthomes sont des dépôts locaux de cholestérine comme nous l'avons montré avec Guy Laroche.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment, dans le service, une malade dont l'œil était entouré d'un vaste xanthélasma. La teneur en matière grasse de ce xanthélasma a pu être exactement dosée par M. Grigaut, et a relevé l'existence de 36 grammes de cholestérine pour 1000 de matières totales. Ce chiffre est considérable et comparable à la teneur en cholestérine des surrénales.

Nous avons également observé dans le service un diabétique de 50 ans, obèse, gros mangeur qui à partir de 1921 présenta des xanthomes aux membres supérieurs et inférieurs, xanthomes évoluant par poussées successives.

Au début de 1925, sa glycosurie n'était que de 13 grammes par 24 heures.

Mais une prise de sang faite à ce moment, y montrait un sang laiteux, rosé, visqueux, épais. La lipémie totale était de 92 grammes avec 9 gr, 72 de cholestérine, 9 gr. 98 de lécithine.

Nous avions déjà signalé avec Guy Laroche que les lésions cutanées n'étaient que l'expression d'une cholestérinémie et d'une lipoïdémie associées.

Ce malade fut mis au régime et la glycosurie disparut, mais de nouvelles poussées de xanthomes se produisirent, s'accompagnèrent de somnolence après les repas, d'un amaigrissement de 5 kilos. On se décida alors à faire commencer un traitement par l'insuline qui fut institué pendant 6 semaines, à la dose d'environ 60 unités par jour.

Sous l'influence de ce traitement, le taux des graisses neutres a diminué de 9/10, celui des lipoïdes des 3/4. En même temps les nodules xanthomateux s'affaissaient par un lent travail de résorption et n'étaient plus visibles à la fin du traitement que sous la forme de macules rosées.

Il faut ajouter aux localisations déjà citées les manifestations oculaires. M. le professeur Pierre Marie et Guy Laroche ont montré que l'arc sénile de la cornée est constituée par une infiltration de cellules chargées de cholestérine. Elle accompagne souvent l'athérome, en sorte qu'on peut la considérer comme un état de sénilité, mais elle paraît plutôt en rapport avec la cholestérinémie.

On connaît également l'existence de la rétinite diabétique qui s'accompagne de placards de dégénérescence blancs, irréguliers et de dimensions variables commençant autour de la papille pour s'étendre souvent à la région maculaire, mais sans prendre une disposition étoilée. Ces lésions correspondent à la rétinite diabétique pure, ne s'accompagnant d'aucune albuminurie.

L'aspect ophtalmoscopique de la rétinite brightique et de la rétinite éclamptique est d'ailleurs assez sensiblement le même, mais l'évolution en est un peu différente.

La similitude de ces rétinites à plaques blanches restait inexpliquée. On rattachait seulement cette lésion à l'azotémie chez les brightiques.

En réalité, elles sont réunies par une même cause, l'hypercholestérinémie qui se retrouve chez tous sujets. On vient encore de le prouver récemment pour les femmes atteintes de rétinite gravidique.

On peut ainsi faire la synthèse de ces trois rétinites réunies par leur seul aspect ophtalmoscopique.

On voit l'intérêt que présentent ces dépôts locaux de cholestérine. Ils peuvent être d'ailleurs disséminés à tout l'organisme, donner lieu à des lésions très diffuses. C'est ainsi qu'au milieu de reins amyloïdes on peut trouver des dépôts miliaires de cholestérine.

Rappelons maintenant une série de cas observés dans le service au cours des derniers mois.

Un grand diabétique gras, méconnu, urinait 134 grammes de sucre par 24 heures. La glycémie était de 3 grammes, la cholestérinémie de 2 gr. 25. Après régime, la glycémie tombe à 2 gr. 15, la cholestérinémie est de 2 gr. 10.

Les graisses totales étaient chez ce malade de 10.20. Le

rapport cholestérine lécithine de 90 %, celui des lipoïdes et des graisses de 43 %. L'équilibre lipoïdes totaux, graisses totales restait normal, mais il y avait augmentation générale des graisses.

Un autre de nos malades âgé de 74 ans présentait également un petit diabète. On constatait chez lui l'existence d'un athérome aortique et d'un arc sénile, Le taux de la cholestérine était de 3 gr. 40 la lécithine de 2 gr. 10, celui des graisses totales de 12 grammes, le rapport lipoïde graisses totales de 43 %.

Un autre de nos diabétiques présentait une glycosurie allant de 12 à 8 gr. une glycosurie de 2 gr. 27, une cholestérinémie de 1 gr. 50., Mais il faut remarquer qu'à ce moment c'était un infecté, présentant un phlegmon du creux ischio-rectal, traité par l'insuline avant l'intervention.

Une femme de 66 ans, obèse, était diabétique depuis 12 ans et avait une glycosurie de 119 grammes, une glycémie de 4 gr. 50, une cholestérinémie de 2 gr. 40, Elle était atteinte d'athérome aortique. Le régime, dans lequel étaient compris 40 grammes de beurre et deux œufs par jour, ramena la glycosurie à 38 grammes, la glycémie à 3 gr. 37, mais le taux de la cholestérine monta à 2 gr. 82, sans doute à cause même du régime.

Chez une femme de 64 ans, avec une glycosurie de 130 à 170 grammes par 24 heures, le taux de la glycémie était de 4 gr. 32, celui de la cholestérine de 2 gr. 04.

D'ailleurs tous les résultats ne sont pas absolument concordants.

Un de nos diabétiques avait 1 gr. 71 de cholestérine, 1 gr. 52 de lécithine, 7 gr. 39 de graisses totales pour 1 gr. 17 de glycémie. L'équilibre normal était donc peu modifié et resta sensiblement le même après traitement insulinique.

Enfin, un autre malade, diabétique de très longue date, avait 1 gr. 61 de cholestérine, 1 gr. 92 de graisses totales.

Le rapport lipoïdes, graisses totales était de 29 %. Ce Ce diabète fut très peu modifié par le traitement et le régime.

Il y a donc là toute une série de faits montrant la part du métabolisme des graisses dans le diabète ; le taux de ces graisses est d'ailleurs des plus variables. Souvent la lipémie paraît normale, souvent aussi, il existe de petites lipémies allant de 10 à 15 grammes. Plus rarement enfin, on rencontre de grandes lipémies allant de 40 à 200 grammes.

Il ne faut donc pas restreindre le diabète aux troubles de métabolisme des hydrates de carbonne et il faut, à côté de la glycorégulation et de l'insuffisance glycolitique, faire aussi une place à la liporégulation et à l'insuffisance lipolithique.

La destruction des graisses peut d'ailleurs être plus marquée dans certains tissus de l'organisme. Roger et Bisset ont ainsi signalé l'élimination de graisses par le poumon.

Mais il faut surtout réserver une part importante au pancréas, qui exerce son action sur les sucres, les hydrates de carbone et dans l'édification et la destruction des graisses de l'organisme. On sait d'ailleurs que des chiens dépancréatisés demeurent glycémiques et hypercholestérinémiques.

Or la glycémie et l'hypercholestérinémie sont régularisées toutes deux par l'insuline.

Les graisses circulantes comme les graisses fixes sont justiciables du traitement insulinique et de la diététique. Mais alors que de petites doses d'insuline suffisent pour améliorer les états lipémiques, des doses beaucoup plus fortes sont nécessaires pour influencer la glycémie.

On voit combien s'élargit ainsi la physiopathologie du diabète.

Mais de telles notions sont encore peu répandues.

On a cherché à expliquer ces états lipémiques, en disant que l'organisme pouvait faire des hydrates de carbone avec des graisses, on a insisté sur les lipémies terminales du coma.

Il faut voir les choses d'une manière plus générale et croire au trouble du métabolisme des graisses chez les diabétiques. Nous ignorons du reste pourquoi certains d'entre eux seulement présentent de tels troubles et pourquoi d'autres en sont exempts.

Mais si nous en ignorons la pathogénie, le fait est bien réel et il apparaîtra d'autant plus fréquemment qu'on prendra l'habitude de doser plus souvent le métabolisme des graisses. Il est cependant très intéressant de le chercher, quand ce ne serait que pour étudier les dépôts locaux si fréquents.

Il faut enfin en venir aux sanctions thérapeutiques, la pratique restant l'*ultima radio* de la médecine. On peut tirer aussi de ces faits des enseignements dans la diététique.

Ainsi l'emploi fait si largement des corps gras chez les diabétiques soulève parfois de très graves objections.

L'alimentation grasse augmente très vite la cholestérine du sang. Il faut donc se méfier chez un lipémique ou un hypercholestérinémique de l'usage exagéré des graisses, des œufs, du beurre ; qui sont à surveiller et même à proscrire.

Enfin nous disposons maintenant de l'insuline qui paraît agir non seulement sur la glycémie, mais aussi sur la lipémie.

Rappelons que, chez un de nos malades, le taux de la lipémie est tombé de 92 à 10 pour 1000.

Les recherches que nous venons de signaler ne constituent donc pas de simples curiosités cliniques. Elles permettent d'établir un trait d'union entre les manifestations pathologiques si différentes des diabétiques. Elles présentent d'autre part une importante valeur thérapeutique et elles permettront certainement des recherches ultérieures d'un grand intérêt, Rappelons-nous qu'il n'y a rien d'inutile en physiopathologie, à condition que toute recherche de laboratoire ramène à la pratique, devoir suprême du médecin.

MOUVEMENT MÉDICAL

Travaux récents sur la grossesse extra-utérine

Par J. DAUPHIN.

Etude clinique. — On semble depuis quelque temps attacher beaucoup d'importance. dans les ruptures de grossesse tubaire, à la douleur tardive élevée : cette douleur survient deux à trois heures en moyenne après la douleur pelvienne qui, elle, est contemporaine de la déchirure ; son siège est haut, vésiculaire, thoracique, cervical, interscapulaire ; sa précocité et son intensité dépendent de l'abondance de l'hémorragie : elle constitue une indication à intervenir d'urgence (Laffont, Mathieu et Guibal, Balard, Guillemin, Jonesco.)

Plusieurs auteurs ont eu l'occasion d'observer des

(Voir la suite, page 1355.)

VARIÉTÉS

Médecine et littérature

André Baillon.

Un homme si simple. — En sabots. — Par fil spécial.
(TOUS CHEZ F. RIEDER, éd.)

(*Sur un cas de dissociation consciente et mnésique de la personnalité.*)

J'avais lu, s'il m'en souvient bien, qu'un jour, Paul Morand, déjà célèbre, avait abandonné son prix de *la Vie Heureuse* au bénéfice d'un certain André Baillon, malade et misérable, soigné à la Salpêtrière. Le dit André Baillon avait disparu de mon esprit quand, ayant publié dans les *Nouvelles littéraires* un article sur le rôle du médecin dans la critique des écrivains, je reçus une lettre charmante de lui, dans laquelle il me disait le plus grand bien de la compréhension critique des médecins, et se louait des soins dont il avait été l'objet, de Crouzon en particulier, si ma mémoire ne m'est pas infidèle. J'ai tenu à lire son dernier livre : *Un homme si simple*. Jean Martin est entré à l'hôpital. L'interne prend son observation. Jean Martin raconte son histoire. Comme cela, par petites gouttes, avec le léger bruit d'une pluie discrète et longue. La phrase est menue, toute menue, fragmentée comme une croûte de pain sous la main. L'homme est fin, peu solide, bon et dédaigneux et l'humour de la spirituelle Belgique pointe à chaque pas. Il ne fait pas de littérature. L'épithète est rare. L'image n'apparaît que par accident. Et cela vous mouille, vous imprègne comme la pluie aux courts chuchotements. Martin est venu à Paris. Martin veut écrire. « Je suis égoïste : quand il s'agit de mes livres surtout. Je deviens dur. Malheureux ceux qui m'entourent. Il n'y a plus ni Dieu, ni diable, ni... morale. « Oh ! ça t'ennuie que je te fourre dans un livre ? « Tant pis ! je t'y fourre. J'y fourre les miens : j'y fourre « les autres : j'y fourre... moi-même. Et j'ai des exigences. Quand j'écris, peu de chose me distrait : je veux la « paix. Si je ne l'ai pas, je hurle jusqu'à ce que je l'obtienne. Quant à l'argent, le temps pour en gagner est du « temps perdu pour mes livres. Je me restreins : qu'autour de moi on se restreigne. Et si dans ma pauvreté, « j'évite les réunions, les spectacles, les.... c'est entendu, « une fois pour toutes, Martin est un mufle. Martin haït « ce qui l'amuserait et amuserait les autres. Eh ! je ne me « me fâche pas. Quand on me touche là, j'ai mal et je « crie. En ce cas, n'est-ce pas ? on vit seul. Oui, on devrait vivre seul. Pourquoi Martin a-t-il un cœur ?

« Par contre : quelqu'un dans la peine, je me demande « comment le soulager. Martin l'ours devient Martin le « saint qui donnait la moitié de son manteau à un pauvre. Je donnerais le manteau tout entier. ! Eh ! Je veux « bien, c'est encore de l'égoïsme. Les autres grelottent : « Martin a froid. ».

Martin est décidé à se passer de femme. Mais il découvre Jeanne. Il se marie avec Jeanne. Ecrivain, il n'écrit guère ; mais puisqu'il a une Jeanne qui l'inspire peu, mieux vaut, plus près de son cerveau, une Claire qui l'inspirât davantage. Et le voilà avec Claire.... et Michette la fille que Claire a eue avec son mari, peintre un peu fou. Il y a aussi ami-chat.

Et la vie coule, peuplée d'intentions et de déceptions. Claire excellente musicienne, voit ses rêves étranglés par la vie quotidienne. Michette pousse et ne fait pas grand'chose. Martin paresseux pense aux livres que toujours quelque chose l'empêche d'écrire. Il dort mal et des obsessions le travaillent. La pluie de la vie continue. Un soir on dîne chez des cousins. Le vin est bon ! « J'étais calme. Il n'y eut qu'un point : quand mon verre était vide le cousin le remplissait. Le verre rempli, je le vi-

dais. Cela n'en finissait pas. » Dehors, on s'arrêta chez le bistro. Ah ! ces six cognacs, comme ils sont bons ! Et sur Martin, pas solide et nerveux, l'alcool fait danser les idées. Les portes s'ouvrent, les barrières se renversent, c'est la galopade effrénée... qui se termine à la Salpêtrière.... Depuis cette nuit, il y avait deux Martins : « L'un qui s'observait et se jugeait avec sévérité : Martin I : l'autre, la volonté tuée, qui n'aurait pu agir autrement : Martin II ». Martin II refuse de manger, Martin II voit des choses drôles et devient petit enfant. Quant aux idées de Martin I, elles ont mal sous le front. Et voici Martin III et tout aussitôt Martin.... Martin sait tout. Des livres entiers se composent dans sa tête. Il eût suffi... de les écrire. Ce qu'il n'avait jamais compris, il le comprend. Les objets sont ce qu'ils sont : ils signifient en même temps autre chose. Il écrit à son médecin. Mais quand Martin I veut relire ce travail des autres Martins, des passages sont en zigzags, allant à tort à travers, des mots reviennent toujours les mêmes. Tant pis, le docteur les comprendra.....

Observation étonnante. Toujours la pluie des petites phrases avec de timides et charmants rayons d'humour.

Et ce livre m'a révélé une si originale et sympathique personnalité, qu'avant de prendre mes vacances j'ai tenu à ajouter André Baillon aux auteurs qui se pressaient sous le couvercle de ma malle. Mon libraire n'avait que *Par fil spécial* et *En sabots*. Je lui ai tout de même commandé *Histoire d'une Marie* et *Zonzon Pépette*. Ce sera pour d'autres vacances.

***

« Toc-toc ! Toc-toc-toc !

— ... trez !

— :.. spèce d'idiot.

— ... Le..... spèce d'idiot, c'était moi. Je... « trai. » et c'est ainsi qu'il devint secrétaire de l'*Uprême* « le journal le mieux informé ». Petits tableaux, petites phrases pressées. Tout le monde y passe du plus mince au plus gros. *Par fil spécial* « carnet d'un secrétaire de rédaction » est un roman qui vit, bruit, bavarde et se moque, et nous donne le plus exact et le plus pittoresque tableau de ce monstre moderne qu'est un journal. Peu de « morceaux ». Quand ils existent, ils sont parfaitement réussis. Voici la description des *rotatives* :

« On ne le croirait pas : elles formaient de petits mor« ceaux et sont arrivées dans des caisses sur de la paille. « Il a fallu des mois pour les monter en machines. Elles « sont grandes : elles sont hautes : on se promène sur « leur passerelle comme autour de la machinerie d'un « paquebot.

« Leur âme est électrique. On pousse un petit bouton et « la bête s'éveille, un peu engourdie. Quelque chose « comme une bouche s'entr'ouvre et reste à bâiller : une « bielle s'étire, paresseuse : une autre essaye sa force : « indécise, une roue hésite si elle tournerait à droite ou « pas plutôt à gauche : là-haut, un lourdaud de cylindre « fait un tour sur lui-même et se rendort dans ses draps. « On entend : « clac... » puis : « clac... » : une petite « fille saute sur un sabot , longtemps après, sur l'au« tre.

« Un deuxième bouton pour un peu plus d'âme : la « bête prend de la vie : la bouche qui bâillait se referme, « s'ouvre, se referme ; ce qui doit tourner, tourne : ce « qui doit glisser glisse : devenu tourbillon, le lour« daud agite, autour de lui, les autres. « Clac-clac-clac« clac ». il y a dix petites filles, cent petites filles, mille « petites filles qui vous envoient, en pleine vitesse, tour« noyer leurs deux mille sabots dans la tête. Comme « on dit : on « roule »... Elles sont trois... c'est avec « le n° 3 que les malheurs arrivent. « Elle n'était pas « montée, quand un mécanicien, grimpé tout en haut, « glissa et alla donner de la tête sur une dent de mau« vaise bête qu'elle pointait là tout exprès... Elle a mangé « un pouce de conducteur-chef, plus deux doigts de sa « main droite... » etc....

Comme c'est simple et comme c'est savoureux !

***

Aussi simple, plus savoureux encore est *En sabots*. A Westmalle, en pays flamand, au bout d'un chemin (« elle est bien trop simple pour vivre sur le bord de la route ») Baillon a loué la plus pauvre baraque du pays. Il y vit avec Marie. Il casse du bois, attise le feu et surtout, fonction de confiance, puise l'eau. Il fait encore autre chose. Quand Benooi apporte les sacs de grains pour ses poules, il monte devant lui, au grenier, ouvrir la trappe, et pendant que l'autre geint sous ses cent kilogs, il lui dit ; « ça va, Benooi ? »

« Sur le derrière de ma maison, j'ai cloué un banc d'où je vois à la fois le ciel, la bruyère et mes poules. La bruyère est rose ou verte ou bien de bronze, le ciel un peu mauve, mes poules éternellement blanches. Il y a parfois des abeilles à ras des fleurs, de singuliers petits nuages, dont je me demande les uns où ils vont, les autres d'où ils viennent. Il y a tout là-bas, la veste rouge de Wannus qui rentre avec sa bêche. Il y a le soir qui sent bon, une chaumière qui fume. Il y a.... »

Il y a les petites choses qui composent le tout : l'église, les tombes, le couvent des Trappistes, Mélanie et Fons, Spitz le chien, les poules (avec des pages charmantes et que leur finesse sauve, sur la mort des poules), le brigadier, les crêpes, etc... etc...

André Baillon possède un talent tout à fait personnel. Un homme nerveux et doux, insoucieux de l'argent, se moquant doucement de lui... et des autres sans en avoir l'air, ayant des joies d'enfant, aux sens délicats, nous raconte sa vie dans une note tout à fait moderne, avec une simplicité bien naturelle qui, chose curieuse, s'allie à l'ironie la plus subtile.

Je ne regrette pas d'avoir invité l'œuvre d'André Baillon à ma table littéraire des vacances.

Paul Voivenel.
Alvignac, 13 août-25.

La Maîtrise de soi

Sous ce titre, la *Revue des Deux Mondes* vient de publier (15 août 1925) une remarquable étude du professeur Charles Richet, dont voici quelques extraits :

« L'âme (ou si l'on préfère un autre terme, la pensée, ou l'intelligence, ou la conscience, en un mot, le *moi*) est soumise aux assauts de mille forces diverses, qui l'émeuvent en tous sens, à chaque moment de son existence.

D'abord, il y a des objets extérieurs et multipliés qui frappent nos yeux, nos oreilles. Partout et toujours retentissent autour de nous les vibrations du monde extérieur. De là des émotions incessantes, grandes ou petites, qui ne nous permettent pas, sinon un peu pendant le sommeil, quelque instant de vrai repos.

La complication de ces vibrations diverses est extrême. En effet, chaque sensation apporte aussitôt des légions de souvenirs, d'images, de comparaisons, et l'enchevêtrement des émotions présentes avec les émotions passées est presque inextricable.

Ce n'est pas tout. En même temps qu'un monde extérieur, il y a un monde intérieur dont les vibrations, quoique confuses, sont au moins aussi impérieuses que les vibrations du dehors. Tous nos organes, viscères et muscles, envoient des messages incessants au centre pensant, et donnent ainsi au *moi* la conscience de son existence : ce que l'on a appelé d'un mot un peu pédantesque, mais clair tout de même, la *cénesthésie*.

(*Voir la suite page* 1364)

hématocèles qui n'étaient manifestement pas consécutives à des ruptures de gestation utérine. Sans doute la grossesse ectopique a la part prépondérante dans la production des hématocèles : cependant il y a parfois une autre origine : on trouve alors surtout la rupture de kystes ovariens ou de trompes pathologiques : plus rarement, il s'agit d'affections générales, de cardiopathies, de fibrome, de sténose cervico-utérine (Maugé, Phaneuf, Crousse.)

Diagnostic. — Notons les essais d'utilisation des rayons X pour le diagnostic de la grossesse utérine : ils permettent de constater, surtout après pneumopéritoine, un utérus légèrement augmenté de volume, avec une trompe distendue (Speidel et Turner.)

Pronostic. — 1° De nombreuses observations relatent des grossesses abdominales, primitives ou secondaires, ayant évolué jusqu'au terme ; il y a souvent eu enfant vivant : les cas où l'issue a été fatale sont ceux dans lesquels le diagnostic a été fait trop tard au moment du travail. (Bergouignan, Brown, Ledoux, Meyer, Moggi, Fite, Hargrove, Cowan, Roxas, Suvansa, Vanverts.)

Vaudescal a vu, pour la première fois, une grossesse tubaire se terminer par un accouchement spontané à terme, avec enfant vivant expulsé à travers une effraction du Douglas. La femme est morte par hémorragie.

2° Le pronostic immédiat des grossesses doubles, à la fois intra et extra-utérine, reste assez réservé. Mais d'une manière générale, tandis que la rupture tubaire se produit presque constamment, la gestation intra utérine continue souvent, elle, à évoluer (Nash, Gabaston, Rech.)

3° Le pronostic éloigné de la gestation ectopique apparaît comme assez favorable dans la statistique d'Eerland : sur 116 femmes opérées, il en reste 58 capables de concevoir ; de ces 58 femmes, 30 sont devenues enceintes et ont eu 35 enfants vivants et 14 avortements : enfin 5 seulement ont eu des récidives ectopiques. D'autre part Magalhaes, Vanverts signalent des grossesses ectopiques récidivantes. Citons aussi le cas de Winson Ramsay : une grossesse ectopique bilatérale a été suivie de grossesse normale.

Traitement. — 1° Aigrot insiste sur la nécessité d'intervenir dès que le diagnostic de grossesse ectopique est posé, et de ne pas temporiser.

2° De même pour Rouville, Marriq, lorsque la grossesse extra-utérine est rompue, il faut intervenir « immédiatement ». Non seulement lorsqu'il y a inondation péritonéale grave, ce qui est évident, mais aussi dans les petites hématocèles à répétition : en effet il subsiste alors une menace d'inondation, et de plus, si on attend, on trouve, après, des adhérences qui peuvent nécessiter l'hystérectomie.

3° Dans les grossesses angulaires, Guillemin et Bloch, Mirallié sont d'accord pour limiter l'intervention à une simple résection de la corne utérine, sans avoir à craindre la rupture au cours d'une gestation ultérieure.

4° Enfin, au sujet des grossesses intraligamentaires, Tewfik Remzy précise que le but de l'intervention est l'extirpation totale du sac fœtal. Quant à la marsupialisation et à l'hystérectomie subtotale, ce ne sont que des procédés de nécessité imposés par les circonstances de chaque cas particulier.

BIBLIOGRAPHIE (1).

AIGROT. — **Quatre cas de grossesse tubaire double, et une itérative.** (*Lyon chir.* Tome XXI, p. 516, 1924.)

AUVRAY. — **Etude de quelques formes rares de la grossesse tubaire.** (*Bull. de l'Acad. de Méd.*. Séance du 4 nov. 1924.)

BALARD. — **Deux nouvelles acquisitions dans la séméiologie de la grossesse extra-utérine.** (*Gaz. heb. des Sc. med. de Bordeaux*, avril 1924, n° 17, p. 263.)

BERGOUIGNAN. — **Un cas de gestation péritonéale secondaire.** (*S. A.*, n° 10, Déc. 1924, p. 610.)

BASTIN. — **Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications de la grossesse tubaire.** (*Thèse* de Lille, avril 1924.)

BLOCH et MIRALLIÉ. — **Grossesse angulaire rompue.** (*S. A.*, n° 6, juin 1924, p. 383.)

BOPPE et ROUFFART. — **Hématocèle rétro-utérine suppurée, ouverture dans le rectum, occlusion intestinale aiguë.** (*S. A.* n° 10, déc. 1924, p. 618.)

BOURRET. — **Diagnostic de la grossesse extra-utérine dans les trois premiers mois.** (*G. H.*, 1924, n° 1.)

BRÉCHOT. — **Diagnostic de la grossesse ectopique au début.** (*Prat. Méd. française*, février 1924, n° 3.)

BROUHA. — **Un cas de grossesse ovarienne jeune.** (*Liége médical*, janv. 1924, n° 4.)

BROWN. — **Grossesse abdominale avec terminaison favorable à terme.** (*A. M. J. O.*, 1924. Tome VIII, p, 101.)

CHAMBARD. — **Grossesse ovarienne.** (*Arch. med. chir. de Prov.*, 1924, n° 1.)

CHATON. — **Sur une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue : l'hématome pelvi-pariéto-colique gauche.** (*P. M.*, juillet 1924, n° 56, p. 587.)

CEDERBERG. — **La douleur au niveau de l'épaule dans la gestation tubaire.** (*F. L. H.*, février 1924.)

COWAN. — **Gestation abdominale secondaire. Enfant vivant extrait par cœliotomie.** (*Kentucky med Journ.*, déc. 1924, p. 538.)

CROUSSE. — **Kyste du corps jaune. Rupture durant l'examen gynécologique. Hémorragie intra-péritonéale cataclysmique. Laparotomie.** Guérison. (*Annales de l'Institut chir. de Bruxelles*, 15 déc. 1924.)

DALY. — **Gestation extra-utérine,** (*N. O. M.*, vol, 77, juillet 1924, p. 20.)

DOUGLAS. — **Importance du diagnostic précoce dans la gestation ectopique.** (*Med. Journ. and Rec.* 19 nov. 1924.)

EERLAND. — **Grossesse extra-utérine,** (*N. T.*, 1924, 1er semestre, p. 326.)

FISCHER. — **Une rare découverte en cas de gestation tubaire.** (*Z. C.*, sept. 1924, n° 39, p. 4106.)

FITE. — **Un cas de gestation abdominale à terme.** (*Oklahoma State Med. Assoc. Journ.*, déc. 1924, p. 297.)

FOURNIER. — Grossesse extra-utérine. Hématosalpinx. Laparotomie. Guérison. (*S. O. G.*, 1925, n° 2, p. 165.)

GABRIELJANTZ. — **Fœtus ossifié dans un cas de gestation ectopique.** (*M. G. G.*, vol. LXV, cahier 3/4, janv. 1924, p. 181.)

GABASTON. — **Double gestation intra et extra-utérine.** (*S. O B. A.*, juin 1924, n° 5.)

GIBSON. — Gestations ectopiques. (*China Med. Journ.*, juillet 1924, p. 539.)

GODLEWSKI. — **Rupture d'un kyste hématique de l'ovaire consécutif à une grossesse ovarienne ancienne. Fibrome concomitant.** (*S. O. G.*, 1924, p. 367.)

GRIZZARD. — Gestation ectopique. (*Tennesse State med. Assoc. Journ.*, nov. 1924, p. 234.)

GRABA-LECKI. — Etiologie de la gestation tubaire. (*Ginek. Polska*, 1924, vol. III, Fasc. IV-VI.)

GUILLEMIN. — 1° A propos de la douleur **élevée dans une** grossesse extra-utérine. (*S. O G.*, 1924, p. 531) et 2° **grossesse** interstitielle rompue. Transfusion sanguine. Guérison. (*Ibid.*, p. 677.)

HEIM. — Grossesse interstitielle. (*Z. G.*, n° 7, février 1624, p. 357.)

HARGROVE. — **Gestation abdominale à terme ou près du terme.** (*Texas State Journ. of Med.*, sept. 1924, p. 291.)

HENROTAY. — **Un cas de grossesse angulaire.** (*S. B. G. O*, séance du 2 février 1924.)

HERMANS. — **Rupture de gestation ectopique.** (*N. T.*, mars 1924.)

HIRCHBERG. — **Observations des contractions des trompes.** (*Z. G.*, n° 16, avril 1924, p. 858.)

INOSTROSO. — **Gestation angulaire.** (*Bull. de Soc. de chirurg. de Chili*, 1924, n° 17, p. 347.)

(1) ABRÉVIATIONS. *A. M. J. O.*, *American Journal of Obst. and. Gyn.* ; *F. L. H.*, *Finska Lakäres Handling*, Helsingors ; *G. H. Gazette des Hôpitaux*, Paris ; *G. O. Gynécologie et obstétrique*. Paris ; *J. A. M. A.*, *Journal of ther Amer. med. Assoc.* ; *J. O. C. Journal of obst and gyn. of the British Empire* ; *L. G. La Gynécologie*, Paris ; *L. L.*, *Lancet*, Londres ; *M. G. G.*, *Monatschrift für Gebürtshilfe und Gynäkologie* ; *N. O. M.*, *New-Orléans Med. and Surg. Journal* ; *N. T.*, *Nederland Tydschrift voor Geneeskunde* ; *P. M.*, *Presse médicale*, Paris ; *Pa. M.*, *Paris médical* ; *S. A.*, *Bulletins et mémoires de la Société anatomique* ; *S. O. G.*, *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris* ; *S. O. B. A*, *Bulletin de la Soc. d'obstetrique et de gynécologie de Buenos-Ayres* ; *S. B. G. O.*, *Soéiété belge de gynécologie et d'obstétrique* ; *Th. Thèse* ; *V. M.*, *Virginai Med. Monthly* ; *Z. G. Zentralblatt für Gynakologie*.

JEANNE.— Grossesse extra-utérine de 3 mois arrêtée dans son développement sans signes cliniques. (*Soc. de Méd. de Rouen*, séance du 11 février 1924.)

JONESCO. — Considérations sur le signe de Laffont dans la grossesse extra-utérine rompue. (*Rev. d'obst., gyn., puéricult.* Bucarest, déc. 1924.)

JOHNSON.— Un cas de gestation tubaire avec rupture utérine. (*Nebraska State Med. Journ.*, mai 1924, vol. 9 ; p. 176.)

KENDIG. — Diagnostic de la gestation extra-utérine. (*V. M.*, février 1924.)

KHOOR. — Remarques sur la gestation ectopique non traitée, ayant une terminaison fatale. (*Z. G.*, n° 11, janvier 1924, p. 37'.)

KRAUL. — Rupture tardive en cas de grossesse tubaire. (*Z. G.*, n° 40, oct. 1924, p. 2201.)

LAFFONT.— La douleur tardive élevée dans la grossesse extra utérine Un nouveau signe de rupture tubaire. (*P. M.*, n° 16, février 1924.)

LAPOINTE. — Les formes cliniques de l'hémopéritoine par interruption de la grossesse tubaire. (*Les Sciences médicales*, 31 octobre 1924.)

LEDOUX.— Gestation abdominale à terme. (*N. O. M.*, février 1924, p. 371.)

LEYLAND ROBINSON. — Un cas de gestation ovarienne. (*J. O. G.*, vol. 31, n° 3, 1924, p. 410.)

MAGALHAES.— Gestation ectopique récidivante. (*Rev. de Gyn. e Obst. do Brasil*, n° 3, mars 1924.)

MANGÉ. — Un cas d'hématocèle pelvienne non gravidique. (*S. O. G.*, 1924, p. 114.

MATHIEU et GUIBAL. — 1° A propos de la douleur tardive élevée dans la rupture de grossesse tubaire. (*S. O. G.*, 1924, p. 661.) —2° Phénomènes douloureux paradoxaux et douleur tardive élevée dans un cas de rupture de grossesse tubaire. (*Ibid.*, p. 395.)

MARRIQ.—Un cas de gestation extra-utérine de 3 mois. (*Bull. de Soc. med. chir. de l'Indochine*, n° 10, nov. 1924, p. 303.)

MEYER. — Gestation abdominale primitive. (*F. L. H.*, juin 1924, p. 433.)

MOGGI, DUBOUCHER, HOUEL et SUDAKA. — Un cas de grossesse abdominale. (*S. O. G.*, 1924, p. 243.)

MOULONGUET-DOLÉRIS. — Contribution à l'étude de la grossesse ovarienne. (*L. G.*, mai 1924.)

NASH. — Rupture d'une gestation tubaire accompagnant une gestation intra-utérine. (*L. L.*, 6 septembre 1924, p. 494.)

NICHOLSON et SANZ. — Gestation ovarienne. (*S. O. B. A.*, tome III, 15 oct. 1924.)

PAUCOT. — Hématocèle par rupture intra-ligamentaire de grossesse tubaire. (*S. O. G.*, 1924, p. 631.)

PERLI. — Gestation intra-pariétale. (*Z. G.*, n° 52, déc. 1924, p 2841.)

PHANEUF. — Hémorragie intra-péritonéale par rupture d'un kyste ovarien. (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, tome 83, n° 9, août 1924, p. 658.)

PHILLIPS. — Gestation ectopique. (*V. M.*, sept. 1924, p. 344.)

PHILPOT.—Gestation ectopique. (*N. O. M.*, déc. 1924, p. 241.)

PUTNIN. — L'étiologie de la grossesse extra-utérine et le mécanisme de la migration de l'ovule. (*Latvijas universitatis Rakstt. Acta universitatis Latviensis*, 1924.)

REEB. — Grossesse gémellaire intra et extra-utérine. (*S.O.G.*, 1924, p. 217.)

ROCHET et LABRY. — Forme anormale épigastrique de rupture tubaire. (*Soc. Nat. de Méd. et des Sc. Méd. de Lyon*, séance du 12 mars 1924.)

DE ROUVILLE et COLL DE CARRERA. — Grossesse tubaire avec apoplexie ovulaire. (*S. O. G.*, 1924, p. 367.)

DE ROUVILLE et MADON. — Avortement tubaire, hémorragies à répétition, laparotomie, guérison. (*S. O. G.*, 1924, p. 373.)

DE ROUVILLE et VALLOIS. — Un cas d'avortement tubaire. (*S. O. G.*, 1924, p. 766.)

ROXAS VILLARAMA. — Gestation intra-ligamentaire primitive avec enfant vivant. (*Journ. of Philipp. Isl. med. Assoc.*, février 1924.)

SCHREIBER. — Gestation bilatérale tubaire. (*Z. G.*, n° 41, oct. 1924, p. 2224.)

SCHICKELÉ.— La grossesse tubaire du 3e et 4e mois. (*S. O. G.*, 1924, p. 700.)

SIREDEY.— Le diagnostic de la grossesse ectopique. (*Journ. de Méd et de Chir. prat.*, sept. 1924, p. 615.)

SCHWARTZ, LUBIN et AMELINE. — Perforation du rectum par placenta ectopique (*Paris Méd.* 21 juin 1924.)

SCHNEIDER. — Données sûres de la gestation ectopique primitive. (*M. G. G.*, vol. LXV, cahier 3/4, janv. 1924, p. 184.)

SPEIDEL et TURNER.— Radio-diagnostic des gestations normales et anormales. (*A. M. J. O.*, n° 6, juin 1924, p. 697.)

STEFANI. — A propos de la grossesse tubaire. De la localisation anti-utérine du produit d'avortement. (*Thèse* Montpellier, 1923-1924.)

SUVANSA. — Gestation ovarienne intra-péritonéale à terme. (*L. L.*, mars 1924, p. 633.)

SUWELACK. — Gestation extra utérine dans la clinique de Würzburg. (*Z. G.* n° 29, juillet 1924, p. 1645.)

THURSTON SCOTT. — Le moment favorable pour intervenir dans les gestations ectopiques. (*A. M. J. O.*, vol. VII, février 1924.)

TEWFIK REMZY.— Technique opératoire des grossesses intraligamentaires. (*G. O.*, tome IX, n° 5, 1924.)

VAN CAUWENBERGHE. — L'importance de la grossesse extra-utérine dans l'enseignement obstétrical moderne. (*Annales et Bul. de la Soc. Royale de Méd. de Gand*, 3 juin 1924.)

VANVERTS. — 1° Grossesse abdominale à terme. Rétention fœtale. (*S. O. G.*, 1924, p. 453.). — 2° Récidive de grossesse tubaire. (*Ibid.*, p. 519). — 3° Fausse inclusion de la trompe gravide dans le ligament large. (*Ibid*, p. 629.)

VAUDESCAL. — Evolution invraisemblable d'une grossesse extra-utérine. Accouchement spontané à terme d'un enfant vivant. Hémorragie profuse de la délivrance entraînant la mort. (*S. O. G*, 1924. p. 785.)

VAUTRIN. — La grossesse abdominale. (*S O. G.*, 1924, p. 665.)

WESTPHALEN. — Grossesse isthmique de la trompe. (*Z. G.*, n° 6, février 1924, p. 223.)

WEUM. — Traits cliniques de la gestation extra-utérine. (*Minnesota Med.*, février 1924.)

WILBERT.— Grossesse interstitielle. (*S. A.*, séance du 20 déc. 1924.)

WINSON RAMSAY. — Grossesse normale après opérations pour grossesse ectopique des deux trompes. (*Procedings of the Royal Society of Medicine*, avril 1924, tome XVII, p. 53.)

ANALYSES

La thrombo phlébite utéro-pelvienne dans l'infection puerpérale. (MONTESTRUC. *Thèse Bordeaux*, 1924.)

Parmi les complications infectieuses du post-partum les *thrombo-phlébites simples* sont assez fréquentes et se manifestent le plus souvent par des embolies pulmonaires graves. Cette embolie est quelquefois un signe prémoniteur de l'extension de la phlébite aux membres inférieurs. Rien de particulier à dire pour le traitement de ces phlébites.

On observe encore des thrombo-phlébites à type pyohémiques, plus rares et des *thrombo-phlébites suppurées*. Ces dernières méritent une thérapeutique spéciale. Elles sont caractérisées par des frissons, des altérations du pouls et de la température, la présence d'un cordon induré dans un cul-de-sac. Quand il n'y a pas de symptômes phlébitiques on est en droit d'intervenir par l'opération de TRENDELENBURG (ligature de la veine hypogastrique par voie sous-péritonéale ; ligature et incision des foyers suppurés) ; ou par l'opération de BUMM (ligature des veines par laparotomie). Lorsque des signes généraux d'infection puerpérale s'ajoutent à ces signes de thrombo-phlébite suppurée, le chirurgien devra intervenir par la voie abdominale pour enlever l'utérus infecté et lier en même temps les grosses veines. Aussi bien ces interventions sont très graves et à la clinique obstétricale de Bordeaux on cherche à arrêter l'infection par des injections intra-veineuses d'arséno-benzol qui, jusqu'ici ont donné des résultats intéressants.

G. JEANNENEY.

Traitement de la douleur et de l'insomnie par l'isopropylpropénylbabiturate d'amidopyrine (Allonal). (G. ESTIVAL, Thèse de Lyon, 1924.)

L'expérimentation pharmacologique et physiologique de l'Allonal (cf. travaux de POUCHET *Progrès médical*, 21 juin 1924), avait permis d'espérer que l'on aurait désormais à sa disposition un médicament qui, par son action analgésique, sédative, et hypnogène, pourrait rendre de réels services aux médecins dans leur pratique journalière. Les nombreux travaux cliniques publiés sur ce médicament, et notamment ceux de MM.

Combemale, Courteville, Nayrac, Tellier, Beysac, Mallerin-Gerin, Petiteau, etc., ont démontré que cet isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (Allonal), était susceptible de rendre les plus grands services aux médecins praticiens, car c'est un véritable analgésique renforcé, et comme d'autre part, c'est un corps parfaitement défini, toujours identique à lui-même, facile à prendre, et parfaitement toléré (1 à 3 comprimés par jour), il trouve son application dans les cas si nombreux où prédomine l'élément douleur, aussi bien en stomatologie qu'en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie qu'en gynécologie, en urologie qu'en médecine générale. Toutes les fois qu'il y a douleur, il semble qu'on puisse à coup sûr administrer l'Allonal, car, comme le fait remarquer M. Estival, le produit est atoxique aux doses thérapeutiques, sa zone maniable est très étendue, et il ne semble produire aucun effet nocif, ni sur le cœur, ni sur la circulation, ni sur les reins, ni sur les poumons.

Sur la chimiothérapie post-opératoire des méningites purulentes généralisées septiques d'origine otitique.

(Maloens, *Bruxelles Médical*, 15 novembre 1924.)

S'il était classique, il y a quelques années, de considérer comme fatal le pronostic d'une méningite purulente avec culture positive, on accuse aujourd'hui encore une mortalité de 70 à 75 %.

Depuis les travaux de Lermoyez et Bellin, on enseigne aujourd'hui qu'il faut intervenir aussitôt que possible. De la précocité de l'intervention dépend le succès. Suppression du foyer causal : mastoïdectomie, évidement pétro-mastoïdien. Drainage du liquide céphalo-rachidien par ponctions répétées 2 fois par jour ou par canule à demeure dans le rachis.

Il faut enfin désinfecter les méninges et améliorer la défense de l'organisme. On utilisera les injections intra-rachidiennes d'argent ou d'étain colloïdaux, sans grand succès,

Maloens a eu l'idée de s'adresser à un corps composé, la septicémine, association synergique de l'hexaméthylène tétramine et de l'iode qui, dit-il, « non seulement permet de réaliser la désinfection locale de la région où siégeait le foyer causal, mais grâce à son pouvoir de pénétration joint à sa complète innocuité, achève la désinfection de la totalité de l'organisme. Les éléments antimicrobiens de sa molécule agissent promptement, sans choc et sans phénomène d'intoxication. »

L'auteur rapporte l'observation qu'il a publiée à la Société de Chirurgie de Bruxelles (séance du 25 octobre 1924). Il s'agit d'un enfant de 15 ans atteint d'otite purulente avec phénomènes méningés — la ponction lombaire donna du liquide purulent contenant du streptocoque. Il fit un évidement pétro-mastoïdien. Deux ponctions lombaires ramenèrent 40 à 50 cc. de liquide purulent. On administra ensuite des injections intra-rachidiennes de septicémine à la dose d'une, puis de deux ampoules de 4 cc. Quarante-huit heures après le début du traitement, le liquide céphalo-rachidien fut reconnu stérile. On administra alors la septicémine par voie intra-veineuse, et on en instilla localement dans la cavité opératoire et sur la gaze aseptique des pansements à la manière de Dupuy de Frenelle.

Opéré le 21 juillet, le petit malade était guéri vers le milieu d'août.

Les recherches faites par l'auteur ont montré que les méningites avec liquide céphalo-rachidien contenant des microbes étaient dans la très grande majorité des cas mortels. Les quelques cas guéris ne contenaient que du staphylocoque.

En général, la méningite à streptocoque ne pardonne pas.

Revenant ensuite sur les injections médicamenteuses intra-rachidiennes, Maloens, après d'utiles recherches, a abandonné les injections intra-rachidiennes. Les espaces arachnoïdiens ne constituent pas une sorte de vase clos, mais font partie d'un grand système circulatoire. Le passage direct du liquide cérébro spinal dans les veines est un des faits les mieux établis de la physiologie de la circulation cérébrale. Il faut donc envisager dans le traitement des méningites septiques les avantages que peuvent présenter à la suite de ponctions lombaires évacuatrices répétées, non seulement le passage dans le liquide céphalo-rachidien, des anticorps contenus dans le sérum sanguin des malades, mais aussi la filtration des produits médicamenteux injectés dans les veines. D'autre part, un médicament injecté dans le cul-de-sac lombaire diffuse mal dans le bulbe et le cerveau (Sicard) et il paraît difficile, sinon impossible, d'atteindre efficacement les méninges cérébrales par une injection lombaire.

De cette longue et très intéressante étude, l'auteur conclut que « parmi les médicaments de choix, la septicémine paraît être un agent très précieux par sa diffusibilité extrême et rapide dans toute l'économie, son intensité d'action et son absolue innocuité ».

L'imprégnation chimiothérapique de fond sera par voie intra-veineuse, l'injection intra-rachidienne sera rejetée.

Enfin, la septicémine en applications locales dans la plaie opératoire hâte sans aucun doute la désinfection du foyer local.

En terminant, Maloens cite l'observation d'une femme de 29 ans atteinte de méningite purulente généralisée, consécutive à une labyrinthite aiguë d'origine grippale, chez laquelle il suivit ces directives en faisant usage de la Septicémine. Malgré la gravité extrême du pronostic, il observa une chute caractéristique de la température et une atténuation progressive des symptômes cliniques et une amélioration parallèle des caractères du liquide céphalo-rachidien jusqu'à complète guérison.

Les troubles humoraux du rachitisme.

(L. de Gennes, *Bulletin méd.* 28-31 janv. 1925.)

De G. a repris l'étude de la calcémie chez les rachitiques, en se servant de la méthode employée par M. P. Weill et Guillaumin et qui consiste en un titrage du Ca à l'état d'oxalatate. Si l'hypocalcémie est habituelle à la période initiale, active, du rachitisme, elle est loin d'être constante au contraire dans le rachitisme en évolution. Elle est toujours légère, sauf si le rachitisme est accompagné de spasmophilie. La lumière artificielle la ramène rapidement à son chiffre normal.

Pourtant l'hypocalcémie semble être le témoin et non la cause du rachitisme, et à la suite des auteurs américains, de G. insiste surtout sur les troubles du métabolisme phosphoré. Dosant le phosphore inorganique dans le sang par la méthode colorimétrique de Doisy et Bell, il trouve chez l'enfant sain à jeun un chiffre de 4 mg. 8 par 100 cc. de sérum, Dans le rachitisme en évolution l'hypophastémie lui a paru constante, et pouvant s'abaisser au dessous de la moitié du chiffre normal. Par contre, dans le rachitisme ancien, fixé, le taux du phosphore sanguin est normal. Sous l'influence des rayons ultra-violets le taux du phosphore inorganique s'élève rapidement ; par contre celui du phosphore organique s'élève peu.

Cette hypophosphaturie des rachitiques précède les signes radiologiques et cliniques de la maladie.

Pour être actif le traitement par la lumière doit être prolongé longtemps par des séances d'irradiation discontinue.

J. Decourt.

Hyperuricémie et crise aiguë de goutte articulaire.

(Mathieu Pierre Weil, *Annales de médecine*. T. XVII, n° 2, février 1925.)

L'hyperuricémie n'est pas constante au cours de la goutte. D'autre part elle n'est pas propre à cette affection ; l'imperméabilité rénale suffit à la produire ; elle se rencontre dans nombre d'affections telles que l'eczéma, l'obésité, l'asthme, la pyorrhée alvéolo-dentaire, la migraine. Aussi, contrairement à l'opinion classique le problème de la goutte ne peut pas être réduit à un trouble du métabolisme urique.

Au cours des crises articulaires aiguës, l'augmentation de l'acide urique sanguin est loin d'être constante ; parfois même l'accès coexiste avec une hypouricémie. Il n'est pas constant non plus de trouver dans le liquide des hydarthroses goutteuses un chiffre d'acide urique supérieur à celui du sang. Enfin il est remarquable que l'injection d'acide urique chez le goutteux n'entraîne pas fatalement un accès.

Il résulte de tous ces faits que la crise de goutte aiguë ne saurait se réduire à un trouble banal de précipitation dû à une sursaturation du sang par l'acide urique. W. pense qu'elle re-

lève essentiellement du mécanisme du choc colloïdoclasique. Comme il l'a montré antérieurement avec Bezançon et de Gennes, il s'agit, dans certains cas au moins, de troubles protéiniques s'apparentant étroitement à la maladie du sérum.

J. DECOURT.

Recherches cliniques et physiopathologiques sur la saignée. Les rapports du plasma et des liquides interstitiels. (Et. BERNARD. Thèse Paris. 1925, Doin. édit.)

A la lumière des notions physiopathologiques nouvelles B. reprend l'étude de la saignée. Ses indications sont classiques : les accidents de la défaillance cardiaque primitive ou secondaire, les grands accidents d'insuffisance ventriculaire gauche chez les rénaux hypertendus.

La tension artérielle n'est le plus souvent pas modifiée par les saignées moyennes de 600 à 800 gr. Lors des hypertensions permanentes (en dehors des grands accidents paroxystiques où elle comporte une indication d'urgence) la saignée est inutile et peut même être nuisible.

Par contre elle abaisse toujours la tension veineuse, mais à un degré variable selon la gravité même de la stase. Après la saignée il s'établit un courant aqueux des liquides interstitiels vers le sang, et cette dilution sanguine, mesurée par l'étude de l'index réfractométrique a pour rôle de rétablir la masse initiale du sang. Il se produit en même temps une augmentation de la diurèse, grâce à la diminution de la stase veineuse périphérique et à l'accélération du courant sanguin. Cette polyurie aboutit à la fonte des œdèmes.

La saignée prépare ainsi l'action des toni-cardiaques, mais elle suffit parfois à elle seule à conjurer une crise d'asystolie. Elle n'agit pas sur l'azotémie, mais reste cependant indiquée dans l'urémie convulsive car celle-ci relève surtout de l'œdème cérébral ou des paroxysmes d'hypertension.

Les saignées séreuses, telles que la ponction d'ascite, agissent sur les hydropisies, sur la dilution sanguine et sur la diurèse par le même mécanisme que la véritable saignée.

J. DECOURT.

L'insuline dans les cirrhoses du diabète. (Et. CHABROL et P. HÉBERT. *Paris-Médical* 16 mai 1925.)

Les cirrhoses des diabétiques ne se présentent pas toutes devant la cure d'insuline avec le même pronostic. L'extrait de pancréas ne peut rien contre les formes graves que domine l'évolution de l'insuffisance hépatique. Par contre il mérite d'être mis en œuvre dans les cirrhoses hypertrophiques qui semblent avoir laissé relativement indemne le fonctionnement de la cellule hépatique, et même il ne faut pas craindre dans ces cas d'injecter des doses d'insuline plus fortes que chez les diabétiques dont le foie est indemne.

Les effets obtenus sont souvent dissociés : la chute de la glycosurie est inconstante, mais les améliorations obtenues se jugent par la disparition de l'acétone, la réascension de la courbe de poids et surtout les heureuses modifications de l'état général.

Les exemples rapportés par C. et H. sont à rapprocher d'observations analogues faites par Widal, Abrami, Weill et Laudat et par Vidal, Baumel et Pagès.

J. DECOURT.

Le métabolisme basal dans les syndromes hypophysaires. (M. LABBÉ, STÉVENIN et VAN BOGAERT. *Annales de médecine*. T. XVII, n° 3, mars 1925.)

Les auteurs ont étudié le M. B. dans 10 cas de syndromes hypophysaires. Ils ont observé des modifications assez appréciables dans les cas où l'hypophyse paraît lésée : augmentation dans l'acromégalie typique, diminution dans l'insuffisance hypophysaire. Mais dans l'un et l'autre cas les modifications ne sont pas très considérables, et elles paraissent inconstantes dans l'insuffisance hypophysaire. Les auteurs croient à une action directe de l'hypophyse sur les échanges respiratoires ; il leur paraît inutile d'invoquer une atteinte secondaire de la glande thyroïde.

Mais ces modifications du M. B. dans les syndromes hypophysaires ne sont pas assez importantes pour fournir au diagnostic un appoint aussi valable que dans les altérations de la glande thyroïde.

J. DECOURT.

Le métabolisme basal dans l'alimentation insuffisante. (LABBÉ et H. STÉVENIN. *Presse médicale*. 28 mars 1925.)

Les auteurs ont étudié les échanges respiratoires de dix huit sujets soumis à une hypoalimentation prolongée, soit par anorexie mentale primitive, soit par anorexie secondaire à une affection digestive. Dans huit cas, ils ont trouvé que le métabolisme basal était diminué de 11 à 39 p. 100. Dans deux cas seulement il était normal. Cette étude montre que les glandes endocrines ne sont pas les seuls éléments responsables de l'activité des combustions dans l'organisme, et que d'autres conditions interviennent, parmi lesquelles se range le taux habituel de l'alimentation. L'étude du métabolisme basal peut donc servir, en clinique, au diagnostic des états d'amaigrissement, permettant par exemple de distinguer l'anorexie mentale (où il est diminué) de la maladie de Basedow et des maladies consomptives comme la tuberculose (où il est augmenté).

J. DECOURT.

La cuti réaction dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins, la migraine, l'urticaire et l'eczéma. (PASTEUR VALLERY-RADOT et P. BLAMOUTIER. *Presse Méd.* 25 mars 1925.)

Dans cette étude, portant sur 124 cas personnels, P.-V.-R. et B. rapprochent leurs résultats de ceux qui ont été publiés par les auteurs étrangers et montrent l'intérêt de la méthode des cuti-réactions non seulement pour le diagnostic mais encore pour le traitement des états anaphylactiques.

Il faut remarquer cependant que les cas restent assez restreints où la cause d'une manifestation anaphylactique est révélée par cette épreuve.

Une cuti-réaction positive oriente le clinicien vers une thérapeutique spécifique ; mais c'est seulement après l'épreuve du traitement que l'on sera en droit d'admettre que la protéine donnant une réaction était la cause du syndrome anaphylactique observé.

Souvent il suffit de soustraire l'organisme à l'action de la protéine incriminée. C'est ainsi qu'il est aisé de supprimer de l'alimentation telle ou telle substance, d'éloigner les animaux, de transformer la literie. D'autres fois il n'est pas possible d'exclure la protéine. Il faut alors procéder à la désensibilisation. La voie digestive s'impose quand il s'agit d'anaphylaxie à un aliment. Dans les autres cas on tente de désensibiliser le malade par la voie sous-cutanée en injectant des doses infinitésimales, puis progressivement croissantes, de la protéine spécifique.

Au lieu d'utiliser la voie sous-cutanée, Pasteur Vallery-Radot et Hagueneau ont proposé d'employer pour la désensibilisation la voie cutanée, sous forme de cuti-réactions répétées. Comme toutes les méthodes de désensibilisation, celle-ci peut avoir des échecs ou ne conférer qu'une désensibilisation temporaire, mais elle est à l'heure actuelle une des plus simples et des plus exemptes de risques.

J. DECOURT.

Etudes sur le diabète accompagné de tuberculose. (ERIK LUNDBERG. *Acta medica scandinavica*. Vol. LXII, fasc. I II 1925.)

Dans deux mémoires, E. L., se basant sur 14 observations cliniques étudie la marche du diabète compliqué de tuberculose et en détermine la symptomatologie. Le diabète précède la tuberculose, celle-ci apparaissant dans la moitié des cas au cours du traitement hospitalier. Les signes pulmonaires sont minimes mais d'évolution rapide, comme le montre la radioscopie. La fièvre peut manquer. Les crachats sont riches en bacilles. L'apparition de la tuberculose semble améliorer la tolérance

aux hydrocarbones, et chez un malade antérieurement traité par l'insuline on peut diminuer les doses d'insuline. L'acidose d'ailleurs manque presque toujours, ou bien reste minime. Le malade meurt de sa tuberculose et non de son diabète.

Cette amélioration des symptômes du diabète a fait supposer à E. L. que les tissus tuberculeux produisent une substance semblable à l'insuline et qu'il qualifie de *parainsuline.*

C'est à la confirmation de cette hypothèse qu'il s'attache dans son second mémoire. Il a expérimenté sur la souris. Après avoir déterminé les effets de l'insuline sur cet animal, il a étudié l'action d'extraits de tissus tuberculeux, les uns de provenance bovine, les autres de provenance humaine. Ces extraits d'organes tuberculeux produisent des accidents comparables à ceux que produit l'insuline et ces accidents disparaissent immédiatement sous l'influence d'une injection de glucose. Les extraits d'organes non tuberculeux sont sans action.

La parainsuline ainsi mise en évidence dans les tissus tuberculeux ne provient ni du bacille de Koch ni de la tuberculine. Elle semble donc se former dans les cellules mêmes du tissu tuberculeux.

De nombreux tableaux et graphiques illustrent cet important travail.

J. DECOURT.

Contribution à l'étude du mégacôlon chez l'enfant. (Paul LETONDAL. Thèse de Paris, 1925. Arnette, éditeur.)

Le mégacôlon est une affection essentiellement caractérisée cliniquement par une constipation opiniâtre, un gros ventre tympanique et une évolution chronique ; anatomiquement par une dilatation totale ou segmentaire du côlon, s'accompagnant le plus souvent d'allongement et d'hypertrophie des parois.

Il s'agit avant tout d'une affection de l'enfance, beaucoup plus fréquente chez les garçons que chez les filles, dont la cause est en réalité inconnue dans les cas où la dilatation ne s'accompagne d'aucun obstacle au cours des matières et paraît le fait d'une malformation embryonnaire. D'autres fois, il s'agit d'une rétrodilatation secondaire à un obstacle situé sur le trajet du côlon. Cet obstacle peut être d'ordre mécanique, anatomique ou physiologique. Il faut surtout signaler, dit l'A., la fréquence et l'importance des phénomènes mécaniques dont « la longueur anormale, les replis multiples et très accusés du côlon iléopelvien, avec longueur et laxité exagérée du mésentère correspondant » constituent les faits dominants chez les jeunes enfants.

Le diagnostic du mégacôlon ne saurait être affirmé sans la radiologie ; il existe des cas de dolicôlon sans mégacôlon qui ont la même expression clinique que les vrais mégacôlons et que seule la radiographie peut mettre en évidence.

Le mégacôlon est une affection rare et on ne saurait trop s'insurger contre les auteurs qui veulent voir des mégacôlons partout ; il n'y a mégacôlon que s'il y a dilatation considérable et persistance du gros intestin constatée à la radio, et que si cette dilatation s'accompagne du syndrome clinique de la maladie de Hirschprung.

Le traitement du mégacôlon est médical et chirurgical. L'entérolyse quotidienne pratiquée avec une longue sonde pouvant atteindre la partie dilatée du côlon est le point capital du traitement médical. Le traitement chirurgical doit intervenir dans les cas où le traitement médical a échoué ou lorsque l'obstacle au cours des matières est d'ordre anatomique. « codectomie dans les ectasies segmentaires, iléo-sigmoïdostomie dans les ectasies totales (Pierre DUVAL).

Essai illustré sur l'histoire de la chirurgie antique et ancienne. (Pierre HAMONIC, Thèse de Paris, 1925. Thiron éditeur, Clermont de l'Oise.)

M. Pierre Hamonic a établi dans ce travail un catalogue des collections précieuses patiemment rassemblées par son père, le regretté Dr Paul Hamonic. Mais comme le sujet était infiniment vaste, que ces collections constituent un véritable musée d'histoire de la médecine, il s'est limité à la chirurgie de l'antiquité et des temps anciens. Et pour rendre son travail plus vivant il a joint à la description des instruments reproduits un aperçu de l'histoire chirurgicale à laquelle ils appartiennent. Si l'on ajoute que cette histoire chirurgicale va des Egyptiens au XVIIIe siècle, on comprendra l'importance de ce travail dont l'iconographie sera précieuse pour les historiens de la médecine.

Les bains, la thérapeutique stimulante et le vago-sympathique. (MORHARDT. *La Vie médicale*, 19 déc. 1924, p. 2017.)

Par rapport au pouls et à la pression, il existe des bains indifférents dont la température est de 34 à 35°. Au-dessous de cette température la pression est augmentée et le pouls ralenti. Au-dessus de cette température, la pression, après une ascension passagère, s'abaisse tandis que le pouls bat plus vite. Ce sont les bains de 38°3 qui abaissent le plus la pression.

Les bains prolongés de plusieurs heures dans des eaux sulfatées calciques et à diffusion lente déterminent facilement une réaction locale dans les lésions chroniques des articulations et dans les névrites.

Il y a un grand intérêt à juger des effets des bains en fonction de leurs effets sur le vague ou sur le sympathique. Entre beaucoup de réactions qui ont été proposées, celle de von Gröer est intéressante (injection intradermique d'adrénaline à 1/10.000.000 : œdème local augmenté si hypervagotonus, diminué si hypersympathicotonus). A 38° le bain excite le vague et augmente les dimensions de la papule même sur un membre qui n'a pas été en contact avec l'eau ou avec la vapeur d'eau. A 20°, un bain, au contraire, diminue les dimensions de la papule.

Les effets puissants d'euphorie et de bien-être provoqués par les bains d'acide carbonique à température abaissée progressivement de 35° à 28° s'expliquent par une contraction des vaisseaux splanchniques et une diminution de la stase qui se produit dans ce vaste domaine artériel et veineux au cours d'un grand nombre de troubles circulatoires.

Henri VIGNES.

Un cas de fièvre puerpérale traitée par l'autohémothérapie. (J. DUJARDIN (de Tourcoing). *Journal des Sciences médicales de Lille*, 23 novembre 1924.)

Primipare. Gestation normale, mais pénible (vomissements et amaigrissement). Accouchement spontané en OIDP.

Deux heures après la naissance, devant l'insuccès des tractions sur le cordon et de la méthode de Crédé, délivrance artificielle, après désinfection soigneuse, suivie de révision. On note en même temps l'existence d'une déchirure de la lèvre antérieure du col, s'étendant à droite vers le cul-de-sac vaginal. Il existait également une déchirure incomplète du périnée, qu'en raison des lésions siégeant dans la profondeur, on croit plus prudent de ne pas suturer.

Le lendemain, 19 mars, la température était, le matin de 37°8, le soir, de 38°8 (température axiliaire). Le pouls est à 120 ; l'abdomen est indolore et souple.

20 mars : Le matin 39°4, le soir 39°2. Pouls à 120-130. Facies non infecté, abdomen d'une grande souplesse ; l'accouchée n'a pas eu de grands frissons ni de transpirations abondantes.

Les plaies vaginales visibles sont d'un gris sale ; il s'écoula du vagin une petite quantité de pus mélangé d'un peu de sang ; aucune fétidité de cet écoulement.

Matin et soir, 10 cmc. d'électrargol, en injections sous-cutanées ; potion à la strychnine.

Les jours suivants, la température oscille entre 38° et 39°, demeure le 23 et le 24, en plateau, à 39°, puis descend, d'une manière appréciable et progressive, après une injection intraveineuse de septicémine. Quelques grandes oscillations se manifestent ensuite, pouvant faire craindre l'apparition d'une collection purulente.

Cependant l'état général de l'accouchée reste bon : pouls assez rapide mais en rapport avec la température ; abdomen souple et indolore ; urines recueillies deux fois par jour par cathétérisme) abondantes, claires et ne contenant pas d'albumine ; selles tous les deux jours, obtenues par ingestion d'un peu d'huile de ricin. Alimentation composée de lait, de lait-

battu, d'œufs, et, presque tous les jours, d'un peu de viande boissons alcoolisées et café.

Les nuits du 25 au 26 et du 26 au 27 sont cependant plus mauvaises, avec délire et sueurs profuses, qui nécessitent même le change du linge.

Le 27 *mars*, à 18 heures, prélèvement de sang de 8 cmc., dans une des veines du bras qu'on injecte immédiatement dans les muscles de la fesse, au niveau de la zone d'élection. A ce moment, la température est de 39°8, le pouls bat à 130. Frissons nombreux, alternatives de chaleur et de froid, sueurs abondantes, accablement assez marqué.

Le lendemain matin 28 *mars*, le thermomètre marquait 37°2; le pouls était descendu à 100 : la malade avait passé une meilleure nuit et, pour la première fois, depuis l'accouchement, elle venait d'uriner spontanément. Le soir, la température est encore à 37°2. La journée s'est passée dans le calme, avec de longues périodes de sommeil réparateur.

29 *mars*. — Température 37°4 ; pouls, 80. La nuit a été excellente. Second prélèvement de sang qu'on injecte à la malade.

La température reste désormais normale.

L'auteur considère que la rapidité de la défervescence est une preuve de l'action réelle de la thérapeutique.

Henri VIGNES.

Milk injections without local reactions. Injections de lait sans réactions locales. (K. D. GRAVES). — (*Journ. of. the med. Assoc.*, 8 nov. 1924. p. 1505.)

Le Dr K. D. GRAVES, de Roanoke (Virginie), qui emploie fréquemment dans sa pratique les injections hypodermiques de lait, a été frappé par la réaction locale considérable que détermine ce produit et qu'il croit pouvoir attribuer à la graisse de lait. L'emploi d'un lait débarrassé de son beurre par centrifugation, lui a donné d'excellents résultats sans réaction locale.

Henri VIGNES.

Sur les heures de début du travail et de l'accouchement. (J. R. HENRY (Marseille). *La Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, 25 novembre 1924, p. 665.)

Il est fréquent d'entendre dire que les femmes entrent en travail et accouchent plus souvent la nuit que le jour.

Pour vérifier ce fait, Henry a relevé, à la Clinique obstétricale de Marseille, les heures de début du travail et de l'accouchement dans 1.000 cas normaux.

En ce qui concerne les *heures de début du travail*, le nombre de cas paraît s'élever assez régulièrement à partir de une heure de l'après-midi, pour passer par un maximum entre huit heures du soir et trois heures du matin, puis redescendre graduellement jusqu'à une heure de l'après-midi.

En ce qui concerne les *heures d'accouchement*, la fréquence du nombre d'accouchements aux différentes heures paraît croître assez régulièrement à partir de deux heures de l'après-midi, passer par un maximum à trois heures du matin, se maintenir assez élevée jusque dix heures du matin, puis décroître assez brusquement jusqu'à deux heures de l'après-midi.

D'après ces 1.000 cas, les femmes entreraient plus particulièrement en travail la nuit entre huit heures du soir et huit heures du matin, pour accoucher surtout dans la première moitié des vingt quatre heures, entre minuit et midi.

Henri VIGNES.

On the relation between Starvation and the lipoïd contents of the Blood and Liver. (Inanition et teneur du sang et du foie en lipoïdes). RYUZO HIGUCHI (*Igaku Chuo Zasshi*, sept. 1924, C. R. in *The Japan med. World*, déc. 1924, p. 330.)

Le jeûne augmente la teneur du sang et du foie en lipoïdes, même si les tissus du corps ont une teneur suffisante en lipoïdes : cette hyperlipoïdémie est donc primitive et plus grande que les besoins physiologiques.

Henri VIGNES.

VARIÉTÉS (*Suite*)

Notre âme est donc sans trêve soumise à ces deux puissances : les incitations de notre organisme et les vibrations du monde extérieur.

Ce n'est pas tout encore. En effet, ce *moi*, soumis aux irradiations du dehors et du dedans, celle du monde extérieur et celles de nos organes, n'est pas une masse inerte. Il a un passé personnel et un passé ancestral. Il est lui-même, et non pas un autre, de sorte que les vibrations qui produisent tel effet sur Paul vont peut-être produire un effet tout différent sur Pierre. La complexité dépasse donc énormément celle des flots de la mer qui sont agités par les rafales des vents, par les sillages des vaisseaux, par les fluctuations des marées, car les effets de tous ces remuements de l'eau disparaissent assez vite, alors que, gaâce à la mémoire, toutes les vibrations du passé persistent dans l'intelligence.

Pourtant le *moi* n'est pas une simple résultante de ces éléments disparates et multiples. Il a une unité, une liberté, une volonté. Notre conscience nous en avertit avec une force irrésistible. Les plus subtils raisonnements n'effaceront jamais la puissante notion que j'ai de ma liberté. Vainement Spinoza prétend que l'homme est comme la girouette qui, lorsque le vent tourne à l'Ouest, s'écrie fièrement : « Je veux tourner à l'Ouest. » Hé non ! notre sens intime nous dit que nous sommes les maîtres de nous mêmes, et que notre *moi* possède une puissance d'arrêt, de limitation, de domination sur les appétits, les instincts, les impulsions ou les répulsions.

***

De tous les instincts, le plus puissant assurément, c'est l'instinct de conservation. Il est le premier et le dernier ; il est le plus puissant de tous nos instincts. Et ce devait être ainsi. Car, si les êtres vivants n'étaient pas passionnément attachés à leur propre vie, et fanatiquement épris de leur guenille de corps, ils ne dureraient pas longtemps, entourés de forces hostiles et de parasites malfaisants, robustes et innombrables. Mais ils veulent vivre, et par conséquent ils redoutent la mort, et fuient le danger.

Ne pas craindre la mort, et l'affronter par une raison supérieure c'est montrer une suprême maîtrise de soi, car toute notre animalité est là pour développer en nous le sentiment de la *peur*.

La peur est un agent d'inhibition puissant. Dès qu'ils voient fixés sur eux les regards du serpent, les petits oiseaux s'arrêtent, fascinés, immobiles. De même devant le chien d'arrêt, la perdrix, la caille, terrorisées ne peuvent pas fuir. L'homme, lui aussi, est inhibé par la peur. Celui qui a peur pâlit ; il vacille sur ses jambes ; il ne peut avancer ; il balbutie des paroles incohérentes, il est pris d'un frisson convulsif irrésistible : « Tu trembles carcasse, disait Turenne, tu tremblerais bien plus encore si tu savais où je vais te mener ». Turenne pouvait dompter sa peur, mais non le frisson qu'elle provoquait. En effet, la domination de la peur ne va pas jusqu'à supprimer les réflexes. Mais, s'il s'agit d'une âme guerrière, maîtresse du corps qu'elle anime, la peur n'empêche pas l'héroïsme de s'exercer. Socrate buvant la ciguë et, après l'avoir bue, conversant posément avec ses disciples jusqu'à ce que le poison refroidisse ses jambes et paralyse son corps, c'est d'un beau courage. Les Stoïciens en ont donné exemples et préceptes. Les martyrs chrétiens aussi. Et même les martyrs de tous les temps.

Que de traits d'héroïsmes ne pourrait-on citer ! Il en est un probablement authentique, qui mérite d'être relevé.

En 1812, pendant que l'armée de Napoléon agonisait dans les neiges de la Russie, le général Malet, à Paris, avait ébauché une conspiration qui faillit réussir, mais qui échoua. Malet fut condamné à être fusillé dans la plaine de Grenelle. Deux pelotons d'exécution. Il ne veut pas se laisser bander les yeux, et commande le feu. Mortellement atteint par plusieurs balles, il chancelle, tombe à genoux, et, levant la main, crie : « A moi, le peloton de réserve. » Quel geste ! Quelle parole !

A vrai dire, quand la mort est inévitable, puisque la nécessité est là, il est facile de se résigner. Mais, ce qui est vraiment sublime, c'est d'aller au-devant de la mort quand on est en pleine sécurité. Nous avons tous admiré, il y a quelques jours, ces marins de la Rochelle qui, par une mer déchaînée, bravant une tempête de violence furieuse, sont montés dans un fragile canot de sauvetage pour essayer d'arracher à la tourmente les matelots d'un navire en détresse.

Nos soldats de 1914-1918, quittant la tranchée où ils sont presque à l'abri, pour aller au-devant des mitrailleuses, ont été vraiment maîtres de leur peur. Peut être la peur les faisait-elle trembler, comme elle faisait frissonner Turenne. Elle n'a pas arrêté leur courage.

***

Il y a une passion très tyrannique, dont la voix est souvent tellement forte qu'elle annihile toute notre intelligence, si la volonté n'est pas suffisamment énergique pour lui imposer silence. C'est la *colère*. La colère peut s'exercer tantôt immédiatement, par un geste offensif, brutal, et par une parole injurieuse, tantôt (à longue échéance) par une rancune prolongée.

Il suffit souvent de bien peu de chose pour provoquer notre colère : une atteinte à notre amour-propre, toujours en éveil, une parole désagréable, et même involontairement désagréable, une offense portée à nos intérêts ou à nos convictions: En tout cas, le plus souvent la cause excitatrice est hors de toute proportion avec la réaction. De même qu'une faible étincelle, tombant sur une caisse de dynamite, détermine, quelque minuscule qu'elle soit, une formidable explosion, de même une parole encore qu'assez anodine, peut faire éclater un violent courroux. Alors l'individu courroucé n'est pas plus maître de soi qu'un pauvre aliéné. Les actes, qui vont quelquefois jusqu'au crime, les paroles, qui vont quelquefois jusqu'aux plus terribles offenses, se déchaînent en toute leur fureur.

Et pourtant le *moi* supérieur est toujours là, qui assiste, en spectateur impassible et narquois, à cet emportement du *moi* inférieur. Il est silencieux et impuissant, mais il écoute, il voit, il juge. Il sait qu'il pourrait inhiber toute cette violence. Il comprend que par le *moi* impulsif des paroles irréparables vont être prononcées, des actes commis, que nul repentir ultérieur ne pourra effacer. Et pourtant il ne dit rien, et permet à la folie de la colère tout son stupide déchaînement. Le remords vient plus tard... mais il est trop tard.

Mon grand-père, Charles Renouard, pour qui, dès mon enfance, j'eus une tendre et respectueuse admiration, a écrit cette parole profonde : « Quand on m'a dit une parole injurieuse, j'en suis attristé, tout un jour ; mais quand c'est moi qui l'ai dite, cette injure, j'en suis triste toute une année. »

Donc le moi *autorise* la colère. Donc il est responsable. Et, dans le tréfond de notre conscience, nous sentons tout le poids de notre responsabilité, et nous nous jugeons nous-mêmes avec toute la sévérité d'un tribunal inexorable.

Jadis une grande dame avait recueilli dans son album les pensées de quelques hommes politiques. M. Thiers avait écrit, — je cite de mémoire : « Dans ma longue carrière j'ai appris à tout pardonner et ne rien oublier... » Il paraît que Bismarck fit à cette boutade une annotation curieuse : « Un peu d'oubli ne nuirait pas à la sincérité du pardon. » Sur ce même album, un poète, dont j'ai oublié le nom, avait écrit :

Quel que soit le sort qui t'accable,
Oppose au mal un front serein,
Trace l'offense sur le sable,
Grave le bienfait sur l'airain,

Pardonner d'abord et, ensuite, s'il se peut, oublier, c'est être doublement maître de soi, et il me paraît que c'est une belle domination de nous-mêmes, digne d'être recherchée.

Il est, du reste, à remarquer qu'au théâtre l'esprit de vengeance ne provoque aucun sentiment de sympathie. Les spectateurs n'épousent que difficilement les vindicatives agitations du héros... Un sbire qui se venge n'est jamais bien grand, quoi qu'en ait dit le maître. Si Hamlet, qui veut venger le meurtre de son père, attire à lui la faveur du public, c'est peut-être parce qu'il est traversé par des sentiments contraires. Et d'ailleurs Hamlet est presque le type de l'individu qui n'a aucune emprise sur les mouvements tourbillonnaires de son âme angoissée. Il est assailli par des idées multiples et incohérentes, qui le secouent comme un pantin et le laissent aussi incapable de réfréner ses actes que ses paroles. S'il n'était pas sans cesse hésitant, il serait nettement antipathique. Le tragique conflit qui se livre en lui entre l'esprit de pardon et l'esprit de vengeance, voilà ce qui rend l'effarant personnage d'Hamlet si étrangement émouvant. »

BIBLIOGRAPHIE

Guide général pour la Jeunesse, magnifique volume de plus de 1.100 pages, format 19 × 28 cm. par des spécialistes de chaque profession. Librairie Carus, 59, Boul. Exelmans, Paris (XVIe); franco 16 fr. 90.

Pour choisir une carrière : Jeunes gens et jeunes filles qui désirent choisir une carrière conforme à leurs goûts et à leurs aptitudes,
Parents qui ont souci de l'avenir de leurs enfants,
Adultes qui veulent améliorer leurs situation,
Educateurs qui sont par leurs fonctions les conseillers des familles,
Ont un intérêt de premier ordre à posséder le Guide général pour la jeunesse.

Ils y trouveront des renseignements sur les études, les écoles et aussi sur toutes les situations : nature des fonctions, genre de vie qu'elles comportent, qualités physiques, intellectuelles et morales requises, connaissances nécessaires, études à entreprendre, examens à subir, conditions d'âge, rémunération, avantages divers, perspectives d'avenir, etc.

« GOUTTES PAÏDOPHILES »

IODARSENIC

du Dr GUIRAUD

SCROFULES-LYMPHATISME

MALADIES CUTANÉES

solution rigoureusement titrée et inaltérable de **TRIIODURE d'ARSENIC**
préparée selon les indications fournies à l'Académie de Médecine
(*Séance du* 19 *Avril* 1898 *et Novembre* 1905)

Par le Docteur F. GUIRAUD
lauréat (Médaille d'Or) de la Faculté de Médecine
Ex-Pharmacien de l'Hôpital de Bordeaux.

N. B. — *Médicament énergique : à prendre suivant les indications qui accompagnent chaque flacon*

ECHANTILLONS & LITTERATURE : Dr GUIRAUD 60, Cours d'Aquitaine, BORDEAUX
Henry ROGIER. 19, Avenue de Villiers, PARIS.

SALICAIRINE

AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

OVULES A L'IODEOL
(iode colloïdal électrochimique VIEL)



Action antiseptique
de l'iode métalloïdique exaltée
par l'état colloïdal

Ni Toxiques

Ni Caustiques

Calment immédiatement les douleurs tarissent les écoulements

Incomparablement plus efficaces que les ovules et tampons à l'Ichthyol et aux Balsamiques

Posologie : Une ovule chaque soir

E. VIEL & Cº 3, Rue de Sévigné. PARIS

TANNO-GLUCOSIDE
de la SALICAIRE

DIARRHÉES ET ENTERITES CHRONIQUES

TOUTES DIARRHÉES
Infantiles, Bacillaires (Flexner, His, Shiga)
Tuberculeuses, Grippales, Hémorragiques.

SÉDATIF RAPIDE
des douleurs intestinales, des épreintes et du Ténesme

Antihémorragique intestinal immédiat
PAS de contre-indications

Echantillon et Littérature :
E. VIEL & Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS.

Le Gérant: A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 38. Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 19 SEPTEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Ecoles de médecine. — AMIENS. — M. Fournier, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Bouchez, professeur suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale, en remplacement de M. Debionne, mis à la retraite.

— BESANÇON. — M. Heitz, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er août 1925.

— LIMOGES. — M. Raymondaud, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er août 1925.

— NANTES. — M. Aubry, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du premier août 1925.

— TOURS. — M. Etienne, pharmacien de 1re classe, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Ruthon.

M. le docteur Dubreuil-Chambardel, chef de travaux d'anatomie et d'histologie, est institué pour neuf ans, à dater du 1er juin 1925, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Guillaume.

M. Letellier, professeur agrégé de physique et de chimie au lycée de Tours est institué, pour une durée de neuf ans, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

M. le docteur Denoyelle est institué pour neuf ans, à dater du 1er juin 1925, professeur suppléant des chaires de pathologie et de cliniques médicales, en remplacement de M. Gaudeau, appelé à d'autres fonctions.

Comité consultatif du logement. — Parmi les membres de ce Comité on remarque M. le sénateur Strauss, membre de l'Académie de médecine, président ; MM. le professeur Sartory, les docteurs Devraigne, Labrousse et Demonchy.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — (Hôpital Broca. Service de M. le professeur J.-L. Faure.) — *Gynécologie. — Cours de vacances.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques ; Louis Michon, chef de clinique ; Maxime Leroy, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca) ; du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1925.

Le cours, complet en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 heures.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 3 octobre, à 18 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— LABORATOIRE DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. Professeur : M. A. Richaud ; chef des travaux : M. M. Tiffeneau, agrégé.) — *Conférences pratiques et étude du droguier*, par M. le docteur Fernand Mercier, préparateur.

Ces conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 13 h. 30 à 15 heures. Cette série de conférences commencera le mardi 6 octobre 1925.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime) ; 2° les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1925.

Droit d'inscription : 100 francs.

Facultés de médecine. — BORDEAUX. — Après concours, M. le docteur Massé est nommé chef de clinique chirurgicale (professeur Bégouin) et M. le docteur Ichon, chef de clinique adjoint.

M. le docteur Riou est nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale infantile.

— Un concours pour une place de chef de clinique des maladies nerveuses et mentales sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 19 octobre 1925.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au mercredi 14 octobre, à 16 heures.

Ecoles de médecine. — CLERMONT. — Un concours s'ouvrira, le 1er mars 1926, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours. (*J. O.*, 25 août 1925.)

— RENNES. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement s'est terminé par la nomination de M. le docteur Le Gall La Salle.

Ligue nationale française contre le péril vénérien. — La conférence de la syphilis héréditaire organisée par la Ligue nationale française contre le péril vénérien se réunira à la Faculté de Médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian, le lundi 5 octobre 1925, à 10 h. sous la présidence de M. le professeur JEANSELME.

L'ordre du jour de la conférence comprend les questions suivantes : 1° la syphilis héréditaire larvée (rapports de MM. LEREDDE, LESNÉ, DEVRAIGNE et CARLE) ; 2° traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et de la première enfance (rapports de MM. Marcel PINARD, LEMAIRE et PEHU) ; 3° traitement préventif de l'hérédo-syphilis (rapports de MM. MILIAN, LÉVY-SOLAL, SPILLMANN et PETGES).

La cotisation donnant droit à la publication des rapports et du compte rendu des travaux de la conférence est de 40 fr.

Les adhésions doivent être adressées au directeur général de la Ligue, M. Sicard de Plauzoles, 44, rue de Lisbonne, Paris.

On est prié d'adresser sans retard les adhésions et les communications au Secrétariat Général de la Ligue, 44, rue de Lisbonne à Paris.

Un banquet réunira les membres de la conférence et les amis de la Ligue, le mardi 6 octobre, à 20 h., au Palais d'Orsay.

Cours de pratique cardiologique, sous la direction de M. le docteur Ch. LAUBRY, avec la collaboration de MM. les docteurs Danie, Routier, Jean Walser et G. Marchal et de M. Thomas, interne du service.

Les cours auront lieu du 12 octobre au 24 octobre 1925 à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, XIVe, de 11 heures à midi pour les leçons théoriques, les après-midi pour les démonstrations pratiques.

En outre, les mardis, jeudis et samedis, consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, de 9 h. 1/2 à 11 heures, et les lundis, mercredis et vendredis aux mêmes heures, visite dans les salles et radioscopie par M. le docteur Ch. Laubry.

Programme des leçons. — Bruit de galop. Rétrécissement mitral. Accidents cardio-vasculaires de l'hérédo-syphilis. Endocardites lentes. Rhumatisme cardiaque évolutif. Insuffisances valvulaires fonctionnelles. Maladie bleue. Symphyse cardiaque. Tachycardies. Artérites périphériques. Phlébites et leur traitement. Notions et acquisitions nouvelles en thérapeutique cardiaque.

Droit d'inscription 200 francs.

Adresser les demandes d'inscription à l'hôpital Broussais (docteur D. Routier) ou s'inscrire le jour de l'ouverture du cours.

VIIe Congrès des médecins et chirurgiens des hôpitaux civils. — Fondée en 1919, l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France tiendra son VIIe Congrès, lundi et mardi 5 et 6 octobre, à 17 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris. Ordre du jour : compte rendu de l'année 1924-1925 ; question des payants et des accidents du travail dans les hôpitaux ; questions diverses ; élections du Conseil pour 1925-1926. Les membres qui auraient des questions à voir figurer à l'ordre du jour sont priés de faire connaître leur désir à M. le professeur H.-L. Rocher, secrétaire général, 91, rue Judaïque, Bordeaux, ou à M. le professeur Reynès, président, à Marseille.

(*Voir la suite page* 1386)

TRAVAUX ORIGINAUX

Des résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans la phase chronique des salpingo-ovarites (1)

Par FOLKE-HOLTZ (de Stockholm).

Selon la littérature médicale, le traitement des salpingo-ovarites a beaucoup varié. Pendant une époque précoce (1870-1900) le traitement opératoire prédomina. Plus tard, on a exagéré le traitement expectatif. Cependant, depuis quelques années, on est tombé d'accord sur ce que le traitement, à de rares exceptions près, doit être avant tout conservateur et que, seulement, les cas rebelles à la thérapeutique conservatrice doivent être opérés.

Afin d'établir les résultats du traitement conservateur et du traitement opératoire dans la phase chronique des salpingo-ovarites non tuberculeuses, j'ai étudié et comparé les matériaux concernant la salpingite pour les années 1919-1923 à la Clinique gynécologique de l'hôpital de Sabbatsberg à Stockholm.

Les cas observés s'élèvent au total de 1.597. De ceux-ci, *plus de* 80 % ont été examinés de nouveau après une période d'observation allant de 1 à 6 ans.

En ce qui concerne les examens postérieurs au traitement, tous les sujets n'ont pas été examinés objectivement. Un grand nombre ont seulement répondu à un questionnaire écrit très détaillé.

Les oophoro-salpingites représentent une très grande proportion des malades qui sont traitées à la Clinique gynécologique de l'hôpital de Sabbatsberg, pas moins de 38 % du nombre total des malades. Ce chiffre de 38 % ne correspond pas à la fréquence générale de la salpingite, puisque toutes les malades qui se sont présentées à l'hôpital sont loin d'y avoir été admises. Par suite du manque de place, un grand nombre ont été renvoyées à un autre service, à un autre hôpital ou ont dû être soignées chez elles. Nous avons avant tout admis les plus gravement malades, celles qui n'ont pu être soignées chez elles et celles que l'on a estimé devoir être opérées.

En nous basant sur le caractère étiologique, nous avons divisé les salpingites en quatre groupes principaux : les gonococciques, les septiques, les tuberculeuses et celles d'étiologie inconnue. A ces groupes s'ajoutent trois autres groupes où sont rangés les cas dont l'étiologie doit être considérée comme incertaine parce que la réalité de cette étiologie ne peut être prouvée de façon irréfutable.

J'ai dénommé salpingites gonococciques toutes celles où des gonocoques ont été constatés à l'hôpital ou immédiatement avant l'entrée à l'hôpital dans le col ou dans l'urèthre, ou celles des malades qui, consécutivement à une gonorrhée, ont eu une crise de salpingite durant l'une des années immédiatement précédentes. L'étiologie est, par contre, incertaine pour les malades chez qui nous n'avons pas pu constater l'infection vénérienne mais qui, dans leur passé, ont eu une gonorrhée sans présenter à ce moment d'inflammation des annexes. Ces cas s'élèvent ensemble au nombre de 538, c'est-à-dire à 33,6 % du nombre total des salpingites.

Beaucoup, et peut-être la plupart des auteurs, pensent que l'inflammation des annexes est généralement consécutive à une infection gonococcique. Les avis cependant sont assez partagés sur ce point. WERTHEIM et MENGE, par exemple, indiquent un chiffre aussi élevé que 82 %, SCHRIDDE donne 88 %, PANKOW va jusqu'à 90 %, tandis qu'ASCHOFF et HESSELBERG ont seulement, l'un dans 45 et l'autre dans 50 % des cas, pu trouver des signes d'une infection vénérienne. Sans aucun doute, il n'est pas rare de voir exagérer la fréquence de cette étiologie.

L'infection gonococcique semble être particulièrement fréquente si l'on considère les individus jeunes et célibataires. Dans nos cas, près de la moitié des malades avaient moins de 25 ans et les 3/4 moins de 30 ans. 20 % à peine étaient mariées. Presque la moitié avaient eu des accouchements ou des fausses couches.

Beaucoup d'auteurs considèrent que la bilatéralité est la caractéristique de ces salpingites. Cependant, nous n'avons pas moins de 28 % de cas cliniquement unilatéraux.

Le début de la maladie a presque toujours été aigu et consécutif à la menstruation. 25 cas se sont déclarés *post partum* ou *post abortum* et, par conséquent, il n'est pas impossible que nous ayons affaire ici à une infection septique, simultanée ou secondaire.

Au groupe septique sont rattachés tous les cas chez lesquels, lors de l'intervention opératoire ou de l'autopsie, on a trouvé des bactéries autres que des gonocoques ou, encore, du pus fétide, ainsi que les cas où l'on sait qu'il y a eu une tentative d'avortement ou manœuvres destinées à empêcher une fécondation. Ceux-ci sont au nombre de 145. Chez la plupart, on a été forcé de faire des interventions opératoires (laparotomie, incision, colpotomie) dans la phase aiguë. Pour cette raison, ce sous-groupe ne figure pas dans le compte rendu suivant.

On tiendra pour septiques possibles tous les cas qui se sont déclarés après un avortement ou un accouchement ou en même temps qu'un influenza, une pneumonie ou une angine, chez mais lesquels l'étiologie septique n'a pas pu être établie bactériologiquement. Ces cas sont au nombre de 151 et, dans 120 d'entre eux, l'inflammation a été consécutive à une fausse couche ou à un accouchement. Ces malades sont, en général, plus âgées que celles du premier groupe et un grand nombre (environ 43 %) sont mariées. Naturellement, quelques-unes seulement parmi elles sont nullipares.

On a souvent fait remarquer que les salpingites septiques sont souvent unilatérales et, en effet, nous n'en avons pas trouvé moins de 44 % qui l'étaient.

Le groupe tuberculeux comprend exclusivement les cas où le diagnostic a été démontré histologiquement lors de l'opération ou de l'autopsie. Ils ont été le sujet d'une étude approfondie du Dr WETTERVAL et je renvoie à cette étude dans *Acta Gynecologica Scandinavica*, vol. III fasc. 3. Pendant les années 1919 à 1923, nous avons eu 49 cas de cette espèce, ce qui est peu en comparaison des autres cas. Comme tuberculeux possibles, sont considérés les cas qui ont des lésions tuberculeuses évidentes dans d'autres organes, mais chez lesquels le caractère tuberculeux de l'inflammation des annexes n'a été diagnostiqué que cliniquement. Ces cas ne sont qu'au nombre de 24 (3,1 %).

On doit remarquer que beaucoup de cas qui ont été opérés par suite de fortes présomptions de tuberculose

(1) Travail de la clinique gynécologique de l'hôpital Sabbatsberg (Stockholm). Directeur : Professeur E. Ahlstroem.

génitale se sont révélés comme n'étant pas de nature tuberculeuse après un examen microscopique attentif des préparations.

Le groupe de beaucoup le plus considérable (43,2 %) est celui des salpingites dont l'étiologie reste incertaine. Il est vraisemblable que, parmi ces cas, il y en a un certain nombre qui appartiennent aux groupes indiqués plus haut ; mais nous n'avons pas, pour ces cas, de preuves de la nature de l'infection. Il est vraisemblable, cependant, que dans un certain nombre de cas l'infection est causée par des bactéries d'autres espèces qui, dans des états normaux ou pathologiques, existent dans le vagin et qui, dans certaines conditions, pénètrent dans les trompes et provoquent une inflammation.

Prétendre ou admettre, comme beaucoup le font, que tous ces cas sont d'étiologie gonococcique n'est certainement pas justifié. Par une comparaison avec le groupe gonococcique, nous trouvons, d'une part, que toute preuve manque d'une infection vénérienne, d'autre part, que ces malades sont d'un âge moyen plus élevé et qu'un plus grand nombre d'elles sont mariées.

Il n'est pas facile, en effet, de déterminer les causes de l'infection indiquée ci-dessus. Il faudrait peut-être les chercher dans la pratique des injections vaginales à haute pression, dans l'habitude du coït pendant la menstruation, etc.

La moitié de ces malades sont multipares ; dans environ 1/3, l'infection est unilatérale et, dans 35 % des cas, il s'agit de malades qui ont déjà souffert de salpingite.

Le tableau suivant va nous permettre de fixer l'âge moyen et la répartition des malades mariées et célibataires dans les groupes des gonococcies et de l'étiologie inconnue.

	15-25 ans %	26-35 ans %	36-45 ans %	46-55 ans %	Mariées %	Célibat. %	(1) %
Gonococcies	49.5	42.5	7.5	0.5	18.8	81.2	26
Etiologie inconnue...	29.5	45.5	20.5	4.5	39	61	36

Traitement conservateur.

Les principes qui nous ont guidés dans le traitement ne diffèrent pas dans l'ensemble de ceux adoptés par la majorité des gynécologues, principes qui se ramènent à ceci : thérapeutique conservatrice tout d'abord, et, si celle-ci échoue, opération.

Dans la phase aiguë, immobilité absolue et suppression de toute cause d'irritation. En présence de symptômes de péritonite, une vessie de glace a donné de bons résultats en calmant les douleurs et en contribuant à l'immobilité de la malade. Les douleurs cependant, au cours des premiers jours, ont été souvent si pénibles qu'on n'a pu éviter l'emploi de narcotiques. Le régime alimentaire a été léger et surtout liquide ; les fonctions intestinales ont été soigneusement surveillées. On a évité les examens répétés et surtout la palpation et on n'a appliqué aucun traitement local tel que injections vaginales d'eau chaude ou froide. Dans l'uréthrite gonococcique, cependant, on a introduit des crayons d'albargine dans l'urèthre ; en dehors de ceci, aucun traitement spécifique n'a été appliqué.

Après quelques jours, les douleurs ont en général diminué et la température baissé. Le traitement cependant a continué d'être tout expectatif. Pourtant, on a souvent alors remplacé la vessie de glace par une compresse chauffante. Le régime alimentaire a été moins sévère et les douleurs qui subsistaient ont, en général, été apaisées par l'aspirine.

Grâce à ce traitement expectatif, mais rigoureusement appliqué, dans lequel l'immobilité est le point capital, la grande majorité des salpingites, dans une période de temps relativement courte, ont été guéries ou sérieusement améliorées. Ce n'est que dans des cas isolés que l'on s'est vu obligé de recourir à l'opération.

Pendant la période chronique, il n'a été appliqué aucun traitement par les moyens physiques et médicamenteux qui sont destinés à activer la résorption des infiltrations encore existantes, et qui ont été si chaudement recommandés par divers auteurs. La raison en est que, par suite du manque de place, nous nous sommes vus obligés de renvoyer chez elles, au bout d'une ou deux semaines, les malades dont la température était devenue afébrile, chez qui les symptômes subjectifs et les douleurs au toucher avaient disparu et les tuméfactions inflammatoires diminué ou également disparu.

Cependant, durant les années 1920-1922 et 1923-1924 et pendant la période subaiguë ou subchronique nous avons fait des essais par série du vaccin et du traitement par la terpichine sur les salpingites spécifiques, sans réussir à observer de meilleurs résultats que ceux obtenus seulement par l'alitement. La conclusion que nous avons tirée, quant à la valeur de cette thérapeutique par les injections, s'accorde donc avec l'expérience acquise pendant ces dernières années, en particulier par Nevermann. (Voir : Le traitement par la gonargine et la terpichine de l'oophoro-salpingite. *Acta Gynec. Scandinavica*, vol. 4.)

Des métrorrhagies assez fréquentes, mais en général insignifiantes, se sont produites ; dans quelques cas, elles ont demandé un traitement spécial. Dans 10 cas, nous avons ainsi dû recourir au curettage, tandis que dans 6 autres il a suffi d'administrer de la secacornine *per os* ou en injections. Dans 6 cas, des hémorragies graves accompagnées d'autres symptômes ont forcé à opérer.

Pendant la période de cinq ans 1919-1923, 1.083 malades ont été soignées par la méthode conservatrice de la façon qui vient d'être décrite.

Dans 9 cas, cependant, une ouverture dans le rectum s'est produite et, dans deux, une ouverture dans le vagin. Ces malades appartiennent au groupe d'étiologie inconnue et, par suite de l'infection septique qui s'est ainsi produite elles ont été transférées dans le groupe septique.

Durée de l'alitement.

La durée de l'alitement a varié en général entre 3 et 4 semaines (1). Elle a été un peu plus longue pour les gonococciques. Elle n'a dépassé deux mois que dans 7,5 % des cas, soit 82 cas. Il s'est alors agi de quelque complication : arthrite, otite, mastite, néphrite, pyélocystite, thrombose ou bien des tuméfactions inflammatoires étaient considérables, d'une grosseur supérieure à celle d'un œuf d'oie.

Résultats immédiats du traitement conservateur.

Comme je l'ai dit plus haut, les malades, par suite du manque de place, ont dû être renvoyées chez elles peu de temps après la disparition de la fièvre. Subjectivement, elles se sont en général senties complètement guéries. Quelques-unes seulement ont demandé à quitter l'hôpital pour continuer le traitement chez elles.

Bien que la température ait été afébrile pendant deux

(1) Pour cent des femmes mariées, dans l'âge correspondant, selon la statistique générale de la ville de Stockholm.

(1) Elle est, en vérité, plus courte que celle des cas traités avec des injections diverses.

semaines au moins et que toutes les douleurs et tous les malaises aient diminué, il s'en faut de beaucoup que les symptômes objectifs aient disparu. Chez la plupart, lors de leur sortie de l'hôpital, subsistaient des tuméfactions plus ou moins grandes, fermes, indurées et indolores.

Le résultat immédiat ne peut évidemment pas, après une période de traitement aussi courte, être tout à fait satisfaisant. Il peut souvent s'écouler pas mal de temps avant que ces exsudations inflammatoires se soient résorbées complètement. Pour faciliter cette lente guérison et pour empêcher le processus inflammatoire de s'exacerber, les malades ont dû observer le repos pendant encore trois à six semaines avant de reprendre leur travail.

21 % de nos malades étaient objectivement complètement guéries, 53 % avaient de petites tuméfactions inflammatoires de la grosseur environ d'un œuf de pigeon et 26 % avaient de plus grandes tuméfactions inflammatoires de la grosseur environ d'un œuf de poule au moment de leur sortie de l'hôpital.

Le meilleur résultat immédiat est obtenu dans les cas septiques possibles, ce qui, sans doute, dépend du fait que les cas rattachés à ce groupe étaient légers, souvent unilatéraux. Ils ont, en outre, exigé une période d'alitement plus courte.

Parmi les malades soignées par le traitement conservateur (à l'exception du groupe septique) *aucun cas de mort* ne s'est produit.

Résultats éloignés du traitement conservateur.

Pour juger cependant de la thérapeutique conservatrice, le résultat éloigné est de plus grande importance que le résultat immédiat, puisque dans un grand nombre de cas, le processus de guérison ne peut être considéré comme terminé au moment de la sortie de l'hôpital.

Des 1.072 salpingites traitées par la méthode conservatrice, 877, c'est-à-dire 82 %, ont été examinées postérieurement à l'exeat. La difficulté d'obtenir des malades qu'elles se présentent pour un nouvel examen m'a forcé de me servir dans une large mesure de questionnaires écrits. Cependant 287, c'est--à-dire près du tiers ont été examinés objectivement.

137 sur ces 877 malades examinées postérieurement à l'exeat (15 1/2 %) ont eu une récidive à la suite de laquelle 72 ont été opérées, soit à notre clinique, soit dans un autre hôpital. Les 65 autres, par contre, ont été de nouveau soignées par le traitement conservateur, soit parce que les symptômes qu'elles présentaient étaient légers, soit parce que les malades ont refusé de subir l'opération. De celles-ci, 3 ont eu une nouvelle récidive à la suite de laquelle 2 ont été opérées.

Celles qui n'ont pas eu de récidive sont donc au nombre de 740. Sur celles-ci, 3 ont été opérées consécutivement à une autre maladie : 2 pour grossesse extra-utérine, 1 pour hématosalpinx ; elles ne figurent pas, pour cette raison, dans cet exposé. A l'examen postérieur à l'exeat, on a trouvé que 549 étaient malades complètement guéries et que 170, souffrant de temps en temps de légers malaises étaient complètement aptes au travail. Quelques-unes sentaient parfois des élancements dans un côté ou dans les deux, d'autres avaient de la dysménorrhée ou des ménorrhagies, d'autres enfin se plaignaient d'écoulements. *Au total, nous trouvons cependant 719 cas, c'est-à-dire 82 %, sans récidive et complètement aptes au travail.* Seulement 18, c'est-à-dire 2 %, sont complètement incapables de travail ou le sont partiellement, mais chez 4 de ces malades, l'incapacité de travailler doit être attribuée principalement à une autre maladie. Trois, en effet, étaient atteintes de tuberculose pulmonaire et une de neurasthénie prononcée.

Sur les 65 malades qui ont eu une récidive et qui ont une fois encore subi le traitement conservateur, nous en trouvons 35 complètement guéries, 24 incomplètement guéries mais capables de travailler et 4 complètement ou partiellement incapables de travailler ; 59 sont donc devenues capables de travail après un nouveau traitement conservateur.

Au total, sur 874 sujets examinés postérieurement à l'exeat, nous en avons donc 778 capables de travailler, c'est-à-dire 89 %.

Comme je l'ai dit plus haut, les possibilités d'examiner ces malades par le toucher bimanuel n'ont pas été très grandes. A mon avis, les notions qu'on peut retirer d'un examen objectif, malgré leur intérêt, ne sont pas d'une importance capitale pour se faire une idée sur cette question. Si la femme se sent tout à fait bien portante et capable de travail, il ne faut pas porter trop d'attention aux tuméfactions petites, fermes, indolores.

D'autre part, j'ai souvent, chez des sujets qui se plaignaient de douleurs fréquentes, constaté par l'examen physique un état absolument normal. Il se peut que les douleurs aient ici leur explication dans des adhérences et dans la constipation. Il est intéressant de comparer l'état objectif au moment de l'exeat avec l'état correspondant lors de l'examen postérieur à l'exeat. Sur 284 cas examinés postérieurement à l'exeat par la palpation, 168 (59 %) avaient un état génital normal, 113 (39 %) avaient de petites indurations et 6 (2 %) avaient des tuméfactions notables (tabl. 1).

Tableau 1

	État normal	Petites tuméfactions	Tuméfactions notables
Lors de l'exeat.........	21 %	53 %	26 %
Lors de l'examen ultérieur à l'exeat.......	59 %	39 %	2 %

Un état normal, qui ne se présentait que rarement lors de l'exeat, existe alors chez la plupart. Je n'ai même trouvé alors qu'assez rarement des tuméfactions allant jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule.

Le fait que les symptômes subjectifs et objectifs ne correspondent pas a déjà été signalé par d'autres auteurs et concorde également avec notre expérience. Par exemple, sur 179 malades complètement guéries, 70 avaient de petites tuméfactions, 2 en avaient de grosses, tandis que les autres présentaient des conditions normales.

Les malaises dont les malades se plaignaient le plus souvent étaient des ménorrhagies, de la dysménorrhée et des écoulements. Ils existaient respectivement dans la proportion de 20, 12 et 45 %. Les écoulements toutefois étaient dans la plupart des cas assez insignifiants et n'apparaissaient souvent qu'avant et après les règles.

Comme il me semble de grand intérêt de savoir si le pronostic dans le traitement conservateur est plus défavorable pour les cas de récidive, j'ai distingué les cas qui ont été soignés ici pour une première poussée et ceux qui l'ont été pour une récidive.

Il y avait 840 malades ayant eu une seule poussée et 232 ayant eu plusieurs poussées ; de celles examinées après l'exeat, il y avait respectivement 687 et 190. Les premières

eurent une récidive dans 13,8 % des cas, les dernières une nouvelle récidive dans 25 % des cas. Par rapport à la fréquence des récidives, les malades ayant eu plusieurs poussées sont, par conséquent, moins favorablement placées. Par contre, le résultat éloigné, aussi bien subjectif qu'objectif, semble être à peu près également bon.

Une question importante est de savoir après combien de temps les récidives apparaissent généralement. Pour pouvoir le constater, les observations doivent évidemment porter sur une période de temps assez longue et c'est pour cela que j'ai considéré seulement les malades de l'année 1919, pour lesquelles la période d'observation a donc été de 5 à 6 ans. 47 des malades de 1919, examinées après l'exeat, ont eu des récidives, 15 pendant la première année, 18 pendant la deuxième, 8 pendant la troisième, 5 pendant la quatrième, 1 pendant la sixième. *En somme, toutes les récidives ont eu lieu pendant les 4 premières années et près de 90 % pendant les 3 premières années.* (Selon Prochownik 95 % pendant les 3 premières années.)

A cause de cette circonstance, il serait à désirer que les examens postérieurs à l'exeat se fissent sur les cas vieux d'au moins 4 ans. Comme le nombre de cas pour les années 1919 et 1920 est assez grand et que le pourcentage de ces cas examinés après l'exeat n'est pas plus bas pour ces années que pour les autres, un parallèle comprenant seulement ces cas doit pouvoir donner des renseignements précieux.

Ces années ne fournissent pas moins de 528 cas dont 83 % examinés après l'exeat.

Les récidives sont en nombre plus élevé, sans aucun doute à cause de la longueur de la période d'observation : pour les malades avec une seule poussée, 17 % et pour les autres 23 %. Le nombre des femmes capables de travail s'élève à 80 % dans les cas avec une seule poussée et à 65 % dans les cas avec plusieurs poussées. Si l'on additionne les deux groupes, on a 20 % de récidives, 77 1/2 % capables de travail et 2 % non guéries.

Sur les 87 récidives, 46 ont été opérées et les autres ont subi de nouveau le traitement conservateur, après quoi 37 sont devenues aptes au travail, la plupart (2/3), après une période d'observation d'au moins 3 ans. *Au total, nous voyons donc que 86 % de tous les cas sont aptes au travail ; ce chiffre s'élève à 88 % pour les malades ayant eu une poussée et descend à 76 % pour celles ayant eu plusieurs poussées.*

Fréquence des gestations.

Il ne suffit cependant pas de constater que la guérison et l'aptitude au travail suivent dans un très grand nombre de cas. Il importe également de considérer les résultats par rapport aux fonctions génitales et de savoir dans quelle mesure la grossesse est possible après une oophoro-salpingite. Il me semble impossible de répondre exactement à cette question parce que trop de facteurs sont ici en jeu. Une longue période d'observation est tout d'abord de la plus grande importance.

Le nombre de grossesses que nous trouvons ne peut être le signe d'une fonction rétablie que dans un nombre minimum de cas. Nous devons, en effet, tenir compte de toutes les possibilités qui constituent un obstacle absolu à las conception tels que : l'abstention de coït, les moyens préventifs, la ménopause, la stérilité de l'homme, etc.

Cent femmes, c'est-à-dire un peu plus de 12 % des mades qui ont été examinées ultérieurement à l'exeat et qui n'avait pas depuis été opérées sont devenues enceintes et, sur le nombre, 13 l'ont été à deux reprises. 80 fois, il y a eu accouchement, 22 fois fausse couche, 2 fois grossesse extra-utérine ; 9 malades au moment de l'examen étaient enceintes. Les 2 cas de grossesse extra-utérine résultaient probablement de l'inflammation antérieure des annexes et indiquent que la fonction génitale a été incomplètement rétablie. Ces cent cas se répartissent dans les différents groupes, de telle sorte que le pourcentage des grossesses est de 10 pour les gonococcies, de 16 pour les gonococcies probables, de 26 pour les septiques possibles, de 13 pour les tuberculeuses possibles et de 10 pour celles d'étiologie inconnue. Le pourcentage élevé du groupe des septiques possibles est frappant.

Le nombre peu élevé des malades devenues enceintes dépend sans doute d'autres causes que l'oophoro-salpingite. La plupart de ces malades ne sont pas mariées et le plus grand nombre d'elles cherchent à éviter la conception. Deux tiers, au moins de celles qui étaient enceintes étaient mariées, ce qui correspond à une fréquence de la grossesse de 19 % pour celles qui étaient mariées lors de l'examen après exeat. Seulement 6 % de celles qui n'étaient pas mariées étaient devenues enceintes entre temps ou l'étaient au moment de l'examen.

Ce fait et la brièveté de la période d'observation sxpliquent la diminution rapide du nombre des grossesses pour les malades des dernières années.

Le moment de la conception après une oophoro-salpingite dépend, sans nul doute, de plusieurs facteurs différents. Dans nos documents pour 1919 qui indiquent 39 grossesses, la fécondation a pris place dans 16 cas pendant la 1re année, dans 9 pendant la deuxième, dans 6 pendant la troisième, dans 5 pendant la quatrième, dans 2 pendant la cinquième, dans 1 pendant la sixième,

L'oophoro-salpingite bilatérale n'engendre pas du tout nécessairement la stérilité. mais il est dans la nature des choses qu'elle doit rendre la conception plus difficile que l'oophoro-salpingite unilatérale. De nos malades devenues enceintes dans la suite, 32 ont eu une inflammation bilatérale des annexes, avec des tuméfactions inflammatoires distinctement palpables : 6 % des bilatérales ultérieurement examinées et 19 % des unilatérales sont devenues enceintes.

Les malades qui ont eu plusieurs poussées ont, évidemment, des modifications anatomiques plus profondes et, par suite, des troubles fonctionnels plus fréquents et plus graves. Environ 9 % des malades qui ont eu plus d'une poussée et presque 12 % des autres sont devenues enceintes.

Les chiffres qui s'appliquent à l'ensemble des cas n'expriment pas, à cause des raisons énoncées plus haut, dans quelle mesure la fonction génitale a été rétablie. Pour éliminer autant que possible ou, tout au moins, pour réduire au minimum les causes d'erreur, le calcul doit porter seulement sur les malades des années 1919 et 1920, mariées ou mariées dans la suite, en excluant celles qui ont au-dessus de 40 ans à cause de la faible fréquence de la grossesse à cet âge.

Nous avons en tout 175 malades de cette sorte qui ont été examinées après l'exeat et 47 parmi elles sont devenues enceintes, par conséquent environ 27 %. *Les unilatérales offrent une fréquence de la grossesse de 35,5 % et les bilatérales de 20 %.*

Des douleurs durant le coït, en général légères, étaient ressenties dans 8 % des cas.

L'expérience qu'a donnée le traitement conservateur en ce qui concerne cette documentation est donc dans l'ensemble un très bon résultat.

La plupart des malades ont, après un séjour à l'hôpital relativement court, d'un mois en moyenne, pu recevoir leur exeat guéries ou presque guéries. Elles sont après cette

période de temps tout à fait guéries subjectivement, bien qu'objectivement le résultat ne soit pas entièrement satisfaisant, puisque le processus de guérison ne peut être considéré comme définitivement terminé. Mais aucune sensation pénible, sous forme d'exacerbation, n'a pu être observée dans la suite. La mortalité a été nulle.

TABLEAU 2.

Statistiques sur le traitement conservateur.

		Nombre de cas	Durée d'alitement	Cas ultérieurement examinés	Période d'observation	Récidives 0/0	Cas ultérieurement examinés non opérés: Guérison complète 0/0	Cas ultérieurement examinés non opérés: Guérison incomplète avec aptitude complète au travail 0/0	Cas ultérieurement examinés non opérés: Nombre total des femmes aptes à travailler 0/0	Cas ultérieurement examinés non opérés: Non guéries inaptes au travail 0/0	Cas ultérieurement examinés objectivement: État normal 0/0	Cas ultérieurement examinés objectivement: Petites tuméfactions 0/0	Cas ultérieurement examinés objectivement: Tuméfactions notables 0/0	Cas ultérieurement examinés, les récidives exceptées: Guérison complète 0/0	Cas ultérieurement examinés, les récidives exceptées: Guérison incomplète avec aptitude complète au travail 0/0	Cas ultérieurement examinés, les récidives exceptées: Non guéries inaptes au travail 0/0	Grossesse 0/0
Kroenig......	1901		12-14 j.	38	3- 4 ans	26			84		0	100 %					0
Peham et Keitler.	1903		21-28 »	126	1- 9 »	53	58	27 7	85,7	6,3	20	70	10	63	30	7	17
Forssner.....	1907	373	10 »	67(36)	2- 7 »	33 6.					17,5	32,5	20	63	27	10	6
Prochownik...	1909	420		160	3-15 »	30			64								18
Zinsser......	1909	160		50	1- 6 »	28	10	21	61	8							21
Cukor.......	1910			132							52	18					
Neverman....	1921	619	51 »	136	21 mois	35			65		62	38					
Holtz.......	1925	1072	32 »	877	1- 6 ans	15,5	66,5	22,5	89	2,5	59	39	2	71,5	23	2,5	12[illegible]

Le résultat éloigné montre, lorsque la période d'observation est suffisamment longue, que 20 % des cas ont eu des récidives et qu'on peut compter que jusqu'à 86 % deviennent capables de travail sur lesquelles, cependant, un tiers ou, plus exactement, un peu moins d'un tiers ressentent des malaises légers.

La fonction génitale est rétablie dans un nombre appréciable de cas, soit environ 20 % pour les cas bilatéraux et 35 % dans les unilatéraux.

Comparaison avec d'autres statistiques.

J'ai, dans le tableau qui suit, cherché à faire un rapprochement de quelques-unes des statistiques les plus importantes sur la thérapeutique conservatrice, pour comparer entre eux les résultats éloignés. Les différents auteurs ont, cependant, traité leur documentation chacun à sa manière et souvent plusieurs données importantes ont manqué, de telle sorte que la comparaison reste en plusieurs points imparfaite (tabl. 2).

Prochownik a fait entrer dans ses calculs les cas où une incision pour vider un abcès a été faite. Les malades de Cukor sont traitées par des bains et celles de Neverman, en partie par la protéinothérapie (208 cas), en partie par la chaleur (411 cas).

Comme je l'ai indiqué déjà au commencement de ce travail, les statistiques existantes sont trop petites et le pourcentage d'examens après l'exeat trop peu élevé pour pouvoir donner des résultats sûrs. Il apparait aussi que les chiffres varient beaucoup, ce qui peut naturellement dépendre aussi de la nature des cas. Kroenig, par exemple, ne trouve aucune malade complètement guérie, tandis que Neverman en a 62 % ; de même, Kroenig indique 0 % de grossesses, tandis que Zinsser en indique 24 %.

De l'ensemble des statistiques il ressort cependant qu'un très grand nombre de malades par un traitement conservateur rigoureusement appliqué, accompagné ou non de moyens auxiliaires physiques ou de thérapeutique médicinale, deviennent capables de travail et, souvent, avec une fonction génitale rétablie.

LE TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

Du compte rendu précédent, il ressort que bien que la grande majorité des oophoro-salpingites (à l'exception des tuberculeuses et des septiques) puissent guérir définitivement par le traitement conservateur, un petit nombre cependant de cas résistent à ce traitement.

Durant la phase aiguë, quelques cas seulement, environ 20, ont, à cause d'une indication vitale ou d'un diagnostic défectueux, été opérés. De plus, pendant la phase subaiguë, quelques cas ont subi des interventions de moindre importance, à savoir : 16 fois ponction et 16 fois colpotomie.

Le plus grand nombre des interventions opératoires, par contre, ont eu lieu dans des conditions aussi favorables que possible durant la période chronique, en général après une ou deux semaines d'apyrexie. Sur 1.118 cas traités expectativement, 35 seulement ont dû être opérés parce que les symptômes ne montraient aucune tendance à la régression par le traitement conservateur et, sur les 877 cas examinés après exeat, 74, consécutivement à une récidive et à des douleurs chroniques, ont subi l'opération. Parmi nos cas traités par l'expectation pendant les années 1919-1923, on a dû en opérer 11 1/2 %, par suite de l'échec de ce traitement (récidives, douleurs chroniques, absence de régression des symptômes).

Mais dans des cas dont le nombre n'est pas tellement restreint, le traitement expectatif a dû faire place au traitement opératoire, à cause d'un diagnostic incertain, d'une suspicion de tuberculose, d'une grossesse extra-utérine ou d'une tumeur maligne. De plus, la complication d'une autre maladie a, plusieurs fois, été une indication d'opérer ; enfin c'est parfois un diagnostic erroné qui a amené à opérer (tabl. 3).

Parmi les cas opérés pendant ces années, on trouve de plus, des cas qui ont déjà subi le traitement conservateur avant 1919 ici ou ailleurs, et qui sont entrés à l'hôpital

pour être opérés à cause d'une récidive ou de douleurs chroniques.

Le total des cas opérés pendant la phase apyrexique s'élève ainsi à 321, y compris 11 cas se rattachant au groupe septique.

Le principe conducteur, a été également, dans le traitement opératoire, de procéder d'une façon aussi conservatrice que possible et de laisser ainsi subsister les organes ou les fragments d'organes qui étaient sains d'apparence. On a fait une hémostase minutieuse du champ opératoire et une péritonisation soigneuse des moignons (tabl. 4).

On a procédé à l'amputation ou à l'extirpation totale de l'utérus quand celui-ci était le siège d'un myome (14 fois) ou s'il y avait eu des métrorrhagies graves (6 fois), ou, une fois, pour une infection gonococcique constamment répétée.

TABLEAU 3.

Indications opératoires.

	Nombre de cas	Récidive et douleurs chroniques	Évolution prolongée	Douleurs chroniques	Soupçon de tuberculose	Soupçon d'une grossesse extrautérine	Soupçon d'un myome	Soupçon d'une tumeur ovarienne	Soupçon d'un appendicite chronique	Une autre maladie
	321	197	35	14	35	7	3	8	1	22
Malades ayant eu une seule poussée....	79	—	15	6	25	7	3	7	1	15

TABLEAU 4.

Tableau des opérations. (S = extirpation du salpinx ; O = » de l'ovaire)

Libérations des adhérences	Ponction des petits kystes	O	S	SO	SS	SSO	SOO	SSOO	Amputation de l'utérus	Appendicectomie
2	2	2	26	29	82	132	1	46	21	198

Dans 46 cas, les deux annexes, par suite de lésions inflammatoires étendues, ont été extirpées, tandis que, dans 13 autres, une partie de l'ovaire a pu être épargnée. Quant aux autres cas, un ovaire au moins a généralement pu être épargné. Dans beaucoup de cas, les deux ovaires ont été conservés et dans quelques cas seulement une trompe ou l'annexe d'un côté a été extirpée.

Lorsque la partie utérine de la trompe a paru aussi avoir des lésions pathologiques, nous avons fait une excision de la corne utérine ou une excision du fond ; ceci s'est produit 16 fois.

Nous avons trouvé du pus collecté, pyosalpinx ou abcès de l'ovaire, dans 112 cas. Une culture du pus qui, malheureusement, n'a pas toujours été effectuée (la culture a été faite dans 40 cas), a montré une végétation bactériologique chez 3 des gonococciques (1 fois le streptocoque, 1 fois le staphylocoque et 1 fois le bactérium coli et le staphylocoque). Il y a eu probablement infection secondaire dans ces cas. Parmi les cas septiques, on a trouvé trois fois le bacterium coli, une fois le staphylocoque et une fois le bacterium coli et le staphylocoque.

L'appendice a été extirpé 198 fois. Chez 37, il avait déjà été enlevé. Des lésions chroniques ont été rencontrées dans 8 cas, ou 4 %, et des lésions aiguës dans 4 cas, ou 2 %, ce qui ne semble pas confirmer que l'infection par l'appendice soit aussi fréquente que quelques auteurs le prétendent.

Des hémorragies consécutives à la rupture des adhérences ou la crainte d'une infection du champ opératoire ont, 14 fois, amené à pratiquer un tamponnement ou un drainage.

La guérison a, en général, procédé d'une façon normale, sans que surgissent des complications. Nous n'avons rencontré que dans 9 cas des abcès de la paroi abdominale. Ceux-ci sont produits uniquement pendant l'année 1919. Pendant les années suivantes où l'hémostase dans la plaie abdominale a été pratiquée d'une façon particulièrement minutieuse, aucun abcès ne s'est produit.

Une fois est survenue une hématocèle qui a été infectée par des streptocoques et qui a dû être vidée par colpotomie. Dans un seul cas, il y a eu lésion de l'intestin avec fistule stercorale. La durée de l'alitement a été prolongée sensiblement dans 4 cas par une thrombose et une des malades a eu une pneumonie. Les malades, cependant, ont pu généralement recevoir leur exeat, complètement guéries, après deux ou trois semaines.

Résultat immédiat du traitement opératoire.

Deux malades sont mortes des suites opératoires, ce qui fait une *mortalité de* 0,6 %. Dans un cas, la cause de la mort était une colite ulcéreuse qui s'est révélée immédiatement après l'opération (extirpation bilatérale des deux annexes). La malade était syphilitique et traitée pour cette infection ; la réaction de Wassermann était négative. Par suite de diarrhées sanguinolentes incoercibles, la malade est tombée dans un état d'épuisement de plus en plus profond et a fini par succomber quatre semaines après l'opération. L'autre malade est morte d'insuffisance cardiaque, par suite d'une grave lésion organique du cœur avec hypertrophie. L'opération (hystérectomie totale avec extirpation des deux annexes) avait été longue et difficile. Dans aucun des deux cas, on n'a trouvé de trace de. péritonite lors de l'autopsie.

En ce qui concerne encore le résultat immédiat, nous trouvons que sur les 260 cas pour lesquels l'état génital à l'exeat a été noté, 75 % étaient objectivement guéries, 22 % avaient de petites tuméfactions et, seulement 3 % avaient des tuméfactions notables. La plupart se sentaient subjectivement bien. On leur a conseillé en général au moins un mois de repos après l'exeat.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DU TRAITEMENT OPÉRATOIRE.

267 ont été examinées ultérieurement et, parmi elles, 141 (52,7 %) objectivement ; 61 1/2 % *étaient complètement guéries et* 92 1/2 % *capables de travail.* Il y a eu 12 cas. de récidive (2 1/2 %), pour lesquels 5 ont été de nouveau opérées, tandis que les autres ont subi le traitement conservateur et sont devenues aptes à travailler.

De celles qui ont été opérées de nouveau, une est complètement guérie, deux incomplètement, mais capables de travail et deux incapables de travail.

Au toucher bimanuel, sur les 141 qui ont été examinées objectivement, 52 avaient de petites tuméfactions, 7 de grandes tuméfactions, tandis que 82 offraient un état physique normal.

Une seule malade avait été atteinte de hernie abdominale. Dans ce cas, on avait mis un tamponnement pour une hémorragie diffuse provenant des adhérences rompues.

Résultats éloignés après l'extirpation des deux annexes.

Une opinion qui, dans ces derniers temps, s'est répandue de plus en plus, est qu'on doit opérer radicalement et enlever l'utérus aussi bien que les annexes, grâce à quoi on obtiendrait plus sûrement une guérison définitive.

Contre cette manière de procéder, on peut toutefois

NOUVELLES (*Suite*)

Hôpitaux de province. — Lyon. — Le lundi 19 octobre 1925, le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination d'externes des hôpitaux.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 3 octobre 1925, à 11 heures.

Pour toutes les autres conditions d'admission au concours, s'adresser à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du Personnel.

— Centenaire de l'internat des hospices civils de Lyon. — L'Association générale de l'internat des hospices civils de Lyon doit fêter, le 7 et le 8 novembre prochain, le centenaire de sa véritable fondation en 1825.

La Ville et l'Administration des hospices civils doivent contribuer à la célébration de cet anniversaire.

Une Commission de douze internes en exercice a bien voulu se charger d'une partie de l'organisation du programme qui sera donné prochainement. Ce sont : MM. Duclos, Mallet-Fuy, Charleux, Gardère (membres du bureau de l'Association) auxquels se sont joints MM. Pigeaud, Mayoud, Rollet, de Girardier, Mounier, Heitz, Puig, Paufique.

Les ressources de l'Association étant restreintes, une souscription est ouverte parmi les anciens internes pour permettre de fêter convenablement le futur centenaire.

Une somme intéressante a déjà été recueillie, mais qu'il est nécessaire de voir augmenter.

Le trésorier de l'Association, le docteur Bocca, 227 *bis*, avenue de Saxe, recevra toutes les sommes qu'on voudra bien lui envoyer (*Compte chèque postal Lyon* 131-32), et les noms des souscripteurs seront publiés dans le *Crocodile*.

Une nouvelle édition de l'Annuaire de l'internat, très soigneusement revue et mise à jour, est en cours d'impression et sera prête pour novembre prochain.

Ecole de médecine de Poitiers. — Un concours s'ouvrira le 4 février 1926, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole de médecine de Marseille. — A la suite de concours devant l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille ont été proposés pour deux ans en qualité de : chef de clinique gynécologique, M. Arnould ; chef adjoint de clinique gynécologique, M. Salen ; chef de clinique obstétricale, M. Henry ; chef adjoint de clinique obstétricale, M. Rathelot ; chef de clinique chirurgicale (prof. Imbert), M. Cottalorda ; chef adjoint de clinique chirurgicale (prof. Imbert), M. Paoli ; chef de clinique urologique, M. Cezilly ; chef de clinique urologique, M. Tristant ; chef de clinique médicale thérapeutique, M. Berthier ; chef de clinique chirurgicale (prof. Silhol), M. Santelli ; chef adjoint de clinique chirurgicale (prof. Silhol), M. Zuccarelli ; aide d'anatomie et de médecine opératoire, M. Jaur.

Faculté de médecine d'Alger. — M. Leblanc, professeur sans chaire, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de clinique chirurgicale.

M. Pinoy, professeur sans chaire à la Faculté des sciences de l'Université d'Alger, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologie.

M. Rouvier, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université d'Alger, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Bezy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, est admis à faire valoir, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, ses droits à une pension de retraite.

objecter que la mortalité d'après toutes les statistiques est sensiblement plus élevée — ce qui s'explique facilement — puisqu'il s'agit d'une bien plus importante opération. A cela vient s'ajouter, comme suite de la suppression des règles, l'influence d'une dépression psychique et, enfin l'apparition de symptômes plus ou moins graves d'anovarie.

Dans notre documentation, on trouve un certain nombre de cas (40), chez lesquels, par suite de lésions étendues, les deux annexes ont été enlevées et, quelquefois aussi, le corps utérin (8). Une comparaison entre ces cas et les autres montre que si nous n'avons pas de récidive dans ces cas, le résultat définitif n'est cependant pas particulièrement encourageant.

Seulement 55 % de ces cas ne présentent pas de symptômes d'anovarie ou, du moins, présentent des symptômes qui sont si légers que les malades n'y attachent pas d'importance, 32 1/2 % se plaignent de symptômes d'une gravité moyenne et 12 1/2 % *ont des symptômes d'anovarie si graves qu'elles sont incapables de travail.* Si on compare à cet égard les résultats des autres opérations conservatrices des tissus ovariens, on a 63 % de femmes complètement guéries, 30 % de femmes incomplètement guéries par persistance de symptômes locaux et il n'y en a que 1 1/2 % pour avoir des symptômes si graves qu'elles soient incapables de travail. 5,25 % ont eu des récidives.

Même si notre expérience des méthodes opératoires radicales, avec extirpation de tous les tissus ovariens, éventuellement même de l'utérus, n'est pas très grande, les résultats de ces opérations, si on les compare avec ceux des opérations plus conservatrices, ne me semblent pas parler en faveur d'un emploi plus étendu de cette manière de procéder.

Résultats éloignés après l'extirpation seulement d'une annexe.

Un autre sujet qui, également, a beaucoup été discuté pendant ces dernières années, est de savoir si les deux trompes doivent être extirpées, bien qu'un côté soit sain d'apparence, et ceci spécialement dans les cas d'infection gonococcique.

47 des malades examinées après exeat ont conservé les annexes d'un côté quelques-unes même l'autre ovaire. De celles-ci *une seule a eu une récidive.* 23 sont complètement guéries, 18 incomplètement guéries mais capables de travail et 4 incapables de travail. Il y en a donc au moins, 91 % *qui sont complètement capables de travail.*

La grossesse est survenue chez 10, terminée pour 8 par un accouchement, pour une par une fausse couche ; une était enceinte au moment de l'examen, au total, par conséquent, *plus de* 21 %.

Lors de l'examen objectif de 23 qui se sont présentées, 7 avaient de petites tuméfactions, une des tuméfactions notables et 15 un état physique normal.

Nous basant sur ces observations, nous ne pouvons pas partager l'opinion de ceux qui, en principe, veulent enlever les deux trompes, même quand l'une d'elles semble saine. Les récidives se produisent rarement, le nombre des femmes capables de travail est grand et la fréquence de la grossesse est élevée.

Comparaison avec d'autres statistiques.

Une comparaison avec les autres statistiques sur les cas opérés par la méthode conservatrice, montre que nos résultats atteignent tout à fait le niveau de celles-ci et le dépassent même parfois, par exemple en ce qui concerne la mortalité qui, selon les statistiques de Frankel, atteint en moyenne 4 %. Par rapport au résultat éloigné, nous avons 92 1/2 % de femmes complètement capables de travail, ce qui est peut-être un peu supérieur à ce qu'on trouve généralement. La proportion entre les femmes complètement et les femmes incomplètement guéries varie d'une manière assez sensible dans les différentes statistiques, probablement dans la mesure du plus ou moins d'importance que les différents auteurs attachent à de petits symptômes, tels qu'écoulements, règles abondantes et douloureuses, légères douleurs, etc. (tabl. 5).

Tableau 5.

Opération conservatrice.

	Nombre de cas	Mortalité 0/0	Cas ultérieurement examinés	Guérison complète 0/0	Guérison incomplète avec aptitude complète au travail 0/0	Nombre total des femmes aptes à travailler 0/0	Non guéries inaptes au travail 0/0	Récidives 0/0
Forssner	83	2.4	55	85.4	7.3	92.7	7.2	—
Zinsser	156	3.2	86	68.3	20.7	89	11	—
Thaler	201	3.3	115	73.9	13	86.9	13	—
Frænkel	59	—	—	—	—	—	—	40
Schmid (excision fundique)	120	2.5	68	83	11	91	6	—
Probstner....	28	0	17	70.6	17.6	88.2	11.8	—
Wernet et Stiglbauer.	170	1.8	33	76		24		—
Schmidt H.R.	120	1.8	66	62.1	16.7	78.8	21.2	—
Holtz	313[1]	0.3	260	61	31	92	53	2

Les résultats indiqués par les partisans de la méthode radicale semblent, à première vue, certainement supérieurs, et le fait est que, par rapport aux récidives et aux symptômes objectifs, ils sont beaucoup meilleurs, mais ils ont été obtenus au prix d'une mortalité consécutive à l'opération plus élevée et de graves troubles fonctionnels et nerveux (tabl. 6). L'importance de ces symptômes d'anovarie a été réduite par beaucoup d'auteurs et ils ont été caractérisés comme des malaises légers et passagers ; mais notre expérience nous montre que des troubles graves subsistent encore cinq à six ans après l'opération.

Tableau 6.

Opération radicale.

	Nombre de cas	Mortalité 0/0	Cas ultérieurement examinés	Guérison complète 0/0	Guérison incomplète avec aptitude complète au travail 0/0	Nombre total des femmes aptes à travailler 0/0	Non guéries inaptes au travail 0/0	Symptômes d'anovarie 0/0
Thaler	396	3.3	230	93.5	2.6	96.1	3.9	—
Frænkel	38	2.6	25	100	—	100	—	40
Probstner	101	5	67	88.1	10.5	95.5	4.5	67
Werner et Stiglbauer .	264	5.3	62	80.6		19.4		12
Schauta (voie vaginale) ...	220	—	115	86.8		13.2		—
Schiffman et Patek.....	—	—	—	91.6		6.4		—
Schmidt, H.R.	52	2.2	31	94		6		

(1) Les cas opérés sont 321, dont 8 sont opérés radicalement avec un cas de mort.

CONCLUSIONS

Les résultats que nous avons obtenus ainsi par le traitement expectatif et conservateur et par le traitement opératoire conservateur des oophoro-salpingites, résultats que nous avons exposés dans cette étude, sont indéniablement très bons et tout à fait comparables avec les meilleurs résultats jusqu'ici publiés. Mais dans quelle mesure les principes de ces traitements peuvent-ils être appliqués avec un égal succès à la clientèle d'autres grandes villes. C'est là un point qui ne peut, évidemment, pas être décidé d'emblée. Ces résultats, bons aux différents points de vue, nous confirment dans notre conception présente du traitement de cette maladie et nous avons toute raison de nous en tenir à l'avenir à nos principes actuels.

Donc, dans la grande majorité des cas : traitement expectatif conservateur, mais quand celui-ci échoue ou en cas d'indications spéciales, opération.

Les indications opératoires peuvent se résumer ainsi :

A. — *Dans la phase fébrile :*

1° *Lorsque le tableau clinique indique, soit une infection septique avec formation d'un abcès localisé qui peut être incisé par laparotomie ou per vaginam, soit une péritonite généralisée, ou soit une affection septique limitée des annexes, ne cédant pas au traitement indiqué plus haut.*

2° *Quand le diagnostic n'est pas certain et, surtout, quand on soupçonne une appendicite.*

3° *En cas d'infection chronique, quand l'affaiblissement de l'état général menace la vie de la malade.*

B. — *Dans la phase afébrile :*

1° *En cas de douleurs chroniques.*

2° *En cas de récidive, excepté lorsque les symptômes régressent rapidement.*

3° *Lorsque le diagnostic est incertain et qu'on soupçonne tuberculose, grossesse extra-utérine ou tumeur maligne.*

Au cours de l'opération, on procède d'une façon aussi conservatrice que possible, en épargnant les tissus ovariens.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Les troubles oculaires de la sclérose en plaques (1)

Par M. le Professeur **F. TERRIEN.**

Les troubles oculaires de la sclérose en plaques sont des troubles assez divers, intéressants parce qu'il s'agit d'une maladie qu'on rencontre fréquemment, dont les signes sont souvent très imprécis, dont le diagnostic est rarement fait au début et parce que c'est une affection qui est très variée dans ses symptômes en même temps qu'elle demeure mystérieuse dans son origine et dans sa nature. Son intérêt en est accru de ce fait, et l'année dernière à la Réunion neurologique internationale du mois de mai M. le professeur Guillain a fait à ce sujet un très intéressant rapport.

(1) Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. Leçon du vendredi 29 mai, *Clinique de l'Hôtel-Dieu.*

Avant d'étudier les troubles de la sclérose en plaques, je vous rappellerai d'abord ce qu'est cette maladie. C'est une affection caractérisée essentiellement au point de vue anatomique par des foyers disséminés sur tout l'axe cérébro-spinal, qui se présentent sous deux formes très nettes suivant qu'on les étudie au début ou à une période très avancée.

Au début, on trouve disséminées sur tout l'axe cérébro-spinal, sur la protubérance, le cerveau, le bulbe, la moelle épinière et même sur les nerfs cranio-rachidiens, de petites plaques dont la dimension varie entre une tête d'épingle, un grain de millet jusqu'à une pièce de 2 francs. Elles sont extrêmement nombreuses et leur nombre varie entre 1 et 100.

Ces plaques, au début, sont légèrement saillantes, de couleur rosée, « chair de saumon ». Elles peuvent siéger aussi bien sur la substance blanche que sur la substance grise, cependant on les rencontre de préférence sur la substance blanche.

Quand on fait des coupes de ces plaques, on constate qu'elles sont formées par une sorte de feutrage névroglique qui limite des espaces dans lesquelles on trouve des débris cellulaires, des vaisseaux et souvent des cellules névrogliques plus ou moins altérées. Au milieu de ce feutrage de cellules, les cylindraxes se trouvent peu altérés. Les cylindraxes sont, vous le savez, l'élément constitutif des nerfs ; ils sont entourés d'une enveloppe de myéline qui, dans ce cas, est très altérée : la myéline est réduite en boules et contribue à former ces plaques qu'on rencontre disséminées sur tout l'axe cérébro-spinal.

Souvent ces cylindraxes sont eux-mêmes plus ou moins altérés. Ils ne sont pas absolument comprimés, comme dans la dégénérescence ordinaire ; il n'y a pas non plus section du cylindraxe mais simple compression et surtout il y a une démyélinisation très étendue qui fait que la myéline est, comme je vous l'ai dit, réduite en boules et contribue à remplir une partie de l'espace limitée par les cellules névrogliques. C'est là le premier stade de la sclérose en plaques.

A une période plus avancée on arrive au stade d'atrophie. Au lieu de voir des plaques légèrement surélevées, rosées, il y a des plaques blanches, de dimensions et de nombre variables pouvant atteindre 100, 200 ou seulement 2 ou 3 plaques ; elles s'incurvent, deviennent blanches, légèrement déprimées. A la coupe on trouve une sorte de feutrage constitué par des fibrilles de névroglie qui limitent des espaces de la moelle dans lesquels on trouve des vaisseaux plus ou moins altérés, sclérosés, et des débris de cellules névrogliques. La paroi de ces vaisseaux est toujours très hypertrophiée.

Ces lésions caractéristiques de la sclérose en plaques vont nous permettre de comprendre l'évolution des symptômes de cette maladie à étiologie, encore mal connue, qui semble avant tout d'origine infectieuse. C'est là une origine sur laquelle le professeur Pierre Marie, un des premiers a bien insisté et il est des affections comme la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc., qui peuvent parfois déterminer des plaques de sclérose ; peut-être aussi la syphilis, mais celle-ci ne semble pas jouer un rôle prépondérant dans cette maladie.

Donc toutes les infections, et surtout les infections aiguës, peuvent déterminer une sclérose en plaques ; elle paraît spécialement atteindre les sujets jeunes, de 25 à 40 ans.

Peut-être s'agit-il d'une infection spécifique ; Buzzard a incriminé en 1911 un spirochète qu'on n'a pu démontrer expérimentalement ; peut-être même s'agit-il d'un ultravirus filtrant essentiellement neurotrope.



Etant donné que les lésions siègent sur tout l'axe cérébro-spinal, qu'elles se rencontrent dans toutes les parties de la moelle et même sur les nerfs cranio-rachidiens, les symptômes sont essentiellement polymorphes.

Les symptômes généraux, que nous allons rappeler rapidement avant d'étudier les symptômes oculaires, se traduisent avant tout par des troubles moteurs, quelquefois aussi par des troubles sensitifs, puisque les plaques siègent partout, mais les troubles moteurs sont les plus fréquemment observés.

Ces troubles moteurs se traduisent par des altérations du système pyramidal et il y a également des troubles d'ordre cérébelleux.

Les troubles d'ordre pyramidal sont caractérisés précisément par une sensation d'asthénie, de fatigue, si bien que le diagnostic n'est pas fait au début et on met ces troubles sur le compte de la neurasthénie, on dit qu'il s'agit de sujets déprimés. Ce n'est qu'au bout d'un certain temps, quand les troubles se sont accentués, que l'on fait le diagnostic. A ce moment on constate des phénomènes de contracture, une exagération des réflexes et surtout des réflexes tendineux, le phénomène de Babinski, caractérisé, vous le savez, par l'extension de l'orteil : quand on promène une épingle sous la plante du pied, au lieu se fléchir, les orteils se mettent en « éventail ».

Je vous montrerai tout à l'heure deux malades du service atteints de sclérose en plaques chez lesquels nous trouvons des symptômes pyramidaux se traduisant par une gêne fonctionnelle, de la contracture, de l'exagération des réflexes pupillaires, tendineux et surtout du réflexe de Babinski. Au contraire les réflexes crémastériens sont généralement abolis. Chez la jeune malade que je vous présenterai on a trouvé le réflexe abdominal conservé, la peau se contracte à la suite d'une excitation, mais très souvent ce réflexe n'existe pas.

Il peut exister également quelques troubles du côté des sphincters et précisément dans une de nos deux observations d'aujourd'hui un des malades laisse échapper ses urines et ses matières.

Les troubles cérébelleux sont caractérisés par toute la série cérébelleuse, conséquence des altérations du cervelet ; il y a des vertiges, du tremblement. Ce tremblement est tout à fait caractéristique de la sclérose en plaques ; j'aurai l'occasion d'y revenir en vous montrant nos deux malades.

Le tremblement de la sclérose en plaques a été qualifié d'« intentionnel », c'est-à-dire qu'il apparaît quand on demande au malade d'exécuter certains mouvements. Il a été donné par Charcot comme tout à fait typique ; il semble cependant qu'il soit moins fréquent qu'on ne le disait autrefois, et pour le prof. Guillain il n'existerait que dans 8 à 10 % des cas à l'état pur, c'est-à-dire à l'état de tremblement « intentionnel ». Il s'accentue à mesure que le malade va accomplir l'acte demandé ; c'est de plus un tremblement massif qui s'étend, non pas seulement aux doigts comme dans la maladie de Parkinson, mais à la totalité du membre : il est « total » et « intentionnel ». Nous avons ce tremblement extrêmement net chez notre jeune malade.

Je me rappelle avoir suivi, avec M. le professeur Achard, une malade qui avait commencé par présenter des phénomènes oculaires ; il y avait une atrophie partielle de la papille, et c'est l'apparition du nystagmus et d'un tremblement tout à fait net qui fit penser à la sclérose en plaques. Ce tremblement était caractéristique ; il était impossible par exemple à la malade d'arriver à se coiffer et elle se donnait alors de véritables coups de poing.

Il existe encore un autre symptôme cérébelleux, la dysmétrie, c'est-à-dire l'impossibilité de régler l'étendue des mouvements ; le malade n'a plus le contrôle de ses mouvement, ceux-ci deviennent désordonnés. Pour mettre ce symptôme en évidence on a recommandé différentes manœuvres mais la plus simple est de demander au sujet de se toucher le bout du nez avec l'index. Pour avoir le maximum d'effet on fait étendre très largement le bras au malade et on lui demande ensuite de se toucher le nez avec l'index. Il y a généralement une certaine projection de la main, plus ou moins violente, un tremblement plus ou moins accentué chez ces malades atteints d'altérations cérébelleuses et le doigt dépasse le but.

Tous ces malades ont aussi de l'adiadococinésie, c'est-à-dire de la difficulté à exécuter des mouvements successifs. La manière la plus simple de la mettre en évidence est de leur demander de faire les mouvements de marionnettes ; d'un côté les mouvements se font bien et de l'autre ils ne se font pas ou très mal. Il faut donc rechercher ce signe par tous les moyens possibles.

Je ne puis insister davantage sur ces troubles cérébelleux qui nous entraîneraient trop loin, car je dois vous parler surtout aujourd'hui des troubles oculaires, mais je devais vous les rappeler afin de vous permettre de faire le diagnostic. Je dois ajouter que ce tremblement, ne siège pas seulement sur les membres, il peut siéger sur les lèvres, sur la langue et retentir sur la parole qui devient légèrement saccadée, un peu lente et explosive en ce sens qu'ayant de la peine à articuler, il y a à la fin une sorte d'explosion. Ce trouble de la parole est assez caractéristique chez ces malades atteints de sclérose en plaques.

En même temps, ce tremblement peut se mettre en évidence dans tous les actes de la vie, dans l'acte de préhension, dans l'acte de boire, et même en écrivant : l'écriture devient déformée, tremblée. D'autre part il se manifeste du côté de l'œil par des troubles moteurs et sensitifs. Nous avons vu qu'au point de vue général, il y a des troubles moteurs mais qu'il pouvait aussi y avoir des troubles sensitifs, des troubles de la sensibilité assez superficiels et aussi de la sensibilité profonde. Mais ils sont beaucoup plus rares et ne se rencontrent pas chez notre malade. Si par exemple on lui met dans la main un objet qu'il n'a pas vu, en lui disant de fermer la main, il se rend très bien compte de la nature de l'objet, au contraire lors de lésions du faisceau sensitif, par exemple dans certaines tumeurs de la base du cerveau, le malade est incapable de reconnaître un objet qu'on lui a mis dans la main, alors que du côté sain, d'après le contour de cet objet, sa température il peut parfaitement reconnaître de quoi il s'agit ; et cependant la sensibilité superficielle est conservée.

On a longtemps écrit que dans la sclérose en plaques il n'existe pas de troubles de cet ordre, et qu'il n'y a pas même de troubles sensitifs. D'après Charcot, les troubles sensitifs ne faisaient pas partie du domaine de la sclérose en plaques. Mais à mesure qu'on a appris à mieux reconnaître cette sclérose en plaques, et étant donné le polymorphisme des lésions, on comprend très bien que des troubles puissent exister, bien que parfois peu apparents. Les troubles fonctionnels en effet ne sont pas en rapport avec le degré des lésions et cela se conçoit puisque les cylindraxes ne sont pas sectionnés et ne présentent pas de dégénérescence consécutive.

De même on ne rencontre pas très souvent de troubles trophiques dans la sclérose en plaques ; il s'agit surtout ici de troubles moteurs.

Eh bien, de même qu'on trouve des troubles moteurs généraux, on trouve aussi des troubles moteurs du côté de l'œil et aussi des troubles sensoriels.

Voici résumées deux observations de deux malades de notre service :

Obs. I. — Le premier est un homme de 33 ans, exerçant une profession assez active (importateur et exportateur). Il nous raconte qu'il y a huit ans déjà il a ressenti une gêne fonctionnelle du côté des membres gauches, gêne qui l'avait forcé à s'arrêter. Il reprit ses occupations, lorsqu'il y a un an il fut pris d'étourdissements avec un trouble de la vision assez accentué.

Quelquefois en effet ces troubles de la vue sont très accusés et sont associés aux troubles que je vous ai signalés tout à l'heure, troubles des sphincters, de la marche, tremblement, phénomènes cérébelleux, etc... Il peut y avoir aussi du nystagmus, véritable tremblement oculaire caractérisé par des mouvements oscillatoires, horizontaux ou verticaux, tremblement portant sur les deux yeux. Notre malade a un nystagmus tout à fait typique spécial à la sclérose en plaques. Lorsqu'on fait fixer le doigt au malade, le nystagmus continue pendant le temps de la convergence alors que d'ordinaire il disparait ; inversement il s'accentue quand on fait fermer un œil. C'est une façon de rechercher cette variété de nystagmus : on empêche la fixation des yeux et le nystagmus s'exagère ; au contraire chez notre malade il continue pendant la convergence et la fixation.

Notre sujet présente aussi une exagération des réflexes et même du phénomène de Babinski, exagération qui est extrêmement nette.

La parole est un peu traînante, gênée ; il accuse aussi une gêne de la déglutition et de temps en temps des troubles sphinctériens ; abolition des réflexes abdominaux ; un peu d'atrophie musculaire du membre inférieur gauche ; il a des vertiges par moments, mais il n'y a pas de signe de spécificité. Ceci est un point très important, car dans ces troubles on ne retrouve généralement pas de signes de spécificité. Chez notre malade la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

L'acuité visuelle est de 1/10 de chaque côté, et le champ visuel est un peu rétréci.

Obs. II. — Notre deuxième malade est une jeune fille, venue à nous en juillet 1924, à la suite de quelques troubles ressentis : nausées, vomissements, mais pas de température, état qui s'est amélioré puisqu'au bout de trois mois les phénomènes avaient disparu. Cependant ses règles se sont arrêtées. Elle se plaignait à ce moment d'un *tremblement* apparu il y a environ quatre mois. Vers le mois de janvier, la malade a présenté en même temps que ce tremblement des alternatives de joie, de tristesse, d'émotion ; puis de temps à autre son membre inférieur gauche se dérobait sous elle. D'autre part à cette époque également (au mois de janvier) la malade a ressenti une gêne visuelle avec une sensation de brouillard devant les yeux.

C'est alors qu'elle a été amenée à la consultation ophtalmologique.

On fit une réaction de Bordet-Wassermann qui fut trouvée faiblement positive.

Ses antécédents sont assez chargés : un père qui a eu une épididymite à bacille de Koch, une mère qui est devenue presque aveugle, une grand-mère maternelle aveugle, un frère, âgé actuellement de 20 ans, aveugle. Il y a dans cette famille une sorte d'hérédité de cécité, mais qui n'a pas de rapport avec la sclérose en plaques que présente notre malade.

A l'examen : les réflexes sont vifs, plus accentués du côté gauche que du coté droit (réflexes achilléens, rotuliens, palmaires) ; pas de troubles de la sensibilité ; le contact de la chaleur donne des sensations absolument normales.

Mais notre malade a des troubles de la marche : elle a beaucoup de peine à se servir de ses membres gauches et en même temps que les troubles moteurs d'ordre pyramidal et le tremblement, de la difficulté à toucher le bout de son nez avec l'index, en un mot elle présente de nombreux signes cérébelleux.

Cette même malade a du nystagmus dans la position extrême du regard, des troubles moteurs-oculaires, un champ visuel légèrement rétréci, une décoloration de la papille extrêmement marquée et un scotome central du côté gauche. Elle présente donc en somme les troubles caractéristiques de l'affection : troubles moteurs et troubles sensitifs.

Nous avons dit qu'à côté des troubles moteurs et cérébelleux il existait des troubles oculaires. Ces troubles sont caractérisés également par des phénomènes moteurs et par des troubles sensoriels.

Les troubles moteurs sont représentés par le nystagmus, véritable tremblement associé des yeux. Ces phénomènes sont tout à fait importants dans la sclérose en plaques et il ne sera pas mauvais à ce sujet d'insister un peu sur le nystagmus en général.

Il existe tout d'abord un nystagmus optique, dû à une altération de l'œil. On le rencontre souvent chez les individus atteints de lésions de la cornée ; ce nystagmus par lésions oculaires est en quelque sorte une exagération du nystagmus normal, par exemple du nystagmus qui se produit chez le sujet qui à la portière d'un train en marche regarde le paysage ; il y a en effet un déplacement rapide des objets qui provoque à chaque instant des mouvements de nystagmus, mais les yeux retournent successivement à leur position première à mesure que les paysages se succèdent.

Ce nystagmus est dans ce cas probablement le résultat de l'effort que fait le sujet pour voir.

A côté du nystagmus oculaire, il y a aussi le nystagmus des houilleurs, chez les individus qui travaillent dans les mines, nystagmus dû très probablement à la mauvaise position de l'ouvrier regardant constamment en haut. Les oculistes qui exercent dans le Nord, en particulier le professeur de Lapersonne, lorsqu'il était à Lille, ont rapporté des observations importantes de nystagmus des mineurs dû à l'attitude spéciale des individus qui travaillent la tête renversée et dû aussi, peut-être, au mauvais éclairage.

On a encore observé ce nystagmus chez les couturières très surmenées.

Une autre variété de nystagmus est celle due à une lésion du système nerveux ; on le rencontre dans la sclérose en plaques, dans la syringomyélie, dans les abcès du cervelet, dans certaines tumeurs ou lésions des tubercules quadrijumeaux et surtout quand le cervelet est intéressé, c'est-à-dire lorsqu'il y a des troubles d'équilibre.

Une quatrième variété est celle due à une lésion vestibulaire, à une lésion du labyrinthe. Vous savez en effet que l'excitation du labyrinthe par la chaleur, l'excitation électrique, bref une excitation quelconque détermine un nystagmus. Il est dû vraisemblablement au déplacement du liquide dans les canaux semi-circulaires produisant ce nystagmus réflexe. Le réflexe nystagmitique d'origine vestibulaire est la conséquence de l'excitation produite sur les canaux semi-circulaires, excitation transmise par le ganglion de Scarpa aux noyaux du nerf auditif qui est composé, vous le savez, de deux noyaux l'un postérieur, l'autre antérieur. L'excitation des canaux semi-circulaires est donc transmise au noyau postérieur de ce nerf et en même temps à un autre noyau très important, le noyau de Deiters, lequel joue un rôle considérable dans la pathologie et qui doit être à la base de tous les vertiges.

Ce noyau de Deiters, comme tous les noyaux, bulbaires est relié par l'intermédiaire du faisceau longitudinal postérieur, aux noyaux moteurs, en particulier aux noyaux de la IIIe et de la IVe paires. Il est relié par les fibres du fais-

NTISEPSIE — CHLORAMINE
NTESTINALE — FREYSSINGE

3 pilules avant chaque repas. — 6, Rue Abel, Paris.

nd 1913. — Médaille d'Or
on 1914. — Diplôme d'Honneur
o 1922. — Grand Prix.

APSULES DARTOIS

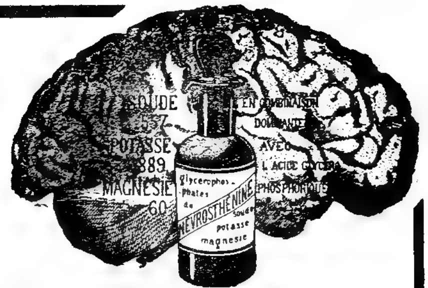
Créosote titrés en Gaïacol 3 à 3 à chaque repas.
ARRHES et BRONCHITES CHRONIQUES, 6, R. Abel, Paris

onaco 1920. — Grand Prix
eyrouth 1921. — Grand Prix.
rasbourg 1923. — Grand Prix.

UASSINE
REMINT = APPÉTIT

2 pilules avant chaque repas. — 6, Rue Abel, Paris.

Tout DÉPRIMÉ
— SURMENÉ
Tout CÉRÉBRAL
— INTELLECTUEL
Tout CONVALESCENT
— NEURASTHÉNIQUE



est justiciable de la

NÉVROSTHÉNINE FREYSSINGE

GOUTTES DE GLYCÉROPHOSPHATES ALCALINS (0.40 CENTIGR. PAR XX GOUTTES)

XV à XX gouttes à chaque repas. Aucune contre-indication.

Grand Prix
Strasbourg 1923

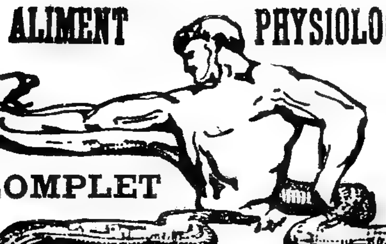
6, Rue Abel,
PARIS (12e)

DÉPOSITAIRES ET REPRÉSENTANTS A L'ÉTRANGER DES PRODUITS FREYSSINGE

ue : M. Chocat, 56, Rue de la Poste, à Bruxelles.
: M. Uhlmann Eyraud, 30, Boulevard de la Cluse, à Genève.
ne : M. Ibanez y Cia, Apartado 121, Saint-Sébastien.
anie: M. Verglas, 203, Strada Romana, à Bucarest.
o-Slovaquie : M. Michelin, Spalena 4, Pragua II.
ile et Orient Méditerranéen Balkanique : M. Thiriet et Cie.
Unis : M. Wallau. 6 Cleff Street, New-York.
Egypte: M. Suzan, 2, Boulevard Sultan Hussein Kamel, Alexandrie.
Canada : MM. Rougier Frères 210, Rue Lemoine, à Montréal.
Mexique : M. G. Bizet, Apartado 62, à Mexico D. F.
Brésil : M. E. Ch. Vautelet, 22, Rua Primeiro de Março, Rio-de-Janeiro.
Argentine : M. P. Deshayes, 336, Calle Montevideo, à Buenos-Aires.
Cuba : M. Masmontet et Cie, Apartado 2266, La Havane.
Maurice :MM. Cosme et Cr, à Port-Louis.

R. C. Seine 37.721

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE



OMPLET

LE
VIN DE VIAL
Quina, Viande
Lacto-Phosphate de Chaux

rigoureusement dosé et assimilable, réunit tous les principes actifs du Phosphate de Chaux, du Quina et de la Viande.

C'est un reconstituant des plus énergiques dans les cas de dénutrition et de diminution des phosphates calcaires.

Un verre à liqueur avant chaque repas
36, Place Bellecour, LYON



OPOTHÉRAPIE ASSOCIÉE

LA PANGLANDINE

est un **EXTRAIT GLANDULAIRE TOTAL**

QUI S'EMPLOIE A LA DOSE DE 4 à 10
COMPRIMÉS KÉRATINISÉS PAR JOUR
CONTRE TOUTES LES

INSUFFISANCES ENDOCRINIENNES
DES ENFANTS, DES ADULTES, DES VIEILLARDS

LABORATOIRES CH. COUTURIEUX
18, AVENUE HOCHE :: PARIS

ceau longitudinal postérieur aux noyaux moteurs qui sont un peu plus haut. L'excitation sensitive est transmise aux muscles innervés par ces noyaux, d'où les mouvements de l'œil, d'où le nystagmus. Toute excitation vestibulaire produite soit par un liquide froid ou chaud, soit par des mouvements de rotation sur un tabouret pourra ainsi déterminer du nystagmus. Celui-ci est d'ailleurs très variable, se produisant du côté de l'excitation ou du côté opposé. Ce sujet nécessiterait une leçon spéciale, mais d'après ce que je viens de vous en dire, vous comprenez très bien cette origine indirecte du nystagmus.

Ce noyau de Deiters est également relié au cervelet par des fibres cérébelleuses ; aussi toute altération du cervelet devient capable de déterminer également du nystagmus. Dans la sclérose en plaques c'est justement par suite d'une lésion du cervelet que se produit le nystagmus ; peut-être aussi est-ce par suite d'une altération vestibulaire ; c'est là un point encore obscur. D'après des travaux récents, en particulier ceux de Barré, le nystagmus de la sclérose en plaques serait dû à une altération vestibulaire bien plus qu'à une altération cérébelleuse.

Chez nos malades, nous avons demandé au Dr Dufourmentel d'examiner le labyrinthe, et de l'ensemble de cet examen il résulte que les altérations labyrinthiques sont nulles ou à peu près. Il semble donc que, chez eux tout au moins, ce nystagmus soit d'origine cérébelleuse.

Retenez dans tous les cas que le nystagmus se rencontre dans la sclérose en plaques et surtout qu'il persiste dans la convergence.

A côté de ce nystagmus il existe ce qu'on appelle des secousses nystagmiformes : on les observe quand on fait porter très fortement les yeux en dehors ou en dedans. On les rencontre chez les sujets atteints de sclérose en plaques et aussi chez tous les individus qui ont de la parésie ou de la paralysie des muscles de l'œil.

Les malades atteints de sclérose en plaques ont en effet non seulement du nystagmus, mais souvent aussi de la paralysie des muscles de l'œil, soit de la VIe paire (Parinaud avait bien insisté sur ce point), soit de la IIIe paire, paralysie qui peut être isolée ou associée, c'est-à-dire qu'elle peut porter sur les deux yeux.

Si on examine attentivement un malade qui paraît avoir une paralysie de la VIe paire, on constate qu'il a souvent en même temps une paralysie du droit interne du côté opposé, il y a donc paralysie associée, En d'autres termes, en même temps qu'il y a des troubles de la motilité, il y a des troubles associés, parésie ou paralysie de ces mouvements ; c'est ce qui explique les secousses nystagmiformes.

Ces troubles sont assez difficiles à mettre en évidence, c'est pourquoi on les a méconnus. En réalité ils existent dans 20 % des cas. M. Velter s'est attaché à leur étude et a rapporté à la Société de Neurologie en mai 1924, une statistique dans laquelle il donne ce chiffre de 20 %.

En général chez ces malades il n'y a pas de diplopie. La seule possibilité de mettre ces phénomènes en évidence c'est de rechercher l'étendue du champ de fixation binoculaire (non pas du champ visuel, mais du champ de fixation). Chez les malades atteints de paralysie des mouvements associés, il y a limitation d'un côté du champ de fixation binoculaire. Un individu atteint, par exemple, de paralysie du droit externe droit et du droit interne gauche aura un champ de fixation moins étendu à droite qu'à gauche. Cette limitation permet de faire le diagnostic de paralysie associée.

Il y a une relation très évidente entre le nystagmus et tous les troubles moteurs de la sclérose en plaques. Il serait, comme les troubles moteurs généraux, dû le plus souvent à l'hypertonie musculaire. Il semble en effet que dans la sclérose en plaques il y ait une hypertonie musculaire susceptible d'être exagérée et pouvant même aboutir au spasme. On pourrait donc envisager ainsi la succession des phénomènes : l'hypertonie musculaire avec l'irritation entraînent, ici du nystagmus, là du spasme ou de la contracture, suivant que l'excitation est clonique ou tonique ; ailleurs au contraire une parésie ou une paralysie des mouvements associés s'il y a paralysie au lieu d'excitation. Bien entendu on peut à la fois avoir ces différents phénomènes.

A côté des troubles moteurs, nystagmus, paralysie des mouvements associés, on a noté des troubles pupillaires, mais ils sont peu intéressants. On a parlé du signe d'Argyll Robertson ; on ne le trouve presque jamais, sauf quand il y a syphilis, mais c'est alors une lésion surajoutée qui ne fait pas partie du domaine de la sclérose en plaques.

Il y a quelquefois des phénomènes d'hippus, alternatives rapides de dilatatation et de contraction de la pupille ; toutes ces manifestations sont des phénomènes d'excitation qu'on peut rencontrer parfois en dehors de la sclérose en plaques. En d'autres termes les troubles pupillaires ne permettent pas de faire le diagnostic de cette affection et pour cette raison ils ne sont pas très importants.

J'en arrive aux troubles sensoriels. Ils rappellent beaucoup les troubles d'origine toxique et sont dus à des lésions du faisceau central, du faisceau maculaire. Ils sont d'ailleurs assez variés.

Ainsi, chez notre premier malade ces troubles s'étaient d'abord manifestés par une diminution de l'acuité visuelle. Quelquefois cette amblyopie est très considérable ; souvent aussi on observe une diminution de la vision centrale, un scotome central ; c'est le cas le plus habituel. Ces troubles sensoriels sont notés au moins dans la moitié des cas dans la statistique de MM. de Lapersonne et Cantonnet. Ils peuvent même précéder de longtemps les autres troubles moteurs du côté des yeux et les troubles moteurs généraux.

Chez la malade que j'ai suivie avec le professeur Achard, pendant très longtemps on constata seulement des troubles visuels légers, caractérisés par un scotome central et par la diminution de la vision centrale. Puis au bout d'un certain temps la papille a commencé à se décolorer, et la malade présenta, en même temps qu'une diminution de la vision centrale des phénomènes d'atrophie, optique. Ce n'est qu'après plusieurs mois qu'un léger tremblement apparut qui nous permit de faire le diagnostic de sclérose en plaques. Chez elle ce tremblement prit des proportions considérables, il était tout à fait typique et beaucoup plus accentué que chez nos deux malades d'aujourd'hui.

L'atrophie optique est parfois complète et les lésions peuvent être très variées. Comme vous le pouvez le voir par ces préparations empruntées à la collection de M. le Professeur agrégé Velter, qui a fait sur ce sujet une thèse très intéressante, on peut en trouver sur le nerf optique, sur le chiasma, sur la bandelette, et elles entraînent naturellement des altérations du champ visuel caractérisées par un rétrécissement avec déformation, rétrécissement en secteur, concentrique, etc.

Si donc le diagnostic de la sclérose en plaques est difficile au début, par contre il devient facile quand les symptômes sont constitués, mais pour ce qui nous intéresse nous devons surtout nous cantonner dans le diagnostic oculaire.

Au point de vue oculaire, ce diagnostic est également

difficile au début de l'affection : il ne devient aisé qu'en présence des troubles moteurs et sensoriels.

Il faut retenir qu'en présence de tout individu présentant une atrophie optique, atrophie spéciale, caractérisée tout d'abord, avant le stade d'atrophie, par la présence d'un scotome central avec les caractères de la névrite rétro-bulbaire, il faut toujours penser au cas le plus habituel, c'est-à-dire à la syphilis. Mais on ne la trouve pas toujours chez tous les malades. Après la syphilis une autre cause habituelle, est l'amblyopie toxique.

Enfin il est une troisième variété de névrite rétro-bulbaire à laquelle il faut encore penser, c'est à celle qui est due aux altérations du sinus sphénoïdal. Il y a des sinusites sphénoïdales qui ne se manifestent pendant longtemps par aucun symptôme à l'examen rhinologique ; cependant la sinusite sphénoïdale peut exister et se traduire seulement par la présence d'un scotome central.

Quand on a éliminé toutes ces causes de névrite, il faut alors penser aux autres maladies qui peuvent provoquer une diminution de l'acuité visuelle, et, surtout en présence de troubles visuels bilatéraux, à la possibilité d'une sclérose en plaques. D'ailleurs ce diagnostic sera toujours complété par la recherche des symptômes généraux et par la ponction lombaire.

La ponction lombaire ne donne guère dans la sclérose en plaques que des renseignements négatifs alors que dans la syphilis nerveuse, dans le tabès, dans la paralysie générale elle donne des renseignements positifs. Dans la sclérose en plaques en effet la ponction lombaire ne montre pas de lymphocytose appréciable (4 ou 5 lymphocytes par millimètre cube). Il n'y a pas d'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann demeure presque toujours négative. On peut donc dire que ce serait la caractéristique même de la sclérose en plaques que cette absence de signes.

Au contraire, M. le Prof. Guillain a montré que dans la sclérose en plaques la réaction au benjoin colloïdal est presque toujours positive.

Il n'est point besoin de rappeler ici la technique de cette intéressante réaction décrite par le Prof. Guillain. Elle consiste, vous le savez, à faire agir le liquide céphalo-rachidien sur une solution de benjoin colloïdal. Dans une série de tubes (16 tubes) on met une solution saline à 10 cgr pour mille dans laquelle on mélange du liquide céphalo-rachidien et une solution contenant du benjoin en suspension résineuse, chacune des solutions salines contenues dans les 16 tubes devenant de plus en plus concentrée pour les derniers tubes.

A l'état normal, il est exceptionnel que le précipité du benjoin se fasse avant le 6e tube ; il se montre d'ordinaire à partir des 7e ou 8e tubes. Au contraire dans le cas de sclérose en plaques dès les premiers tubes, c'est-à-dire ceux qui contiennent la solution saline la moins concentrée on constate un précipité, c'est-à-dire une sédimentation de la résine au fond du tube. On dit alors que la réaction est positive. Elle l'est également dans la paralysie générale, dans le tabès, dans la syphilis du névraxe, mais elle est alors associée à une réaction de Bordet-Wassermann également positive. C'est là un élément qui peut encore permettre de faire le diagnostic, car ici, au contraire, on ne saurait trop le répéter, le plus souvent la réaction de Bordet-Wassermann est négative, sauf exception. Chez notre jeune malade, par exemple, elle a été faiblement positive. Mais d'une manière générale la syphilis n'est pas la cause déterminante de la sclérose en plaques.

Il n'y a donc pas grand'chose à faire comme traitement de la sclérose en plaques.

Notre jeune malade ayant une réaction faiblement positive nous sommes autorisés à lui faire un traitement antispécifique, soit par le mercure soit par le bismuth, soit par les deux associés. C'est le premier traitement à essayer tout d'abord, surtout en présence d'un malade ayant une réaction positive ou semi-positive et même en l'absence de réaction.

En dehors de la syphilis il faut soigner l'état général, tâcher de remonter ces malades, leur donner des fortifiants, les traiter par les arsenicaux, par le cacodylate de soude et en même temps les ménager beaucoup pour leur permettre de se prolonger le plus possible. Car malheureusement la sclérose en plaques est d'un pronostic fatal, la terminaison se faisant soit par consomption, soit par déchéance. Le plus souvent les malades sont emportés par une maladie intercurrente, par une pneumonie, une broncho-pneumonie qui vient mettre fin à l'évolution normale et fatale de la sclérose en plaques.

Il y aurait encore beaucoup à dire, sur cette affection redoutable à l'occasion de nos deux malades, mais je crois qu'il est intéressant d'insister sur les troubles oculaires constatés chez eux, car vous aurez l'occasion de les rencontrer et d'autant plus que vous y penserez. Bien souvent au début, il s'agit d'une simple diminution de l'acuité visuelle centrale ; on ne songe généralement pas à la possibilité d'une sclérose en plaques, et ce n'est qu'en y pensant qu'on peut parvenir à la déceler avant l'apparition des symptômes du stade avancé.

ANALYSES

Le Sulfo Tréparsénan (dioxydiamino-arsénobenzène-méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées et intramusculaires dans le traitement de la syphilis. Pierre CHAMBET (Thèse de Paris 1925).

Dans un premier chapitre, l'A expose les avantages des voies d'introduction, préconisées surtout par SICARD, MINET, GOUGEROT : meilleure absorption du médicament, perte par élimination rapide moins importante, tolérance immédiate, très supérieure et innocuité plus grande pour les viscères (rareté des ictères, etc.). En outre, la voie sous-cutanée empêche la plupart des accidents brusques, phénomènes de choc, crise nitritoïde, etc. Il y a donc là un avantage manifeste et ce doit être la méthode de choix chez les fragiles, les femmes enceintes, l'enfant. L'auteur, qui déclare avoir utilisé le Sulfo-Tréparsénan par voie intraveineuse et sous-cutanée, ne rend compte que des observations se rapportant à ce dernier mode d'introduction qui, dit-il, s'est montré moins agressif pour l'organisme et bien toléré localement. Outre la possibilité de traiter des sujets intolérants aux autres préparations arsenicales, le Sulfo-Tréparsénan évite le piqueté révélateur des injections intraveineuses au pli du coude.

Suit une étude chimique du Sulfo-Tréparsénan montrant que cet arsénoïque dérive directement du 906 et du 914 dont il a la teneur en arsenic et que, plus soluble, il est comme ce dernier parfaitement neutralisé et stable.

L'auteur consacre un chapitre spécial aux essais biologiques et démontre que le Sulfo-Tréparsénan est le moins toxique des arsénobenzènes.

Il indique ensuite les règles de la posologie qui sont, dans l'ensemble, celles du traitement par les arsenobenzènes : doses sériales de 3 à 5 grammes, pouvant s'élever jusqu'à 9 grammes dans certains cas.

Le *traitement d'attaque* comporte l'injection de 4 à 5 grammes en l'espace de six à sept semaines, les premières doses étant données tous les jours, les doses plus fortes tous les 3 jours, enfin, les doses de 48 à 60 centigr. tous les 6 à 8 jours. Plusieurs

séries de 4 à 5 gr. seront réparties sur les 2 ou 3 années de traitement avec des intervalles de repos de 1 mois environ.

Le *traitement d'entretien* exige des injections moins fréquentes, mais l'atteinte de la même dose sériale. Il se rapprochera davantage du traitement d'attaque si l'on se trouve en présence de lésions en activité.

Chez le nourrisson et l'enfant, qui supportent le Sulfo-Tréparsénan d'une façon remarquable, on suivra les directives du Dr Marcel PINARD : progression essentiellement basée sur le poids et devant atteindre la dose maxima de 1 centigramme 1/2 par kilo qu'on répétera plusieurs fois. La dose initiale sera calculée en prenant en général la 6e ou la 10e partie de cette dose maxima, soit chez le nourrisson 5 milligrammes et chez l'enfant 1, 2, 3, 6 centigrammes suivant l'âge et surtout le poids.

La technique suivie par le Dr CHAMBET est celle indiquée par GASTOU, LACAPÈRE, GOUGEROT : injection lente ; aiguille strictement sous-dermique et non dans le tissu sous-cutané profond ; lieu d'élection ; région costo-lombaire, peau de l'abdomen ou du dos ; dilution dans 2 cc. d'eau distillée pour les doses jusqu'à 0 gr. 30, dans 4 à 6 cc. pour les doses de 0 gr. 36 à 0 gr.60. Ainsi manié, le Sulfo-Tréparsénan s'est montré remarquable, tant au point de vue de l'activité que de la tolérance locale et générale ; les contre-indications, qui sont celles de l'arsenic en général, sont réduites au minimum.

La clinique de la thèse est représentée par des observations groupées sous différents chapitre. Le Dr CHAMBET a traiter exclusivement des adultes et étudie :

1°) Des cas de syphilis primaire : chancre avec ou sans négativation sérologique ;

2°) Des observations de syphilis secondaire contemporaine du chancre avec ou sans négativation sérologique ;

3°) Des observations de syphilis secondaire avec ou sans négativation sérologique ;

4°) Des cas de syphilis ancienne.

Les résultats se sont montrés comparables en tous points à ceux que l'on obtient avec le 914 intraveineux, à condition de donner des doses sériales équivalentes dans un temps assez court. Les accidents cliniques disparaissent, dans la plupart des cas, après 3-4 grammes. La négativation sérologique est obtenue d'autant plus facilement que le malade est traité plus tôt. Certaines syphilis malignes ou en pleine évolution secondaire ont nécessité 4 séries de Sulfo-Tréparsénan. Ces conclusions sont tout à fait superposables à celles énoncées par le Dr GASTOU dans un travail récent « De l'action et de l'utilisation du Sulfo-Tréparsénan (Dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées ou intramusculaires dans le traitement de la syphilis ».

L'auteur termine en insistant à nouveau sur la haute valeur curative du Sulfo-Tréparsénan par la voie sous-cutanée ou intramusculaire, mais également sur la nécessité de donner des doses sériales convenables (3 gr. 50 à 50 gr chez l'adulte) en un temps assez court.

VARIÉTÉS

Médecins gastronomes

Brillat-Savarin reconnaissait déjà que les médecins sont encore de ceux qui comprennent quelque chose à la gastronomie. L'intéressant article que M. Maurice Monda vient de consacrer (*Figaro*, 9 sept. 1925) au dîner « Le Franc-Parler », montre qu'il en est toujours ainsi :

« De tout temps dit M. Monda, médecins et chirurgiens furent de joyeux drilles, amoureux de bonne chère et soucieux de ne rien laisser perdre des croustillantes plaisanteries de la salle de garde.

Où peut-on mieux s'y refaire la langue qu'en des réunions qui, par ailleurs, sont bienfaisantes, car la vie occupée du médecin n'a de halte qu'aux heures des repas ? N'est-il donc pas naturel qu'il cherche à les remplir le plus agréablement possible ?

Dès l'internat, le médecin peut, s'il en a la curiosité et les aptitudes, suivre des cours de gastronomie, la cuisine des hôpitaux étant en général confiée à des cordons bleus reconnus. La « Grande Anna » entre autres, me disait récemment un jeune médecin des hôpitaux, a formé à Necker des générations de gourmets, et elle allait jusqu'à organiser parmi nous des concours d'escargots, de boudins et de pommes frites !

Chacun sait, dans le monde des « fines gueules », que la cave du regretté professeur Troisier fut incomparable, que le docteur Broca tenait d'Alexandre Dumas en personne, la formule du « Lièvre à la Royale » ; que le docteur Babinski collabora récemment avec son frère, sous le pseudonyme commun d'« Ali Bab », à la rédaction d'un traité fameux de la gastronomie, et que le docteur Edouard Enriquez fait lui-même son marché. Quant à la renommée du docteur Gaston Pascalis, elle est en passe de devenir universelle ; qu'il nous suffise de donner ici le menu qu'il composa en l'honneur de personnages de choix : MM. Painlevé, Messimy, Camille Cerf, René Fribourg, le comte de Camundo, Aupetit, le docteur Flandin, etc... : « le potage Hochepot à l'anglaise, les feuilletées de queues d'écrevisses à la crème (*la Coulée de Serrant* 1921) ; les côtes de chevreuil à la purée de lapereaux (*les Hospices de Beaune* 1925, *Cuvée Chancellier Rollin*) ; les champignons au tamis, les dindonneaux au foie d'oie, rôtis avec les truffes au champagne (*le Musigny* 1881) la hure de sanglier farcie au Pouilly (*Pouilly fumé* 1921) ; le chabichou (*Bonnes-Mares* 1915) ; la glace café, marasquin et fruit (*Veuve Cliquot rouge brut* 1914) ; fruits et friandises (*Grande Champagne* 1847).

Les dîners périodiques de médecins sont nombreux. Citons : *Le Dîner des 20*, que préside le docteur René-Dumas ; celui des *Bicéphales*, qui groupe les médecins qui, en marge de leur profession, pratiquent un art ; *Le Dîner académique*, que préside le docteur Clément Simon ; celui des *Grandes gueules* ; du *Club Décent*, qui a pour président M. Mariani ; le dîner des médecins *Parisiens de Paris*, qui a pour président le professeur Ch. Richet ; ceux des *Normands de Paris*, des *Bretons de Paris*, des *Toulousains deParis*. Ceux du Lot-et-Garonne ont *La Prune*, ceux du Nord *La Betterave*, que préside le docteur Paul ; ceux

de la Saône-et-Loire *La Feuillette*, ceux de la Côte-d'Or *La Grappe*. Citons encore : le diner des *Bourguignons salés*, que préside le docteur sénateur Chauveau.

Indépendamment de tous ces groupements médicaux, il en est un dont la devise : « La plus grande liberté oratoire est de rigueur » est significative ; il s'intitule d'ailleurs : diner du *Franc-Parler*. Fondé il y a plus de vingt ans, il compte parmi ses parrains les professeurs Bouchard, Poirier, Landouzy, etc... Le *Franc-Parler* se compose de vingt médecins et chirurgiens des hôpitaux ; toutefois, exception fut faite en faveur de M. Pierre Masson, l'éditeur bien connu, naguère admis dans ce cénacle.

Dans le courant des mois de février, avril, juin, octobre et décembre, les *Franc-Parleurs* se retrouvent au restaurant Viel. Pour être membre du *Franc-Parler*, il faut être élu à l'unanimité : on vote avec des haricots : blancs pour l'admission, rouges pour le refus. Un seul haricot rouge suffit pour être « blackboulé ». La cotisation comporte le montant des cinq repas ; elle est payable d'avance, afin d'encourager les convives à ne point faire défaut ; les absents contribuant de ce fait à l'amélioration du repas des présents.

Chaque spécialité médicale est représentée au *Franc-Parler*. Que l'on en juge : M. le professeur J.-L. Faure, MM. les chirurgiens Jean Berger, Albert Mouchet, P. Moure, M. Deniker, Raymond Grégoire, Georges Lardennois, Lenormand ; MM. Charles Coutela (ophtalmologiste), Jean Rouget (laryngologiste), Louis Devraigne (accoucheur), A. Souques, de l'Académie de médecine ; Henri Dufour, Charles Laubry, Pasteur Valéry-Radot, Albert Sézary, Foix, Philippe Pagniez et Charles Flandin.

Les *Francs-Parleurs* s'étendent par leur composition, sur plusieurs générations et cela n'a point pour résultat d'atténuer l'entrain de leurs réunions auxquelles les femmes ne sont pas admises et pour cause ; on m'assure, en effet, qu'un grand nombre d'anecdotes, et non des moins salées, qui figurent dans les recueils récemment parus, ont pris naissance au cours de ces joyeuses agapes »



Le Gérant: A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 39. Le Numéro : 50 Centimes 26 SEPTEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris. — *Cours de révision d'une semaine 26 au 31 octobre 1925 sur les acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* — Sous la direction du professeur Emile Sergent et du Dr Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernet, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1925 du 26 au 31 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Le professeur Sergent fera la leçon d'ouverture.

Programme du cours. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi : Présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, 3 heures à 4 heures : Démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 ; Conférences cliniques à l'Amphithéâtre Potain.

Seuls sont admis aux examens de malades, aux démonstrations et exercices pratiques (9 h. 1/2 à midi, à 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs. S'inscrire auprès du docteur Lian.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

Cours de perfectionnement sur la tuberculose infantile. — Le Dr P.-F. Armand-Delille fera, du 5 au 22 octobre 1925, dans son service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux et la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, le Dr Laquerrière, chef du Service radiologique de la tuberculose infantile, et le Dr Pierre-Louis Marie, chef de laboratoire, fera deux leçons sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Nombre d'élèves limité. Prix de l'inscription : 80 francs. S'inscrire au laboratoire du service du Dr Armand-Delille, à l'hôpital Hérold, place du Danube (XIXe).

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant. — 2. Primo-infection ; premier stade ; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques. — 3. Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique ; signes stéthacoustiques et signes radioscopiques. — 4. Stade de généralisation ; tuberculoses aiguës. — 5. Tuberculose pulmonaire. — 6. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant. — 7. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon ; injection intra-trachéale de lipiodol. — 8. Tuberculoses atténuées des séreuses ; pleurésies et péritonites. — 9. La fièvre de tuberculisation ; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler. — 10. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications. — 11. Tuberculoses viscérales : symphyse cardio-tuberculeuse ; tuberculose rénale. — 12. Méningite tuberculeuse. — 13. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant. — 14. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles. — 15. Principes de thérapeutique médicamenteuse. — 16. Héliothérapie et thalassothérapie. — 17. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile, — 18. Prophylaxie ; la préservation de l'enfant contre la tuberculose ; l'Œuvre Grancher.

Marine. — M. le médecin en chef de 2e cl. Barthe, du port de Toulon actuellement médecin chef de l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah, est désigné pour remplir les fonctions de médecin de l'escadre de la Méditerranée. (*J. O.*, 20 août 1925.)

Faculté de pharmacie de Nancy. — M. Bruntz, professeur de matière médicale, est nommé doyen pour trois ans.

Faculté de pharmacie de Montpellier. — M. Massol, professeur, est nommé doyen pour trois ans.

Facultés de médecine. — *Lyon.* — Les concours de clinicat pour les places vacantes de chef de clinique se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique médicale (professeur Roque) : chef de clinique, M. le docteur Paupert-Ravault.

Clinique chirurgicale (professeur Bérard) : chef de clinique, M. le docteur Guilleminet.

Clinique médicale infantile (professeur Mouriquand) : chef de clinique, M. le docteur Bernheim.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, de la direction des travaux pharmaceutiques dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées :

Bordeaux. — MM. les professeurs agrégés Carles, pharmacologie ; Dalaunay, hygiène.

Lille. — M. Vullien, maladies mentales.

Strasbourg. — M. Fontès, chimie biologique.

Toulouse. — M. le professeur agrégé Soula, pharmacologie.

— Sont chargés, des cours complémentaires semestriels suivants aux Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des Universités ci-desssus désignées :

Bordeaux. — MM. Labat, professeur sans chaire, démonstration et préparations pharmaceutiques ; les professeurs agrégés Papin, médecine opératoire ; Andérodias, puériculture ; Péry, accouchement ; Golse, chimie minérale ; MM. les docteurs Charier, pathologie externe (4e année) et petite chirurgie ; Loubat, pathologie externe (3e année) et petite chirurgie ; Gourdon, prothèse et rééducation professionnelle.

Lille. — MM. le professeur Polonowski, chimie analytique ; Bédart, professeur sans chaire, pharmacologie ; Gérart (G.), professeur sans chaire, ophtalmologie; les professeurs agrégés Debeyre, otorhinolaryngologie, Leclercq, médecine légale ; les docteurs Sonneville, physique, et Bertin, déontologie.

Lyon. — MM. les docteurs, Gallavardin, Delore et Bériel, cours de clinique annexe ; les docteurs agrégés, Favre, cours de clinique

annexe ; Martin (E.), déontologie ; Barral, professeur sans chaire, chimie analytique; analyse biologique ; Condamin, professeur sans chaire, propédeutique et gynécologie ; les docteurs agrégés, Florence, toxicologie ; Noël, embryologie ; Rochaix, hygiène pharmaceutique ; les docteurs Mayet, anthropologie et paléontologie ; Tellier, stomatologie.

Montpellier. — MM. Galavielle, professeur sans chaire, botanique et histoire naturelle ; les professeurs agrégés, Cabannes, matière médicale et pharmacie ; Delmas (Paul), accouchements ; Delmas (Jean), anatomie.

Nancy. — MM. les professeurs agrégés, Parisot, pathologie expérimentale ; Perrin, thérapeutique et matière médicale ; Jeandelize, clinique ophtalmologique ; Binet, professeur agrégé libre, pathologie externe ; les professeurs agrégés, Job, accouchements ; Barthélemy, médecine opératoire ; Caussade, maladies contagieuses ; Lamy, électro-radiologie ; le docteur Lalanne, clinique des maladies mentales.

Strasbourg. — M. Vlès, professeur à la Faculté des Sciences, physique biologique.

Toulouse. — MM. les professeurs agrégés, Soula, pharmacologie ; Moog, analyse et toxicologie ; Martin (Em.), chef de travaux, cryptogamie et microbiologie ; Escande, professeur sans chaire, physique pharmaceutique ; Nux, docteur en médecine, stomatologie ; Garipuy, professeur sans chaire.

— Sont chargés, à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, des cours ci-après désignés :

— MM. Aron, histologie ; Bellocq, anatomie et anatomie topographique ; Boëz, hygiène et bactériologie ; Fontès, chimie biologique ; Gelma, clinique psychiatrique ; Géry, anatomie pathologique ; Gunsett, Radiologie ; Humbert, pathologie interne ; Hanns, pathologie générale ; Keller, clinique obstétricale ; Lickteig, clinique dentaire ; Reeb, clinique obstétricale, Schwartz, pharmacologie ; Vaucher, pathologie interne ; Weill, clinique ophtalmologique.

Paris. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Rouvière et Hovelaque, anatomie ; Israels de Jong, anatomie pathologique ; Blanchetière, chimie ; Champy, embryologie ; Duvoir, médecine légale ; Escalle et Metzger, obstétrique ; Joyeux, parasitologie ; Garnier, pathologie expérimentale et comparée ; Fiessinger, Chiray et Abrami, pathologie médicale ; Basset, Moure et Cadenat, pathologie chirurgicale ; Binet, physiologie ; Harvier, thérapeutique ; Verne, histologie ; Vaudescal, enseignement théorique aux élèves sages-femmes.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des cours ci-après désignés : MM. les docteurs Frey, stomatologie ; Mauclaire, agrégé libre, chirurgie orthopédique.

Guerre. — Service de santé des troupes coloniales. — Liste, par ordre de mérite, des médecins aides-majors sortant de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille :

MM. Farinaud, Dorolle, Montagne, Gulliny, Huard, Marneffe. Dumas, Le Rouzic, Coleno, Germain, Danner, Montestruc, Chambon, Hérivaux, Malval, Przyiemski, Husson, Varneau, Quéré, Pons, Duflaut, Etienne, Leroy, Queinnec, Broband, Alain, Picot, De Gouyou de Pontouraude, Marion, De Nas de Tourris, De Palmas, Mazurier, Ott, Basile, Muraine, Delassiat, Buisson, Digne, Samson, Robart.

Congrès de chirurgie. — A l'occasion du Congrès de Chirurgie, M. Calot fera le mercredi 7 octobre de 9 h. 1/4 à midi, dans sa clinique de Paris, 69, Quai d'Orsay, une série d'opérations et de démonstrations :

1° Réduction de 6 luxations congénitales de la hanche, de formes diverses.

2° Présentation de sujets guéris de luxations congénitales.

3° Ce que tout médecin ou chirurgien doit savoir de la *rénovation* de la pathologie de la hanche à tous les âges (par les derniers travaux).

Ecoles de médecine. — Angers. — M. Boquel, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er juin 1925.

Caen. — M. le docteur André Morice, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicale et obstétricale, jusqu'à l'issue du concours ouvert en vue de pourvoir à cet emploi.

Clermont. — M. Moureyre, professeur suppléant, est nommé, à compter du 1er juillet 1925, professeur titulaire de la chaire de dermatologie et de syphiligraphie (chaire créée).

Dijon. — M. David, professeur suppléant, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er novembre 1925, pour cesser ses fonctions à cette date.

M. Voisenet est délégué, pour l'année scolaire 1925-1926, dans les fonctions de chef des travaux de physique et chimie (section de pharmacie). Les dispositions de l'arrêté du 28 mars 1926, portant ouverture d'un concours en vue de pourvoir à cet emploi, sont annulées.

Limoges. — M. Durand (Albert) est nommé, à dater du 1er juillet 1925, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Delotte, démissionnaire.

(Voir la suite page 1423)

TRAVAUX ORIGINAUX

Le PH gastrique,

Par MM. les Drs **Félix RAMOND, Alexandre BORCESCO P. ZIZINE.**

L'analyse chimique du suc gastrique est faite en France, le plus souvent, par la méthode de Hayem et Winter, la plus précise, ou par la méthode de Topfer au diméthylaminoazobenzol, préconisée et modifiée par Linossier. Mais il y a aussi une troisième méthode pratique, exacte et rapide, permettant de déterminer l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique, c'est la mesure de cette acidité par sa concentration en ions hydrogène.

Voici en quoi diffèrent les deux premières méthodes de la troisième. Etant donnée une solution acide, on peut considérer à cette solution : *a*) une acidité totale ou de titration ; *b*) une acidité vraie, ionique ou actuelle ; *c*) une acidité virtuelle qui est la différence entre l'acidité de titration et l'acidité ionique. Les deux premières méthodes permettent de déterminer l'acidité totale ou de titration (acidité totale, acide chlorhydrique libre, acide chlorhydrique combiné, acides de fermentation). La troisième méthode permet seulement de mesurer l'acidité vraie ou ionique, qui seule, importe au point de vue des réactions vitales, et qui comprend uniquement l'acidité en acide chlorhydrique libre. On sait, en effet, que l'activité digestive de l'estomac est conditionnée par la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique libre. D'autre part la mesure de cette acidité peut porter sur la molécule acide entière (concentration des molécules acides) ou sur les éléments de sa dissociation ou ions (concentration en ions hydrogène). Or, tandis que les deux premières méthodes se rapportent à la concentration moléculaire des acides, la troisième méthode se rapporte à la concentration en ions hydrogène. On comprend dès lors, l'importance de cette méthode, et sa supériorité en ce qui concerne la détermination de l'acidité en HCl libre du suc gastrique. Car, étant données deux solutions acides, elles peuvent avoir la même acidité totale ou de titration, et nécessiter, pour un même volume, la même quantité d'une solution alcaline. Cependant leur acidité ionique pourra être différente, ce qui revient à dire qu'elles ne contiennent pas le même nombre d'ions H dissociés.

La méthode de détermination de l'acidité vraie du suc gastrique, par la mesure de la concentration en ions hydrogène est encore peu usitée en France. Nous l'avons appliquée systématiquement sur une quarantaine de malades du service, concurremment à la méthode de Topfer et les résultats de ces recherches feront l'objet de cette note.

Nous allons tout d'abord, afin d'être mieux suivis dans notre développement, rappeler quelques notions générales sur la théorie des ions et la concentration en ions hydrogène.

***

On sait que les liquides de l'organisme (sang, suc gastrique, urine, etc.), qui sont des milieux aqueux, ont, à l'état normal, une réaction caractéristique et constante, qui se modifie à l'état pathologique. Cette réaction constante dépend de l'équilibre des acides, des bases et des sels (électrolytes) qu'ils renferment. Or, d'après la loi d'Arrhénius, tout électrolyte en dissolution dans l'eau se décompose, en proportions variables, en particules ou ions. Ces ions libres supportent des charges électriques, et, d'après ce caractère, se partagent en deux catégories : les uns, acides (anions) prennent une charge négative, les autres, basiques (cations) prennent une charge positive.

Ainsi chaque acide est constitué par un anion métalloïdique, caractéristique de cet acide, et par un ou plusieurs ions H (ion, commun à tous les acides). Par exemple :

$$HCl = \overset{+}{H} + \overset{-}{Cl}$$

De même, chaque base possède un cation métallique caractéristique de la base, et un ou plusieurs ions OH (commun à toutes les bases). Par exemple :

$$NaOH = \overset{+}{Na} + \overset{-}{OH}$$

Quels que soient les éléments dans lesquels se dissocient les acides ou les bases, il n'y a que les ions H et OH, devenus libres par cette dissociation, qui d'après leur nombre plus ou moins grand, déterminent la réaction acide ou alcaline du milieu considéré. Un liquide sera acide quand il y aura prédominance des ions H ; alcalin quand il y aura prédominance des ions OH, et neutre, quand les ions H et OH seront en quantité rigoureusement égale.

Donc, par la mesure de la concentration en ions H ou OH (pratiquement nous verrons que la mesure de la concentration en ions H suffit), on obtient l'acidité ou l'alcalinité vraie du milieu considéré.

D'autre part, étant donnée une dissolution aqueuse d'électrolyte (par exemple HCl comme dans le suc gastrique), cet électrolyte se dissocie en partie en ions H et Cl, et, finalement, on a dans la solution des molécules de HCl non dissociées, et des ions H et Cl libres. Or, d'après la loi d'action de masse, qui veut que le rapport du produit des masses dissociées à la masse non dissociée soit constant pour une température donnée, on a :

$$\frac{[\overset{+}{H}] \times [\overset{-}{Cl}]}{[HCl]} = K \quad = \text{conste.}$$

Dans cette équation $[\overset{+}{H}]$ et $[\overset{-}{Cl}]$ représentent des concentrations en atomes-grammes et $[HCl]$ en molécules-grammes par litre.

K est la constante d'équilibre ou de dissociation de l'acide. De sorte que la quantité d'ions H formés dépend à la fois de la constante de dissociation de l'acide, et de la dilution.

Prenons le cas de l'eau. Ce liquide, même pur et neutre, conduit légèrement l'électricité ; donc elle est légèrement dissociée en ions $\overset{-}{H}$ et $\overset{-}{OH}$. En appliquant la formule précédente, on a :

$$\frac{[\overset{-}{H}] \times [\overset{-}{OH}]}{[H^2O]} = K = \text{constante.}$$

Ici, la masse non dissociée se confond pratiquement avec la masse totale et, d'autre part, la substance dissoute se confondant avec le dissolvant, il n'y a pas lieu de tenir compte de la dilution. Par conséquent le dénominateur peut être considéré comme une constante et la relation précédente devient :

$$[\overset{+}{H}] \times [\overset{-}{OH}] = K.$$

C'est ce qu'on appelle le produit ionique. Donc pour l'eau, le produit ionique est constant. La valeur de K de ce produit ionique a été trouvée égale à $10^{-14.14}$. Nous avons donc :

$$\left[\overset{+}{H}\right] \times \left[\overset{-}{OH}\right] = 10^{-14,14}$$

Comme la réaction de l'eau pure est neutre, elle renferme la même concentration d'ions $\left[\overset{+}{H}\right]$ et $\left[\overset{-}{OH}\right]$, c'est-à-dire $10^{-7,07}$

Si nous prenons le logarithme vulgaire de l'égalité précédente, nous avons :

$$\log\left[\overset{+}{H}\right] + \log\left[\overset{-}{OH}\right] = \log 10^{-14,14} = -14,14$$

$$\text{d'où } \log H = -\frac{14,14}{2} \times = 7,07$$

Ce logarithme changé de signe devient 7,07. On dit alors que pour l'eau et pour les solutions neutres PH = 7,07.

D'une façon générale, le PH d'une solution est le logarithme vulgaire, changé de signe, du nombre exprimant sa concentration en ions hydrogène.

L'unité de mesure pour la concentration en ions hydrogène est la concentration de la solution normale en ions hydrogène, correspondant à 1 atome gramme d'hydrogène par litre (Sörensen). Cette concentration étant égale à 1 : 1, son logarithme est 0 ; donc le PH de la solution acide normale est 0.

Si, à une solution neutre (PH = 7,07), on ajoute une solution acide, la concentration en ion hydrogène de cette solution neutre augmente et son PH diminue, pour devenir gal à 0 lorsqu'on atteint la concentration de la solution acide normale.

Si à cette solution neutre, on ajoute au contraire une solution basique, on introduit des ions OH supplémentaires, et, comme le produit ionique $\left[\overset{+}{H}\right] \times \left[\overset{-}{OH}\right]$ est constant, il faut nécessairement que les ions H diminuent en se combinant avec des ions OH pour lormer de l'eau non dissociée. Il s'ensuit donc une dimnution de la concentration en ions hydrogène, diminution qui a pour limite $10^{14,14}$, valeur du produit ionique. Pour cette concentration limite, le PH est égal à 14,14. C'est précisément la valeur du PH pour les solutions normales alcalines, c'est-à-dire contenant 1 atome gramme de $\overset{-}{OH}$ par litre.

Donc pour les solutions alcalines comme pour les solutions acides, la mesure de la réaction se ramène à une détermination de concentration en ions hydrogène, ets'exprime par le PH ou logarithme changé de signe de la puissance de 10, qui représente cette concentration.

Le PH est d'autant plus faible que l'acidité ionique est plus grande. Pour la solution acide normale, il est égal à 0. Pour les solutions neutres il est de 7,07. Pour les solutions alcalines il est supérieur à 7,07, et d'autant plus élevé que l'alcalinité du liquide est plus grande. Il est de 14,14 pour les solutions alcalines normales.

Ainsi le sang qui a une réaction légèrement alcaline a un PH = 7,4. L'urine a un PH variant de 4,8 à 7,4, avec une moyenne de 6 environ.

Mesure du PH

Il existe deux méthodes pour la mesure de la concentration en ions hydrogène, et par conséquent du PH.

1° *Méthode électrométrique*. — La conductibilité d'une solution étant proportionnelle au nombre d'ions dissociés qu'elle renferme, l'étude de cette conductibilité peut donc servir à mesurer le degré de dissociation des électrolytes. La détermination du PH se traduit donc par la mesure d'une différence de potentiel. C'est une méthode très précise, mais nécessitant malheureusement un appareillage électrique spécial.

2° *Méthode colorimétrique*, ou méthode aux indicateurs colorés de Sörensen (1), méthode qui est plus à la portée du clinicien. Les indicateurs employés présentent pour des acidités ou alcalinités libres déterminées, des changements de teinte qui ont été repérés une fois pour toutes, électriquement. Grâce à ces indicateurs on colore la solution à examiner, puis on procède de même avec des solutions étalons de PH connu. Le PH de la solution examinée est égal à celui de la solution étalon donnant la même teinte avec l'indicateur employé.

Matériel nécessaire. — Il est très simple ; il comprend une série d'indicateurs colorés et des solutions étalons. Les indicateurs, d'après Sörensen, sont des liquides : *a*) qui, ajoutés à des solutions plus ou moins riches en ions H, se colorent différemment suivant cette concentration en ions H ; *b*) qui ne sont influencés que par les ions libres, et non par les sels neutres ou les matières protéiques des solutions ; *c*) qui ont une zone utilisable étendue entre ses deux points de virage, correspondant à une différence de PH de 1,0 à 1,5 en moyenne.

Il y a plusieurs séries d'indicateurs, dont les principales sont : *La série de Sorensen* qui comprend 10 indicateurs (tropéoline, extrait de chou rouge, méthyl-orange, rouge de méthyle, nitrophénol, rouge neutre naphtol-phtaléine, phénol-phtaléine, thymol-phtaléine et jaune d'alizarine) dont les points de virage sont entre PH = 1,4 et PH = 12, 1. *La série de L. Michaelis* (2). *La série de Clark et Lubs Lubs* (3 à 6), la seule employée en pratique, et dont les points de virage sont entre PH = 1,0 et PH = 10,0.

Cette série comprend 8 indicateurs qui sont :

1° Thymol bleu (acide), présentant une zone de virage entre PH 1,2 et 2,8 ;
2° Bromophénol bleu, présentant une zone de virage entre PH 3,0 et 4,6 ;
3° Rouge de méthyle, présentant une zone de virage entre PH 4,4 et 6,0 ;
4° Bromocrésol pourpre, présentant une zone de virage entre PH 5,4 et 7,0 (neutre) ;
5° Bromo-thymol bleu, présentant une zone de virage entre PH 6,0 et 7,6 ;
6° Phénol rouge, présentant une zone de virage entre PH 6,6 et 8,2 ;
7° Crésol rouge, présentant une zone de virage entre PH 7,2 et 8,8 ;
8° Thymol bleu (alcalin), présentant une zone de virage entre PH 8,2 et 9,8.

Pour la commodité de cette recherche de PH, Clark (7-8) a fait éditer des planches colorées, où figurent les noms de ces 8 indicateurs, en face desquels sont reproduites les teintes diverses, qui correspondent à un certain nombre de points de virage. La connaissance de ce tableau permet de pouvoir déterminer d'une façon exacte, et sans études préalables, la concentration en ions H d'une solution donnée.

Les indicateurs de Clark se trouvent, ou bien en solutions mères, conservées en flacons paraffinés, et qu'on dilue

(1) Jean Blanc et E. Pozerski. — La réaction des milieux biologiques. (*Annales de médecine*, n° 9, nov. 1920, t. VIII, p. 392.)
(2) Leonor Michaelis. — Manuel de techniques de physico-chimie (Traduction de H. Chabanier et C. Lobo-Onell, 1923).
(3) M. Clark. — The determination of Hydrogen Ions (*Bull. de l'Inst. Pasteur*, t. XIX, 1921).
(4) Clark et Lubs. — The colorimetric determination of Hydrogenien concentration and its application in bacteriology (*Journal of Bacteriol*, t. II, p. 1, 109, 236, 1917).
(5) Clark et Lubs. — *Journal Infectious diseases*, t. XVII, p. 160, 1915.
(6) Clark et Lubs. — *Journal of Biol. chem.*, t. XXX, p. 209, 1917.
(7) M. Clark (Baltimore). — Color chart of indicators. The determination of Hydrogen Ions.
(8) M. Clark. — The determination of Hydrogen Ions. (Un vol., p. 318), Baltimore 1920.

au moment de l'emploi, de façon à avoir des solutions à 0 gr. 02 p. 100, ou bien en solutions toutes préparées à 0 gr. 02 p. 100.

Les solutions étalons sont des liquides stables dont les concentrations en ions H, d'après Sörensen, varient lentement, et qui servent de liquides de comparaison. Elles ont été appelées par Fernbach et Hubert « solutions-tampons », et elles sont obtenues par le mélange d'un acide faible avec des sels de base forte, ou par le mélange d'une base faible avec ses sels d'acide fort. Or, d'après les recherches de Michaelis, l'action « tampon » d'un sel sur un acide, ne s'applique pas aux acides forts, comme l'acide chlorhydrique. Comme c'est cet acide seul qui nous intéresse dans ce travail, nous ne nous étendrons pas sur les solutions étalons ou tampons.

Il faut donc retenir une fois pour toutes que *le suc gastrique ne comporte pas de tampon*, et, de ce fait, la détermination colorimétrique du PH gastrique se trouve notablement simplifiée.

D'une façon générale, possédant les indicateurs et les solutions étalons, on détermine facilement, d'après Sörensen, la concentration en ions H d'un liquide de la façon suivante : 1° on essaye préalablement le liquide à examiner, de façon à savoir grossièrement sa concentration en ions H ; 2° on prend les solutions étalons correspondant à cette valeur supposée ; 3° on met le liquide à examiner et les liquides-étalons dans des tubes de forme et de dimensions identiques ; 4° on verse dans tous ces tubes, lentement, avec une pipette calibrée qui donne des gouttes uniformes, VI à X gouttes de l'indicateur convenable ; 5° enfin on compare les teintes et on note la concentration du tube étalon, dont la teinte est la même que celle du liquide examiné. Son PH sera celui de ce liquide.

Les liquides troubles ou très colorés doivent être dilués avec 5 fois d'eau pure. M. Labbé (1) et ses collaborateurs ont déterminé l'acidité ionique des biles A, B C, obtenues suivant la technique de Metzer-Lyon, en les diluant à 25 fois leur volume avec de l'eau distillée neutre.

L'injection de la solution de sulfate de magnésie à 30 % donne une bile de PH = 6,8. A l'état normal ce PH oscille entre 6,9 et 7. Son abaissement dans les cas pathologiques est dû plutôt à un processus infectieux. Pour ces auteurs la mesure de l'acidité ionique de la bile indique un état d'infection ou de non infection vésiculaire.

Norgaard (2) a étudié la concentration en ions H dans le contenu gastrique.

De même M. Feissley (3) détermine l'acidité ionique du suc gastrique suivant le procédé recommandé par Sahli (10 cc. de suc gastrique filtré et 0 cc. 5 de solution de violet de méthyle). Petetin (4) a étudié le PH et ses applications dans les sciences médicales et biologiques. Enfin Goiffon (5) a étudié la concentration des solutions en ions H.

***

La mesure du PH gastrique

1° *Prélèvement du suc gastrique.* — Nous avons procédé soit par tubage gastrique simple, avec deux prélèvements, l'un à jeun, l'autre une heure après le repas d'épreuve ; soit par tubage gastrique fractionné suivant la technique de Rehfuss, mais modifiée par nous de la façon suivante. Au lieu de faire, comme cet auteur, sept prélèvements, le premier à jeun et les six autres, après repas d'épreuve, de quart d'heure en quart d'heure ; le premier, un quart d'heure et le dernier 90 minutes après le repas d'épreuve, nous ne faisons que cinq prélèvements, l'un à jeun, et les quatre autres de demi-heure en demi-heure après le repas d'épreuve, le dernier 2 heures après ce repas.

Comme repas d'épreuve nous avons employé, pour le tubage simple, le repas classique d'Ewald, et, pour le tubage fractionné, une solution de peptone à 7 gr. p. 250, qui nous a paru plus efficace que le repas recommandé par Rehfuss (250 cc. d'eau simple ou de thé léger).

2° *Matériel nécessaire.* — *a*) La série des 8 indicateurs de Clark et Lubs, en solution toute prête à 0,02 p. 100, et plus spécialement les 4 premiers : thymol bleu, bromophénol breu, rouge de méthyle et bromocrésol pourpre, dont les virages ont lieu pour des PH variant entre 1,0 et 7,0. Ces quatre indicateurs sont en général suffisants pour la recherche du PH du suc gastrique, le dernier (7,0) représentant la zone neutre et le commencement de l'alcalinité. Pour simplifier, on peut mettre ces indicateurs en flacons compte-gouttes ; *b*) quelques éprouvettes de forme et de dimensions identiques ; et enfin *c*) le tableau de Clark portant les noms des indicateurs et les diverses teintes correspondant à des PH donnés, inscrits au-dessous de ces différentes teintes.

3° *Mode opératoire.* — Le suc gastrique prélevé et filtré, nous l'essayons avec les 4 premiers indicateurs, en commençant par le premier, thymol bleu, qui vire pour un PH variant entre 1,2 et 2,8. Pour cela, on met 10 cc. de suc gastrique dans une éprouvette. On y ajoute lentement VI gouttes de thymol bleu ; si la couleur que prend cet indicateur ne ressemble à aucune de celles qu'il possède dans le tableau de Clark, on passe au 2e indicateur (bromophénol bleu) ; puis au 3e si c'est nécessaire (rouge de méthyle) ; et enfin au 4e (bromocrésol pourpre). Lorsqu'on obtient une teinte du liquide semblable à une de celles qui figurent sur le tableau de Clark, on lit le chiffre de PH inscrit sous cette dernière, et qui représente le PH du suc gastrique examiné. Ce chiffre correspond donc à la concentration en ions H de l'acide chlorhydrique libre du suc gastrique.

4° *Résultats.* — Nous ne donnons ici, faute d'espace, qu'une partie des résultats obtenus chez nos 40 malades. Nous indiquons, comparativement, les résultats obtenus par la méthode de Töpfer.

Voici quelques-uns des résultats que nous avons obtenus :

1) Car.....

Lithiase biliaire.

Liquide à jeun.

Topfer	PH
H = 0,79	1,8

Après repas d'épreuve.

Topfer	PH
1/2 h. = 0,72	2,0
1 h. = 0,87	2,0
1 h. 1/2 = 0,72	2,2
2 h. = 0,58	1,8

2) Rig.....

Hyperchlorhydrie-cholémie.

Liquide à jeun.

Topfer	PH
H = 0,14	3,0

Après repas d'épreuve.

1/2 h. = 0,72	2,2
1 h. = 1,80	1,6
1 h. 1/2 = 0,65	2,2
2 h. = 0,50	2,4

3) Pai.....

Sténose pylorique néoplasique.

Liquide à jeun.

H = 0 4,4

Après repas d'épreuve

H = 0 4,6

4) Mme Ba.....

Appendicite chronique.

Liquide à jeun.

Topfer PH

---

(1) M. Labbé, P. de Moor et F. Nepveux. — L'acidité ionique des liquides duodénaux obtenus suivant la technique de Metzer-Lyon (C.R. Soc. Biol., n° 12, p. 845, avril 1924).

(2) Norgaard (A.) — Détermination de l'acidité ionique en ions dans le contenu gastrique (C.R. Soc. Biol., n° 12, 4 avril 1924).

(3) M. Feissley. — Détermination de l'acidité ionique du suc gastrique (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, n° 6, p. 502, 1924).

(4) J. Petetin. — La mesure de l'acidité et de l'alcalinité par les procédés modernes. Le PH et ses applications dans les sciences médicales et biologiques (Thèse de Paris, 1922).

(5) R. Goiffon. — La concentration des solutions en ions Hydrogène *Arch. des mal. de l'app. dig.*, p. 277, 1922).

H = 0,21 3,4
Après repas d'épreuve
H = 0,50 2,6

5) Del.....

Ulcus de la petite courbure de l'estomac.

Liquide à jeun.
H = 0,93 1,8
Après le repas d'épreuve
1/2 h. = 1,80 1,4
1 h. = 1,46 1,6
1 h. 1/2 = 1,38 1,6
2 h. × 0,65 2,2

6) Mme Dup.....

Cholécystite.

Liquide à jeun
H = 0,14 3,2
Après repas d'épreuve
1/2 h. = 0,14 3,2
1 h. = 0 4,1
1 h. 1/2 = 0,65 3,0
2 h. = 0,79 1,6

7) Mme Cam.....

Troubles gastriques par annexite.

Après repas d'épreuve
Topfer PH
H = 1,09 1,8

8) Cour.....

Cholécystite.

Après le repas d'épreuve
Topfer PH
H = 0 7,0

9) Mme Jos.....

Ptose de l'estomac, cholécystite.

Liquide à jeun.
H = 0,43 2,0
Après repas d'épreuve
1/2 h. = 0 5,4
1 h. = 1,89 1,6
1 h. 1/2 = 1,80 1,4
2 h. = 1,02 2,0

10) Bre.....

Sténose pylorique (néoplasique).

Liquide à jeun.
H = 0 4,4
Après repas d'épreuve
H = 0 4,4

11) Mlle Viv.....

Appendicite chronique.

Après repas d'épreuve
H = 0 4,4

12) Chaur...

Ulcus de la petite courbure de l'estomac.

Après le repas d'épreuve
H = 1,09 1,6

13) Mme Gal.....

Néoplasme de l'estomac.

Après repas d'épreuve.
H = 0 4,4

14) Mme Mou.....

Cholécystite.

Après repas d'épreuve
Topfer PH
H = 0,7 4,6

15) Jal.....

Ulcus gastrique.

Liquide à jeun
Topfer PH
H = 0,69 2,2
Après repas d'épreuve
1/2 h. = 1,74 1,6
1 h. = 0,72 2,0
1 h. 1/2 = 0,72 2,0
2 h. = 0,72 2,2

16) Mme Bo.....

Typhlo-cholécystite.

Après repas d'épreuve
Topfer PH
H = 0,21 4,6

17) etc., etc....

De l'étude du PH faite sur nos 40 malades, et dont une partie des résultats figure sur le tableau ci-dessus, nous pouvons tirer les remarques suivantes :

1° Au chiffre normal de 0 gr. 50 de HCl libre trouvé par la méthode de Töpfer, correspond en moyenne un PH de 2,4 ; pour des acidités plus fortes (hyperchlorhydrie), le PH est inférieur à 2,4 et varie entre 2,4 et 1,2 ; pour des acidités plus faibles (hypochlorhydrie), le PH est supérieur à 2,4 et varie entre 2,4 et 4,4. Enfin dans l'anachlorhydrie (HCl = 0) le PH varie de 4,4 à 7,0. Il faut donc retenir que le PH normal du suc gastrique est égal à 2,4.

2° Le PH hyperchlorhydrique ne dépassant généralement pas 1,2, il s'ensuit qu'avec le 1er indicateur de Clark et Lubs (thymol bleu) on peut déceler toute l'hyperchlorhydrie, la chlorhydrie normale et l'hypochlorhydri légère ne dépassant pas PH 2,8. Avec les 2e, 3e et 4e indicateurs, on peut déceler toute l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie.

3° Les résultats ontenus par la méthode de Töpfer et la méthode du PH sont en général concordants. Une hyperchlorhydrie au Töpfer correspond bien à une hyperchlorhydrie par le PH. Il en est de même de l'hypo et de l'anachlorhydrie. La seule différence est que le PH ne varie pas dans les mêmes proportions que l'acidité obtenue par la méthode de Töpfer. Il en résulte que pour un même chiffre d'acide chlorhydrique, par exemple 1,09 (les malades n° 7 et n° 12), nous trouvons deux PH différents : 1,8 pour le n° 7 et 1,6 pour le n° 12. Inversement pour un même chiffre de PH (malades n° 1 et n° 9) chez lesquels PH = 2,0), nous trouvons deux chiffres d'acidité différents : 0,87 pour le n° 1 et 1,02 pour le n° 9. Mais il faut convenir qu'en général ces différences sont peu marquées.

4° Il arrive plus rarement que les résultats obtenus par les deux méthodes présentent de grandes différences. Par exemple une hypochlorhydrie par le Töpfer (0 gr. 43 pour le n° 9), correspond à un PH hyperchlorhydrique de 2,0 ; inversement une hyperchlorhydrie 0,65 pour le malade n° 6 correspond à un PH hypochlorhydrique = 3,0 ; et enfin deux acidités égales 0,65 pour les numéros 5 et 6, correspondant à deux chiffres de PH très différents, l'une du type hyperchlochydrique = 2,2 et l'autre du type hypochlorhydrique = 3,0.

5° L'anachlorhydrie, décelée par la méthode de Töpfer, correspond souvent à un PH du type hypochlorhydrique, et non plus anachlorhydrique. Ainsi chez les malades 3,10 pour HCl = 0 ; PH varie de 4,4 à 4,6 ; chez le malade n° 9, pour HCl = 0, nous trouvons PH = 5,4. Il semble donc que l'anachlorhydrie indiquée par la méthode de Töpfer ne soit pas toujours exacte, et ceci est très important à savoir, surtout au point de vue chirurgical dans les néoplasmes gastriques (1).

6° De toutes ces constatations, ressort l'importance de la méthode du PH gastrique, et sa supériorité en ce qui concerne l'acidité en HCl libre, sur les méthodes titrimétriques. Au point de vue du diagnostic, elle permet de déceler, à l'aide du tubage fractionné, une hyperchlorhydrie précoce (voir malade n° 15), ou tardive, de même qu'une hypersécrétion prolongée, comme nous l'avons fait chez beaucoup de malades du service. Elle a également son importance au point de vue du pronostic. Ainsi chez le malade n° 5, atteint d'un ulcus de la petite courbure, les examens répétés nous ont montré, non seulement une persistance de l'hyperchlorhydrie, mais encore son aggravation : le PH qui, au début était chez ce malade de 1,8, atteignait, à la fin, le chiffre 1,4, un quart d'heure après le repas d'épreuve, dénotant ainsi une forte hyperchlorhydrie précoce. Cette aggravation du chimisme gastrique, cadrant chez ce malade avec l'aggravation de ses symptômes, on voit par là toute l'importance, tant au point de vue du diagnostic que du pronostic, que présente la méthode du PH.

7° Voici du reste, au point de vue du diagnostic, les indications que nous a fournies sur nos malades l'étude du PH gastrique :

a) Le PH gastrique, dans *l'ulcus de l'estomac* récent, est le plus souvent du type hyperchlorhydrique, variant généralement entre 1,6 et 2,4, descendant quelquefois au-dessous de 1,6 dans les fortes hyperchlorhydries.

b) Le PH gastrique, dans *le néoplasme gastrique*, est le plus souvent hypochlorhydrique, quelquefois anachlorhydrique.

c) Le PH gastrique, *dans la lithiase biliaire* et *la cholécystite* est habituellement du type hypochlorhydrique ou anachlorhydrique. Sur 18 cas étudiés, deux cas seulement avaient un PH du type hyperchlorhydrique, les 16 autres avaient un PH variant entre 4,4 et 7,0. L'hypochlorhydrie l'emportait sur l'anachlorhydrie. L'anachlorhydrie coïncidait avec une épreuve de Meltzer-Lyon négative, ce qui revient à dire que la vésicule était supprimée fonctionnellement. Par la méthode de Topfer, au contraire l'anachlorhydrie l'emportait sur l'hypochlorhydrie ; mais nous avons vu plus haut (voir 5°) que l'anachlorhydrie par le

(1) V. Pauchet et Hirchberg. — Formes anatomo-cliniques du cancer de l'estomac (*Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1925, p. 616)

Töpfer correspond le plus souvent à l'hypochlorhydrie par le PH.

Conclusions. — 1° Le PH gastrique ou l'acidité vraie ionique du suc gastrique, peut être déterminé facilement par la méthode colorimétrique ou des indications de Sörensen.

2° La méthode est très simple et très facile ; elle demande un matériel restreint (quelques petites éprouvettes, les indicateurs, et les planches colorimétriques de Clark et Lubs) ; l'examen peut se faire même au lit du malade.

3° Du point de vue de l'acide chlorhydrique libre, le plus important dans le suc gastrique, la méthode de PH est supérieure aux méthodes titrimétriques de Töpfer, de Hayem et Winter.

4° En ce qui concerne l'acidité totale, l'acide chlorhydrique combiné et les acides de fermentation, ces deux dernières méthodes gardent cependant leur supériorité et sont du reste les seules à pouvoir être employées dans ce cas.

5° Les résultats que nous avons obtenus pour l'acide chlorhydrique libre par le PH et la méthode de Töpfer sont presque toujours concordants, avec quelquefois de légères différences, très rarement de grandes différences. D'où nous concluons à la supériorité de la méthode du PH qui présente au double point de vue du diagnostic et du pronostic les avantages que nous avons indiqués.

FAITS CLINIQUES

Une nouvelle observation d'homme sans cou

Par MM. A. FEIL et MINOT.

Nous venons d'observer à l'hôpital de Brévannes un nouvel exemple de la malformation désignée du nom « d'Homme sans cou » ou syndrome de Klippel-Feil. Nous rappelons que cette monstruosité se caractérise par un syndrome clinique et anatomique que l'un de nous a décrit et nommé le syndrome de la réduction numérique cervicale (1).

Depuis l'observation princeps de Klippel et Feil parue en 1912 dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (2), des cas nombreux ont été publiés. Citons particulièrement ceux qui ont été étudiés : en Italie par Bertolotti, Annovazzi ; aux Etats-Unis par Roland o Meisen : en Suède par Walgren ; en Allemagne par Walko et Drachter ; en Angleterre par David Greig : en Belgique par Delfosse et Smeesters. Dérouaux et Lecomte ; en France surtout par Le Lorrier et Dupont, Lance. Dubreuil-Chambardel, Breton. Brindeau. Mme Poissonnier. Ducroquet. Sicard et Lermoyez. Crouzon et Martin. Rebierre. Roger et Astier. Le Fort et Ingelrans. Lesage. Laquerrière et Lehmann. Frœlich. Gilbert et Pollet. Monestier, et par nous-même (3).

Tous ces faits ont été rassemblés en peu d'années : c'est dire que la monstruosité n'est pas exceptionnelle.

Il est probable que les cas se multiplieront lorsque l'attention sera davantage attirée sur l'importance et la fréquence des anomalies cervicales, et lorsqu'on connaîtra mieux le syndrome clinique qui permet de soupçonner leur existence.

Voici brièvement résumés les principaux caractères de ce syndrome :

Anatomiquement, on constate :

1° Le tassement et la réduction des vertèbres cervicales.
2° L'élévation de la cage thoracique avec formation d'une ébauche de thorax cervical.
3° L'existence, dans les cas typiques, d'un spina-bifida cervical supérieur.

Cliniquement, il y a trois signes essentiels :

a) Le raccourcissement du cou, si prononcé quelquefois qu'il fait appeler ces sujets des « hommes sans cou ». En réalité, il existe toujours une ébauche de cou, ce sont donc plus exactement des hommes à cou court que des hommes sans cou.
b) La limitation des mouvements de la tête sur le tronc.
c) L'implantation basse des cheveux.

A ces trois symptômes principaux s'ajoutent quelques signes secondaires : une scoliose ou cypho-scoliose à siège élevé : un dos rond (conséquence de l'absence de courbure cervicale) : l'élévation des omoplates, la disproportion de longueur des membres et du tronc, etc...

Cette malformation est souvent confondue avec le mal de Pott sous-occipital. Deux faits de la plus haute importance mettent sur la voie du diagnostic : d'une part la notion de congénitalité, d'autre part l'absence de douleurs et de troubles nerveux. Mais la clinique ne suffit pas, le plus souvent, à affirmer le diagnostic, il faut recourir à l'examen radiographique qui, fait méthodiquement, suivant les règles que l'un de nous a indiquées (1), permet de reconnaître l'existence d'une malformation congénitale et même le plus souvent d'en distinguer les caractères intimes.

***

Observation. — Il s'agit d'un homme de 70 ans, hospitalisé à Brévannes dans le service de M. Lévy-Valensi (2).

Ce malade est un ancien aphasique, il parle très difficilement et présente des troubles psychiques. Il est tombé il y a quelques mois et s'est fait une fracture de cuisse au tiers moyen : cette fracture mal consolidée oblige le malade à garder le lit. L'examen de son sang montre une réaction de Bordet-Wassermann nettement positive.

Nous n'avons pu nous procurer aucun renseignement sur les antécédents de ce malade, nous ignorons en particulier s'il existe des anomalies squelettiques dans sa famille.

L'aspect de ce sujet, son attitude figée, le raccourcissement de son cou attirent de suite notre attention. La tête paraît reposer sur les épaules, le menton descend jusqu'au sternum. La cage thoracique s'élève jusqu'au voisinage du crâne, dépassant largement les clavicules : on a bien l'impression « d'un homme sans cou ». La tête n'est pas déviée latéralement, il n'y a pas de torticolis, elle repose droite sur le tronc.

Les mouvements de la tête sont limités, surtout les mouvements de latéralité : les mouvements de flexion de la tête en avant se font assez facilement, mais dans l'extension forcée de la tête en arrière, l'amplitude est moitié moindre que chez un sujet normal. Ces mouvements qu'ils soient spontanés ou provoqués ne sont pas douloureux.

Les cheveux descendent plus bas que normalement : cette implantation basse des cheveux n'est cependant pas aussi manifeste que chez d'autres sujets, que nous avons

(1) A. Feil. — L'absence et la diminution des vertèbres cervicales. Le syndrome de la réduction numérique cervicale. (Thèse de Paris, 1919.)
(2) *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, n° 3, 1912.
(3) Feil. — Un nouveau cas d'homme sans cou. Communication à la Société anatomique, 23 mars 1924.
Feil. — Deux nouveaux cas d'hommes sans cou. Communication à la Société anatomique, 5 juillet 1924.
Feil, Roland et Vanbockstael. — Les hommes sans cou. Considérations sur la réduction numérique et le tassement des vertèbres cervicales. (*Revue d'orthopédie*, n° 4, juillet 1924.)

(1) A. Feil. — Comment doit-on radiographier la colonne cervicale, quand on soupçonne l'existence d'une anomalie. (*Journal de radiologie et d'électrologie*, t. VII, n° 3, mars 1923.)
(2) Nous remercions M. le Dr Lévy-Valensi, qui a bien voulu nous confier son malade et nous autoriser à publier l'observation.

observés, qui étaient atteints de cette même malformation.

La peau du cou présente chez notre malade de nombreux plis, on a l'impression qu'à la suite d'une réduction de la hauteur du cou, l'enveloppe cutanée trop lâche s'est plissée comme un rideau.

***

Examen de la colonne vertébrale. — Pas de déviation latérale bien apparente, mais il existe une large courbure à convexité postérieure avec maximum à la région dorsale moyenne. La palpation des vertèbres est très difficile à la partie supérieure du rachis : on sent nettement l'apophyse saillante de la 7e vertèbre cervicale, mais entre cette septième vertèbre cervicale et la base du crâne, on ne met en évidence que deux saillies épineuses. Au-dessous de la 7e vertèbre cervicale, les vertèbres dorsales et lombaires paraissent être normales et disposées régulièrement.

Examen radiographique. — En présence d'une telle difformité, il était indiqué de faire un examen radiographique complet de la colonne vertébrale. Malheureusement l'état mental du sujet, son âge, sa fracture de cuisse mal consolidée rendirent très difficile cet examen. En voici les conclusions :

On ne distingue que deux vertèbres cervicales entre la cage thoracique et la base du crâne, au lieu de quatre normalement : il y a donc certainement une diminution des vertèbres cervicales. Le thorax est surélevé, on voit quatre espaces intercostaux au-dessus des clavicules au lieu de deux chez un sujet bien conformé : il existe donc une ébauche de thorax cervical. La radiographie faite en position intermaxillaire montre un large spina bifida du rachis cervical en forme de V à ouverture supérieure : ce spina bifida paraît intéresser les deux premières vertèbres cervicales atlas et axis.

***

En résumé, ce malade constitue un nouvel exemple remarquable d'homme sans cou. Il présente au complet le syndrome de la réduction numérique : absence de cou, limitation des mouvements de la tête, abaissement du cuir chevelu, large spina-bifida des premières vertèbres cervicales.

Le point intéressant de cette observation est l'âge avancé du malade, il a 70 ans : c'est l'homme le plus âgé dont l'observation ait été jusqu'ici publiée.

Ce malade est à rapprocher de ceux déjà nombreux dont la difformité a été découverte par hasard, alors qu'ils ne se plaignaient nullement de leur difformité et venaient consulter pour une tout autre cause.

MOUVEMENT MÉDICAL

Cholestérinémie et insuline,

Par Jacques DECOURT

Depuis longtemps les médecins avaient noté la fréquence de la lipémie au cours du diabète. Elle est parfois si intense que le sérum prend un aspect lactescent ; et une théorie rattache le coma diabétique à des embolies graisseuses.

On sait d'ailleurs le rôle important que jouent les troubles du métabolisme des matières grasses dans la constitution de l'acidose diabétique. Mais tandis que certains auteurs pensent que ce trouble du métabolisme des graisses est secondaire à l'abaissement du coefficient d'assimilation hydrocarbonée, d'autres au contraire estiment que les deux troubles ne sont pas solidaires. La question reste en suspens.

Pourtant la découverte de l'insuline apporte de nouveaux faits. Nous aurons surtout en vue quelques travaux récents concernant la cholestérinémie des diabétiques et l'action que semble exercer sur elle l'insuline.

***

La cholestérine en effet constitue une part importante de la lipémie totale : et comme l'ont montré Joslin et Bloor, son taux reste presque toujours parallèle à celui des acides gras et des lipoïdes totaux contenus dans le sérum.

Dès 1912, Apert, Péchery et Rouillard se sont attachés à la mesure de la cholestérinémie chez les diabétiques. Mais de l'examen du sérum de 9 malades, ils concluaient à l'absence de rapport direct entre la cholestérinémie d'une part, et la glycosurie ou l'acétonurie d'autre part.

Chauffard, Laroche et Grigaut, en 1920, chez 16 diabétiques ne trouvèrent qu'une fois une forte hypercholestérinémie (3 gr. 20).

Mais Biscons et Rouzaud, pratiquant les dosages chez 70 malades diabétiques venus à Vichy pour y suivre le traitement thermal, constataient au contraire la fréquence de l'hypercholestérinémie, et les bons effets que peut avoir sur elle la cure de Vichy. Il est vrai que la plupart de leurs sujets étaient d'anciens coloniaux ou d'anciens syphilitiques dont le foie était plus ou moins altéré.

Cependant les Américains, Joslin, Bloor, arrivaient à des résultats analogues, et concluaient à la grande fréquence de l'hypercholestérinémie chez les diabétiques (1).

En outre, Rémond et Rouzaud en France, Joslin, Gray en Amérique établissent des statistiques importantes, selon lesquelles l'hypercholestérinémie des diabétiques comporte une signification pronostique. Sur les 189 malades des auteurs français, 14 succombèrent en moins de deux ans : le taux de leur cholestérine dépassait 3 gr. 12. Et Joslin conclut même que le taux de la cholestérine sanguine importe plus pour le pronostic que celui de la glycémie.

Colombiès, dans une thèse récente, arrive à des conclusions analogues. Il montre en outre que l'hypercholestérinémie n'est pas en rapport avec l'état du foie, puisque certains de ses malades, dont le foie était sérieusement lésé, avaient une cholestérinémie normale, tandis que d'autres, malgré un foie normal, avaient une cholestérinémie élevée et succombèrent rapidement.

M. Labbé et Heitz ont repris cette étude chez 41 malades. Les chiffres qu'ils ont trouvés étaient toujours égaux ou supérieurs à la normale, et leur moyenne globale donne le chiffre de 2 gr. 82 de cholestérine par litre de sérum (procédé de Grigaut). Il leur a paru que les altérations anciennes du foie augmentent l'hypercholestérinémie. La syphilis, la race israélite, l'obésité, semblent aussi prédisposer les diabétiques à l'hypercholestérinémie. Par contre, l'âge, l'hypertension artérielle, la coexistence d'une albuminurie notable paraissent sans influence. Il existe très probablement un rapport entre la cholestérine sanguine et l'oblitération artérielle des membres inférieurs si fréquente chez les diabétiques. M. Labbé et Heitz confirment la valeur pronostique de l'hypercholestérinémie des diabétiques : elle semble s'élever avec les progrès de l'acidose.

Expérimentalement, Nitzescu, Popescu-Inotesti et Cadariu ont constaté que l'ablation du pancréas chez le chien

(1) A vrai dire, les dosages des Américains, pratiqués avec la méthode de Bloor, ne sont pas exactement superposables aux dosages français effectués selon le procédé de Grigaut ; car, pour des raisons de technique le chiffre de la cholestérinémie normale obtenue par le procédé de Grigaut (1 gr. 50 à 1 gr. 60) est inférieur à celui que fournit le procédé de Bloor (2 gr. 30). Mais cela ne change en rien les résultats comparatifs.

NOUVELLES (*Suite*)

Marseille. — M. Domergue, professeur de pharmacie, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er août 1925 pour cesser ses fonctions le 31 octobre 1925.

Collège de France. — Création d'une chaire d'épidémiologie. — Un décret porte de 41 à 42 le nombre des chaires magistrales du Collège de France et affecte cette nouvelle chaire à l'enseignement de l'épidémiologie.

Aux termes d'un autre décret, le médecin-inspecteur général Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire d'épidémiologie du Collège de France.

Hôpitaux de province. — Grenoble. — Des concours seront ouverts :

Le 5 octobre 1925 pour la nomination de deux internes titulaires et de deux internes provisoires en pharmacie.

Le 12 octobre pour la nomination de quatre internes titulaires et de quatre internes provisoires en médecine et chirurgie.

Le 15 octobre 1925 pour la nomination de onze externes titulaires et de quatre externes provisoires.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hôpitaux avant le 25 septembre 1925.

— Strasbourg. — A partir de 1925, le concours pour l'internat des hôpitaux de Strasbourg sera ouvert aux étudiants de toutes les Facultés de France ayant passé leur quatrième examen de fin d'année.

Ecoles de médecine. — Nantes. — M. Mirallié, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er juin 1925.

Poitiers. — M. Perdoux, professeur suppléant, est nommé à partir du 1er novembre 1925 professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chrétien, appelé à d'autres fonctions.

M. Veluel, professeur suppléant, est nommé, à partir du 1er novembre 1926, professeur d'histologie, en remplacement de M. Petit, décédé.

Reims. — M. le docteur Billard, est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er juin 1925, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale en remplacement de M. Lardennois, appelé à d'autres fonctions.

Rennes. — M. Follet, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 16 janvier 1925.

M. le docteur Legal-Lasalle est nommé, à compter du 1er juillet 1925, professeur suppléant des chaires de chirurgie et accouchements, en remplacement de M. Hardouin, appelé à d'autres fonctions.

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique* du 30 novembre au 18 décembre 1925, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de : MM. Sébileau, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique ; Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis ; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare ; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis : Schulmann, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Hufnagel, et Fouet, chefs de clinique adjoints ; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie ; G. Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; Wolfromm, chef de laboratoire ; Flurin, ancien interne des hôpitaux ; Bizard, médecin de Saint-Lazare, chargé du service de finsenthérapie ; Richard, assistant à l'Institut du radium.

Le cours aura lieu du lundi 30 novembre au vendredi 18 décembre 1925, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-

midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h. à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée, ou au Laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique ; (radiothérapie ; radiumthérapie ; photothérapie ; électrolyse ; haute fréquence ; neige carbonique ; scarifications ; frotte, etc.),

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h., et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (40 leçons). — Conduite générale du traitement de la syphilis, M. Jeanselme. —Technique des injections intra-musculaires. intraveineuses et intrarachidiennes, M. Hufnagel. — Traitement du chancre syphilitique, M. Milian. — Traitement de la syphilis secondaire, tertiaire et de l'hérédo-syphilis, M. Gougerot. — Traitement de la syphilis viscérale, M. Louste. Chimiothérapie de la syphilis, M. Schulmann. — Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis, M. Fouet. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis, M. Burnier. — L'arsenic dans le traitement de la syphilis, M. Milian. — Accidents des arsénobenzols, M. Milian. — Traitement du chancre mou, M. Milian. — Traitement de la blennorragie, M. Sée. — Petite chirurgie urinaire, endoscopie, M. Wolfromm. — Autohémothérapie, M. Schulmann. — Vaccinothérapie, M. Chevalier. — Traitements externes en dermatologie, M. Ravaut. — Cryothérapie, M. Lortat-Jacob. — Traitement des affections prurigineuses et bulleuses, M. Hudelo. — Traitement de l'eczéma, M. Burnier. — Traitement des affections érythémato-squameuses. M. Schulmann. — Traitement des mycoses cutanées, M. Gougerot. — Traitement de la gale et de la phtiriase, M. Milian. — Traitement de la tuberculose cutanée, en particulier par la tuberculine, M. Burnier. — Chirurgie restauratrice de la face, M. Lemaître. Les agents physiques en dermatologie. M. Girandeau. — Finsenthérapie, M. Bizard. — Radiumthérapie, M. Richard. — Pharmacologie dermatologique, M. G. Lévy. — Traitement hydrominéral, M. Flurin.

Un cours semblable a lieu chaque année en juin et en décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux, pour MM. les médecins étrangers, à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

Congrès International des accidents du travail et des maladies professionnelles. — Le IVe Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles s'est tenu à Amsterdam. A la séance inaugurale du 7 septembre. sous la présidence du ministre du Travail, du Commerce et de l'Industrie des Pays-Bas. le docteur Crouzon, médecin de la Salpêtrière, a prononcé un discours au nom de la délégation française dans laquelle on remarquait les professeurs Imbert (de Marseille), Paul Moure (de Paris) et le docteur Quivy, de l'Union des syndicats médicaux.

Parmi les sujets traités au Congrès, citons les rapports de M. Imbert, au nom du professeur Cunéo, sur « accident et maladie au point de vue médical », les rapports de MM. Lenormant et Paul Moure, sur le traitement d'urgence des plaies, du professeur Imbert, sur l'ostéosynthèse, du docteur Crouzon, sur les maladies nerveuses professionnelles.

Hommage au docteur Babinski. — Le docteur Wladyczko, professeur de neurologie à l'Université de Vilno accompagné du comte Poninski. premier secrétaire de l'ambassade de Pologne, s'est rendu chez le docteur Babinski pour lui remettre le diplôme le nommant professeur honoraire de cette Université. Le professeur Wladyczko a exprimé la joie de la Faculté de voir le nom polonais de l'illustre neurologue s'associer à ceux des savants polonais qui ont professé à Vilno, au début du XIXe siècle et dont les travaux sont appréciés de tout le monde.

BIBLIOGRAPHIE

L'Amour de l'Art. Revue mensuelle. Abonnement : un an : 60 fr. Librairie de France, 110, Boulevard St-Germain, Paris.

Sommaire du n° de juillet (102 illustr.) : M. Dormoy : Réponse d'Auguste Perret à la brochure sur le théâtre de Werkbund à Cologne. — J.-L. Vaudoyer : La collection Gustave Dreyfus. — W. Georges : Cinquante ans de peinture française. — Ch. Watelin : L'Exposition de la Bibliothèque nationale. — Desparmet Fitz Gérald : L'exposition d'art ancien espagnol.

Sommaire du n° d'août (125 illustr.) : L'Exposition des Arts décoratifs et industriels modernes à Paris : Les Tendances générales, par W. Georges. — L'esprit de l'Exposition, par G. Mourey. — Les Intérieurs, par M. Dormoy. — Les Rues, les Jardins, le Théâtre, par Charensol. — Le Théâtre d'A. Perre, par M. Dormoy. — La Parure, ses accessoires, quelques bibelots, par Harlor. — L'Enseignement des Ecoles d'Art en France et à l'Etranger, par G. Varennes. — Edgard Brandt, par M. Dormoy. — Chronique.

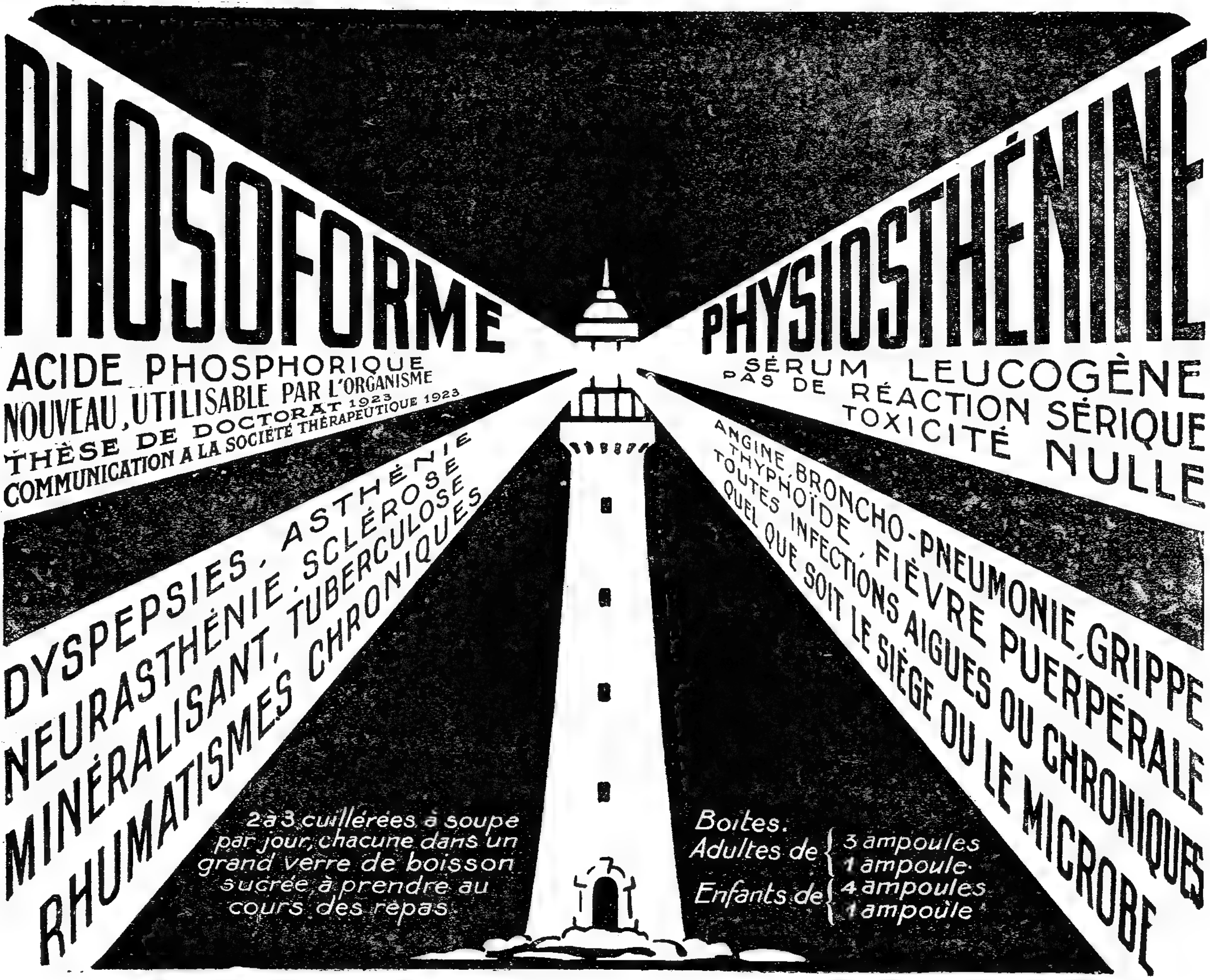
La Revue hebdomadaire, publie dans son numéro d'aujourd'hui : **Le génie d'Edgar Poé**, par CAMILLE MAUCLAIRE ; **Le Congrès chrétien de Stockholm**, par CHARLY CLERC ; **Reverrons-nous la Guerre ?** Une interview de M. Briand sur la Société des Nations, par HENRY RUFFIN. — Abonnement : France : un an, 60 fr. — Etranger : 75 fr. Plon, 8, rue Garancière, Paris. Le numéro : 2 fr.

Larousse mensuel illustré. Numéro de septembre. La seule revue véritablement encyclopédique, embrassant toutes les manifestations de la vie contemporaine. Le n° contenant 22 articles sur la littérature, les arts, les sciences, la politique, l'histoire, la géographie, l'économie politique, l'industrie, etc. 97 grav. 3 fr. Abonnement d'un an : France : 32 fr. Etranger : 38 fr. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris.

Versailles. Toutes les splendeurs de Versailles, en 64 pages et 115 illustrations dans le 14e volume de l'Encyclopédie par l'image (1.055e mille). Texte de Paul Gruyer. 1 vol. in-8, sur papier de luxe, couverture en 4 coul. Prix : 3 fr. Librairie Hachette, 79, Boul. St-Germain, Paris.

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versailles



(1) PARTIELLEMENT ÉTHÉRIFIÉ. (2) EXCEPTÉ TUBERCULOSE.

SALYSERUM

Injections **INDOLORES** d'acide salycilique en ampoules de 1 cc.

Crises aiguës de rhumatisme, goutte, pleurodynies, lumbagos, etc.

Faire 2 ampoules loco-dolenti

BYLIÉRINE

Foie et Intestin

Extrait de FIEL DE PORC

PANCRÉATINE

HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

Extrait de fiel de porc (Omnivore) supérieur à l'extrait de fiel de Bœuf (Herbivore)

Doses : 4 à 8 pilules par jour.

MAGNÉSIE DROUET & PLET

Le meilleur saturant non carbonaté, des acidités gastriques

OXALURIE OXALEMIE

Doses : 2 à 4 comprimés 1 h. 1/2 après les repas

élève de plus de 60 p. 100 le taux de la cholestérine sanguine. Après une augmentation progressive se produit un fléchissement, comme on l'observe pour la glycémie.

Il semble donc qu'il n'y ait pas une simple coïncidence entre l'hypercholestérinémie et le diabète. D'ailleurs c'est chez des diabétiques que Chabrol, Bénard et Gambillard (1), étudiant par le tubage duodénal l'élimination de la bile par le foie, ont trouvé les plus fortes cholestérinocholies, avec des chiffres supérieurs à ceux que l'on trouve au cours de la lithiase biliaire.

***

Que les troubles du métabolisme des matières grasses, que l'hypercholestérinémie chez les diabétiques, soient ou non secondaires aux troubles de l'assimilation hydrocarbonée, il était intéressant d'étudier ce qu'ils deviennent sous l'influence de l'insuline.

Nitzescu, Popescu-Inotesti et Cadariu, injectant de l'insuline à leurs chiens dépancréatés, obtinrent une diminution nette de la cholestérinémie. Leurs dosages ont été effectués dans le sang artériel par le procédé de Bloor. Voici leurs résultats :

Chiens	Avant	Après
N° 32	3 gr. 55	3 h. 1/2 : 2,90
N° 35	3 gr. 35	4 h. : 2,65
		6 h. : 2,30
N° 36	3 gr. 15	3 h. : 2,70
		6 h. : 2,45

Chez deux malades diabétiques, ils obtinrent des résultats analogues. En 3 heures, la cholestérinémie est tombée chez le premier de 2,55 à 1,70, chez le second de 2,75 à 2,25. Par contre l'insuline a été sans action chez des animaux normaux servant de témoins.

Fonseca constate par ailleurs la diminution de la lipémie totale. Joslin fait la même remarque.

M. Labbé et Tamalet ont obtenu, grâce à l'insuline, et alors que le seul régime était resté sans action, un abaissement de la cholestérinémie de 2 gr. 50 à 1,50 chez un malade, de 2 gr. 05 à 1,50 chez un autre.

Chauffard, Brodin et Yovanovitch, chez un diabétique atteint de xanthome, avec une glycémie de 1 gr. 75, et une lipémie totale de 92 gr. 10, dont 9 gr. 72 de cholestérine et 8 gr. de lécithine, constatèrent après deux mois de traitement insulinique une chute de la lipémie totale à 13 gr. 20, de la cholestérine à 2 gr. 88, et de la lécithine à 2 gr. 92, cependant que la glycémie s'abaissait à 1 gr.15 et que le xanthome était considérablement amélioré.

Plus récemment encore, Chauffard, Grigaut et Nida rapportaient une observation de rétinite diabétique pure à plaques blanches, où le traitement par l'insuline amena une diminution des matières grasses et des lipoïdes du sérum sanguin, en même temps que l'acuité visuelle du malade s'améliorait et que l'examen ophtalmoscopique révélait une rétrocession des plaques blanches rétiniennes (on sait que Chauffard les attribue à des dépôts locaux de lipoïdes). L'action de l'insuline semble donc se manifester non seulement sur les lipoïdes circulants mais aussi sur les lipoïdes fixés.

***

Le mode d'action de l'insuline sur le métabolisme des matières grasses est encore discuté, et nous ne pouvons qu'énoncer le problème. Desgrez, Bierry et Rathery pensent que l'extrait pancréatique n'agit sur le métabolisme de graisses qu'en améliorant le coefficient d'assimilation des hydrocarbones. Mais pour d'autres auteurs il s'agit d'une action directe. C'est l'avis de Fonseca, qui a observé une diminution élective de la lipémie sans modification de la glycosurie, de M. Labbé et Tamalet, d'Albou krek, qui ont fait des constatations analogues. On sait d'ailleurs que Widal et ses élèves (1) ont observé que l'insuline peut exercer une action dissociée sur la glycosurie et l'acétonurie, montrant ainsi qu'elle peut agir électivement sur le métabolisme des corps cétogènes : c'est-à-dire des matières protéiques et des graisses. Il faut cependant remarquer, avec Desgrez, Bierry et Rathery, que la glycosurie ne fournit pas une image exacte de toutes les mutations qui constituent les étapes du cycle évolutif des hydrates de carbone, et qu'une quantité relativement faible de sucre métabolisé peut avoir un grand retentissement sur l'acétonurie.

Signalons enfin que Achard, étudiant le pouvoir lipasique du sérum, particulièrement élevé, on le sait, chez les diabétiques, n'a pas constaté qu'il fût sensiblement modifié par l'insuline.

***

Quoi qu'il en soit, il se dégage des travaux récents un certain nombre de faits qui méritent d'être retenus, et que l'on peut résumer ainsi :

1) L'hypercholestérinémie est fréquente chez les diabétiques.

2) Si elle atteint un chiffre élevé, elle indique un fâcheux pronostic.

3) L'insuline a sur elle une action, reflet de son action générale sur le métabolisme des matières grasses.

Il serait intéressant, comme le fait remarquer Chauffard, de rechercher si l'insuline agit sur le métabolisme des graisses dans les affections autres que le diabète. S'il en était ainsi, l'extrait pancréatique pourrait peut-être constituer une médication puissante contre les affections où l'hypercholestérinémie semble jouer un rôle prépondérant : le xanthelasma, le xanthôme, l'athérome, l'artérite oblitérante, et même la lithiase biliaire (2) lorsqu'elle n'en est encore qu'au stade cholestérinique, toutes affections contre lesquelles, en dehors de l'hygiène et du régime alimentaire, nous sommes particulièrement désarmés.

Jacques DECOURT.

BIBLIOGRAPHIE

1. APERT, PÉCHERY et ROUILLARD. — *Soc. biol.*, 23 mai, 1912.
2. BLOOR — *Journ. of biological chemistry*, 1916, t. XXV et XVVI
3. CHAUFFARD, GUY LAROCHE et GRIGAUT. — *Ann. de méd.*, 1920, tome VIII.
4. BISCONS et ROUZAUD. — *Revue de méd.*, 1922.
5. E. JOSLIN. — *The treat. of diab. mell.*, 3e édit. (Philadelphia and New-York), 1923.
6. RÉMOND et ROUZAUD. — *Acad. de méd.*, 9 janvier 1923.
7. GRAY. — *Amer. J. of méd. Sc.*, juillet 1924.
8. COLOMBIÈS. — *Thèse* Toulouse, 1924.
9. M. LABBÉ et HEITZ. — *Soc. méd. hôp. Paris*, nov. 1924.
10. NITZESCU, POPESCU-INOTESTI et CADARIU. — *Soc. roumaine biol.*, 1924.
11. FONSECA. — *Deutsche mediz. Woch.*, Leipzig, 21 mars 1924.
12. M. LABBÉ et TAMALET. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 14 nov. 1924.
13. CHAUFFARD, BRODIN et YOVANOVITCH. — *Soc. méd. hôp. Paris*, 21 nov. 1924.
14. CHAUFFART, GRIGAUT et NIDA. — *Soc. biol.*, 16 mai 1925.
15. DESGREZ, BIERRY et RATHERY. — *Presse méd.*, 5 nov. 1924.
16. ACHARD. — *Cinq leçons sur le diabète*. Baillière, 1925.

(1) CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. — *Soc. méd. des hôp.*, Paris, 18 juillet 1924.

(1) WIDAL, ABRAMI, WEILL et LAUDAT. — *Presse médicale*, 22 mars 1924.

(2) G. PARTURIER (*Revue de médecine*, 1925, n° 2) rapporte que chez des malades atteints de cholécystites, lithiasiques ou non, et qu'il traitait par l'insuline, il a constaté un abaissement accentué du taux de la cholestérine en même temps qu'une amélioration de l'état général et local.

CHRONIQUE

L'yohimbine et les vaisseaux génitaux. — Des varices et en particulier des varices gravidiques — Irradiation irritative et insuffisance ovarienne.

A propos de l'action exercée par l'yohimbine sur les vaisseaux génitaux.— On sait qu'on peut provoquer une vaso-dilatation intense des vaisseaux génitaux et hémorroïdaires par l'emploi des préparations de yohimbe (1), substances voisines de la cocaïne et des extraits de coca. En même temps que cette action élective sur le domaine du nerf pelvien, il se produit de l'hyperémie conjonctivale et gingivale, de la salivation et de l'angoisse, qui traduit une excitation exercée sur la portion céphalique du parasympathique.

L'action sur la zone génitale se produit par l'intermédiaire du centre érecteur lombaire.

Elle se manifeste pour l'un et l'autre sexe. Si on en prolonge l'emploi chez la femme, elle détermine par la congestion locale ainsi entretenue une stimulation de l'appareil folliculaire et des modifications du tractus génital, en rapport avec cette stimulation.

Des travaux récents montrent, de plus, que l'yohimbe modifie l'action de l'adrénaline sur les vaisseaux. On sait que cette dernière substance, excitant du sympathique, détermine de la vaso-contriction. Or DALE avait montré qu'après injection d'ergotoxine, l'adrénaline agit comme un vaso-dilatateur. Cette inversion peut s'obtenir aussi après injection de chlorhydrate de yohimbine, ainsi que vient de l'établir RAYMOND HAMET (2).

Elle n'est pas pas due, dans un cas ni dans l'autre, à une action de l'adrénaline sur le parasympathique, car, si on paralyse complètement celui-ci par l'atropine, le phénomène n'est pas modifié : il faut admettre que ces substances paralysent le sympathique vaso-moteur et permettent aux fibres sympathiques vaso-dilatrices de manifester leur activité.

***

Recherches récentes sur les varices. — Je viens de lire avec intérêt la thèse de LOUIS SALASC sur la tension veineuse dans les varices (3).

Pour ses recherches, Salasc a eu recours à la méthode décrite par VILLARET et SAINT-GIRONS, c'est-à-dire à l'exploration de la tension veineuse périphérique au moyen d'une ponction directe de la veine et à la mesure au moyen d'un manomètre métallique gradué en centimètres d'eau, le phlébotensiomètre de VILLARET.

Chez le sujet normal, la tension veineuse du membre inférieur prise dans le décubitus horizontal est plus élevée, d'environ 2 centim. d'eau, que la tension veineuse du membre supérieur prise dans la même position : en moyenne, elle est de 13 cent. d'eau. Le passage du décubitus à la station verticale la fait augmenter dans des proportions toujours considérables mais très variables ; l'augmentation est en moyenne de 75 centimètres d'eau.

En égard à la tension veineuse, il faut distinguer, d'après Salasc, deux groupes de varices, varices symptomatiques et varices essentielles.

1° *Les varices symptomatiques*, sont déterminées par une compression ou gêne circulatoire siégeant sur le territoire de la veine cave inférieure et ressortissent au syndrome d'hypertension cave inférieure, caractérisé notamment par une élévation de la tension veineuse au niveau du membre inférieur et la persistance d'une tension veineuse normale ou sub normale au niveau du membre supérieur : ce sont donc des varices hypertensives. La suppression de l'obstacle veineux (fibrome, ascite, utérus gravide, etc.) détermine une forte diminution de la tension veineuse au niveau du membre inférieur.

2° *Les varices essentielles*, diathésiques, ne sont causées ni par une compression ni par aucune autre gêne de la circulation cave inférieure : dans ces varices, la tension veineuse prise dans le décubitus horizontal est, dans la majorité des cas, abaissée par rapport à la normale du membre inférieur et par rapport à la tension au membre supérieur : ce sont des varices hypotensives, varices par collapsus : le processus de phlébo-sclérose déterminant une dégénérescence des fibres musculaires du vaisseau, la veine se dilate, d'où production d'une véritable asystolie veineuse, dont l'hypertension veineuse est le témoin. Dans un petit nombre de cas, il existe un certain degré d'hypertension veineuse du membre inférieur ; mais elle coexiste alors habituellement avec une élévation de la tension au niveau du membre supérieur, donc hypertension veineuse généralisée. On peut supposer que cette hypertension veineuse généralisée préexiste aux varices et que, dès lors, certaines varices peuvent tirer leur origine d'une telle hypertension secondaire et que des sujets porteurs de varices se trouvent exposés à un retentissement de la gêne circulatoire cave inférieure sur les cavités droites du cœur.

Le passage de la position couchée à la station debout détermine chez les variqueux une forte augmentation de la tension veineuse, mais cette augmentation n'est pas sensiblement plus grande que chez les sujets normaux : en station debout, immobile, les valvules sont ouvertes (aussi bien chez le sujet normal que chez le sujet variqueux) ; l'exploration de la tension veineuse dans la position d'immobilité ne saurait en principe permettre la recherche de l'hypertension par insuffisance valvulaire permanente.

Dans les dilatations veineuses accompagnant les anévrysmes artérioso-veineux, il existe de l'hypertension veineuse au niveau du membre lésé, et cette hypertension, d'abord localisée, se complique volontiers d'hypertension généralisée, par insuffisance consécutive du cœur droit : donc menace d'asystolie, nécessitant l'intervention chirurgicale précoce.

Le traitement des varices par les médicaments veineux (hamamelis, hydrastis, marron d'Inde, Cupressus) ou les extraits opothérapiques (ovarien, orchitique, thyroïdien, hypophysaire) exerce, d'après M. LOUIS SALASC, une action sur la tension veineuse qu'il tend à ramener vers la normale. Cette thérapeutique convient surtout comme traitement préventif des états variqueux chez les prédisposés, mais dans les varices déjà constituées elles ne saurait se substituer au traitement local par ligatures, saphrénectomies ou injections phébosclérosantes.

Il convient de rappeler ici le travail si important de HANS RUNGE sur la pression veineuse pendant la gestation (1) : l'augmentation de tension veineuse, dont parle LOUIS SALASC, avait été signalée par l'auteur allemand qui l'a toujours trouvée dès le début de la gestation.

Pour ma part, ainsi que je l'ai indiqué ici même, je considère qu'au cours de la gestation, la varice se présente donc comme une maladie de la veine et non pas comme un syndrome relevant de la gêne circulatoire. Les varices apparaissent avant le moment où le volume de l'utérus pourrait gêner le cours du sang dans les membres inférieurs, et le plus souvent disparaissent avant la fin de la gestation. Elles sont plus fréquentes chez les femmes à règles longues et chez les hypothyroïdiennes. Elle évo-

(1) Yohimbine (un centig. et demi), extrait fluide d'yohimbe (trente centig. à un gr.).

(2) *C. R. de l'Académie des Sciences*, séances du 22 juin 1925.

(3) *Contribution à l'étude de la tension veineuse périphérique dans les varices des membres inférieurs* (MARCEL VIGNÉ, édit., Paris). Voir aussi VILLARET, SAINT-GIRONS et SALASC. Tension veineuse et varices. *C. R. de la Soc. de Biol.*, Paris, 1925, tome XCIII, p. 230, et, par ailleurs, pr PAYAN et GIRAUD. Sur un procédé non sanglant de mesure de la pression veineuse. *Soc. de Biol. de Marseille*, séance du 26 mai 1925.

(1) La pression veineuse pendant la gestation. *Archiv. f. Gynäkologie*, 1er juillet 1924, p. 142.


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

luent par poussée localisée en certaines zones et s'accompagnent dans ces zones d'une élévation considérable de la température locale (1).

La varice en poussée est la vraie maladie : la varice chronique n'est qu'une infirmité consécutive.

Il me semble bien évident que l'élévation de pression veineuse joue un rôle dans leur déterminisme, *quelle que soit la cause de cette élévation*. Mais il est non moins évident que c'est une baisse du tonus sympathique qui met la paroi musculaire de la veine en mauvaise posture pour lutter contre cette pression et que c'est dans la cause de cette hyposympathicotonie qu'il faut chercher la cause de la maladie.

Je ne voudrais pas terminer cette étude sans citer un produit intéressant pour la thérapeutique des varices que M. Ch. Busquet, professeur agrégé à la Faculté de Paris, vient de préconiser pour le traitement des varices et qui est une « espèce » d'adrénaline végétale. « Si l'on connaît, sont venus nous dire M. Busquet et son collaborateur M. Vischniac, un certain nombre de substances possédant une action constrictive sur les artères, il en est peu, au contraire, pour lesquelles on ait démontré expérimentalement une action constrictive pour les veines. Un pareil effet a été attribué à l'hammamelis virginica et au marron d'Inde : mais il n'a été réellement établi que pour l'adrénaline... et pour la nicotine et le chlorure de baryum ». Or, ajoutent ces auteurs, « le genêt... contient... un principe veino-constricteur », et ce principe, qui a une action énergique, l'exerce par excitation directe des muscles de la paroi veineuse, mais nécessite cependant la mise en jeu d'un mécanisme nerveux (2).

Traitement de l'insuffisance ovarienne par les irradiations irritatives. — On a remarqué, au cours de la radiothérapie des fibromes, que, parfois, après les premières des séances il survenait une menstruation abondante, ce que l'on expliquait en parlant de dose irritative.

Flatau (3) en a tiré l'idée qu'on pourrait employer les effets de cette dose irritative (1/5 de la dose de castration) pour stimuler les ovaires insuffisants et aussi les utérus hypoplasiés par le fait de cette déficience ovarienne. Les résultats sont intéressants puisque Flatau a obtenu environ 80 % de succès en cas d'aménorrhée et de stérilité, à condition que celles-ci soient liées à une insuffisance ovarienne primitive et qu'elle ne soit pas conditionnée et entretenue par une autre tare. Il faut cependant que les accidents ne soient pas trop anciens et que la femme soit encore jeune (moins de 26 ans).

Aucun des 8 enfants, nés après ce traitement, n'a présenté de malformation (4).

Holzknecht, interprétant ces faits, ne les croit pas dus à une action irritative vraie. Il pense que le traitement lèse certaines cellules et que ce sont ces cellules mortes (leucocytes probablement) qui, par leurs produits d'autolyse, vont stimuler les cellules nobles (5).

Recasens propose d'associer, dans certains cas, aux applications sur l'ovaire des applications excitantes sur l'hypophyse (15 % de la dose érythème). Dans un cas d'aménorrhé avec adiposité, il a constaté un retour des règles, une diminution extraordinaire de la quantité de graisse des parois abdominales et de la graisse épiploïque (6).

Henri Vignes.

(1) A propos de certaines circonstances qui accompagnent le développement des varices chez les femmes en état de gestation. *Progrès Médical*, 15 octobre 1924.

(2) Action constrictive du genêt sur les veines. *C. R. de la Soc. de Biol.*, Paris, 1925, tome XVIII, p. 419.

(3) Irradiation en cas d'insuffisance ovarienne. *Zentralb. f. Gynäk.*, 1922, p. 105.

(4) G. Linzenmeier. — *Zentralbl. f. Gynäk.*, 30 septembre 1922.

(5) Existe-t-il une action excitante indirecte des rayons X ? *Wiener medizinische Wochenschrift*, tome LXXV, n° 3, 17 janvier 1925.

(6) Radiothérapie en gynécologie. *Presse médicale*, 15 août 1925, p. 707.

VARIETES

Baltasar Gracián : Pages caractéristiques

Etude critique par André ROUVEYRE

Notices par Victor BOUILLIER (Mercure de France, éd.)

Baltasar Gracián, né en 1601, à Belmonte, près Calatayud (Aragon), d'origine bourgeoise, entra dans la Compagnie de Jésus en 1619. On ne faisait son chemin, à l'époque, que dans les Ordres, à la Cour ou dans la Marine. Il mourut en 1658. De petite taille et de santé probablement délicate, il se montra homme d'action : prédicateur à la mode, il fut un aumônier militaire énergique. Il écrivit plusieurs ouvrages. Le premier *El Heroe* (le Héros), en 1637, est le portrait du grand homme et plus spécialement du grand politicien et du monarque accompli. Désirant, semble-t-il, devenir précepteur de l'héritier présomptif, il couvre de royale pommade Philippe IV « ce héros des héros, cette première merveille de tous les humains, ce miroir universel qui reproduit, non seulement toutes les grandeurs mais tous les *maxima* de grandeur (maximidades) ».

Passons. Ce n'est pas ce livre que nous demanderions à un hispanisant d'éditer.

Le Politique (1640), encore plus mauvais, exagère un peu plus — chose pourtant difficile — la flagornerie. Passons encore plus vite.

Son *Agudeza y Arte de Ingenio*, que Bouillier traduit par *Traité des Pointes et du Bel Esprit*, est un traité de rhétorique « concepliste » dont les adeptes se livrent à la recherche des *conceptos*, c'est-à-dire des pensées fines, subtiles, voilées. Bourré de citations, tour à tour pédantesque et obscur, ce traité serait, paraît-il, peu lisible. N'insistons pas.

Le Comulgatorio (La Sainte Table, 1655) se compose de cinquante « méditations pour que ceux qui fréquentent la sainte communion puissent se préparer, communier et rendre grâces ». Ce livre, véritable exemple du style *cultiste* ou *gongorique* accumule les métaphores, les hyperboles et autres figures de rhétorique. Ce style correspond à ce qu'on a appelé *l'euphuisme* en Angleterre, le *marinisme* en Italie, la *préciosité* en France. Le chef de l'école cultiste fut Gongora, dont Gracián a fait, à différentes reprises, le plus vif éloge. Ce *Comulgatorio* aurait été, d'après Rouveyre, un livre écrit dans un but diplomatique pour faire passer le *Criticón* qui date de la même époque et dont l'esprit risquait de lui valoir des persécutions.

Le jésuite Gracián, pour mieux servir son vinaigre, distribuait tour à tour le sucre et la pommade.

Les trois ouvrages qui méritent vraiment notre admiration, sont :

El Discreto (le Discret) (1646).

L'Oraculo manual y Arte de Prudencia (Oracle Portatif et Art de la Prudence, 1647).

Le Criticón dont les trois parties ont paru successivement en 1651, 53 et 57, Schopenhauer en disait : « L'incomparable *Criticón*, peut être la plus grande et la plus belle allégorie qui ait jamais été écrite : c'est pour moi un des meilleurs livres du monde ».

Par le mot *discreto*, auquel il prête une signification élargie et assez particulière, dit Victor Bouillier, Gracián entend l'homme qui possède du discernement, du tact, de l'esprit, du savoir, du savoir-faire, un cœur bien né, de belles manières, enfin tout un ensemble de qualités à la fois sérieuses et agréables. La traduction française la moins imparfaite serait *l'honnête homme*, au sens du XVIIe siècle : son défaut est de ne pas impliquer nécessairement les qualités de savoir faire, d'adresse, que l'auteur attribue au *discreto*.

Les extraits qu'on choisit chez Bouillier donnent une haute idée de Gracián. Les pages sur l'Envie dans l'apologue intitulé : *Hombre de Ostentacion* m'ont emballé. Gracián emploie les termes d'allure bien moderne d'« anatomie de l'âme ».

L'Oracle portatif se compose de trois cents aphorismes que Amelot de la Houssaie traduisit en 1684 sous le titre de *l'Homme de cour.* « Le principal reproche que mérite Amelot, c'est d'avoir choisi ce titre qui correspond bien peu à une œuvre de telle portée physiologique et morale, outre l'inconvénient de laisser supposer que Gracián a voulu imiter le *Cortigiano*, de Bastiglione, ou *l'Honnête Homme* de Faret. André Rouveyre a ressuscité aux *Cahiers verts*, en 1924, chez Grasset, cette traduction, en corrigeant certains contresens (1). Il faudrait, ici, tout citer. Ce jésuite écrit d'une encre très acide. Voici des titres d'aphorisme : « Ne se point ouvrir, ni déclarer — modérer son imagination — trouver le faible de chacun (« il n'y a point de volonté qui n'ait sa passion dominante : et ces passions sont différentes selon la diversité des esprits... ») — connaître les gens heureux pour s'en servir et les malheureux pour s'en écarter (« la vraie science au jeu est de savoir *écarter* »), savoir se modérer dans la bonne fortune (« la brièveté de la jouissance est quelquefois récompensée par la qualité du plaisir. La Fortune se lasse de porter toujours un même homme sur son dos ») : savoir refuser, dissimuler, n'attendre pas qu'on soit soleil couchant (« il faut laisser les choses avant qu'elles nous laissent »). L'art de laisser aller les choses, surtout quand la mer est orageuse (ici j'ai, médecin, trop de plaisir à citer : « Très souvent, dit Gracián, les remèdes font empirer les maux. Quand la mer des humeurs est agitée, laissez faire à la Nature : si c'est la mer des mœurs, laissez faire à la Morale. Il faut autant d'habileté au médecin pour ne pas ordonner que pour ordonner : et quelquefois la finesse de l'art consiste davantage à ne point appliquer de remède..! une fontaine devient trouble pour peu qu'on la remue, et son eau ne redevient claire qu'en cessant d'y toucher ») — entrer sous le voile de l'intérêt d'autrui, pour rencontrer après, le sien, plus d'attention à ne pas faillir un coup qu'à en tirer cent (« Quand le soleil luit personne ne le regarde : mais lorsqu'il s'éclipse, chacun le considère »), etc ..., etc.... etc... se retenir de parler (« un cœur sans secret, c'est une lettre ouverte ») ne jamais laisser voir les choses qu'elles ne soient achevées (voir apprêter le manger le plus exquis, cela provoque plus le dégoût que l'appétit »).etc.. etc... ne jamais faire réparation à ceux qui n'en demandent point (« une excuse anticipée réveille un mécontentement qui dormait »), chercher quelqu'un qui aide à porter le faix de l'adversité. (Pour nous, confrères : « le médecin adroit qui n'a pas réussi à la guérison de son malade ne manque jamais d'en appeler un autre qui, sous le nom de consultation, l'aide à soulever le cercueil »), etc... etc... ne pas être très bon (« les oiseaux ne tardent pas à se moquer des mannequins »), se servir de l'expédient de l'absence pour se faire respecter ou estimer (« celui qui, étant absent, passe pour un lion, ne paraît qu'une souris étant présent. Les perfections perdent leur lustre si on les regarde de trop près, parce qu'on regarde plutôt l'écorce de l'extérieur que la substance et l'intérieur de l'esprit. L'imagination porte bien plus loin que la vue »), n'agir jamais durant la passion (« ceux qui voient jouer les autres jugent mieux que ceux qui jouent, parce qu'ils ne se passionnent pas ») etc... etc... être plutôt fou avec tous, que sage tout seul...

Je termine sur cet aphorisme qui rappelle singulièrement celui qu'écrira plus tard La Rochefoucauld « C'est une grande folie de vouloir être sage tout seul ». Je ne cite rien du *Criticón* car si je commençais à cueillir pour vous toutes les idées que mon crayon a soulignées, le numéro du journal n'y suffirait pas.

***

André Rouveyre a fait précéder ces « *Pages caractéristiques* d'une très substantielle préface de 116 pages. Il y montre l'importance de Gracián dont l'œuvre fut maintes fois rééditée et qui subit une éclipse en France de 1808 à 1924. N'ayant pas assez de mépris pour le « romantisme bovin », cause pour lui de cette éclipse, ce dessinateur, au talent puissant et âpre, devenu un de nos plus vigoureux penseurs, dénonce « l'inflation des valeurs nulles dont M. Anatole France était le type illustre », groupe « les contemporains négligés, ou dépouillés, que le temps gardera : Jean Moréas, Jules Soury, Remy de Gourmont, Guillaume Apollinaire » et situe Gracián parmi les Loyola, Descartes, Pascal, Kant, Schopenhauer et Nietzche. Il montre combien fut grande l'importance du Jésuite espagnol au XVIIe siècle. Son premier livre, *El Horoe*, huit ans après sa parution dans son pays d'origine, reçut, coup sur coup, en France, la nationalisation d'une traduction, et la consécration d'une contrefaçon non dissimulée. Dix-huit des maximes de La Rochefoucauld sont nettement des traductions de Gracián. MM. Bouillier et Coster ont montré que Mme de Sablé, collaboratrice de la Rochefoucauld, avait probablement connu, en espagnol, toute l'œuvre de Gracián, et en avait copié des maximes que la Rochefoucauld s'appropria sans savoir d'où elles venaient.

Schopenhauer eut un culte pour Gracián. André Rouveyre insiste longuement sur les affinités et les différences de Loyola, de Kant, de Schopenhauer et de Nietzsche.

Ignace de Loyola « fut, de tout temps, le plus habile démonteur du mécanisme humain, et l'inventeur du plan de construction propre au dressage et à la marche de l'individu selon sa « personnelle propriété », mais il veut l'écrasement de l'homme sous l'idée religieuse. Gracián, lui, ne renie pas sa religion, mais il l'oublie. Comme dit un dicton espagnol : *Es una cosa predicar, y otra vender trigo* (autre chose est de prêcher, autre chose est de vendre son blé).

Kant, maître de Schopenhauer (qui s'insurgera contre sa métaphysique), nous apporte la certitude de l'impossibilité de connaître, mais est rongé par la « métaphysique-cancer ». Réfractaires à ses dogmes métaphysiques, Schopenhauer et Nietzsche ont réagi, mais tandis que le premier aboutit au renoncement, le second aboutit au « *pessimisme des forts* » qui se concilie très bien avec la poursuite de toutes les compensations que peut offrir la vie, si mauvaise soit-elle.

Gracián, à ce point de vue, s'apparente à Nietzche. Ce jésuite, qui ne se fait aucune illusion, s'aide d'œuvres sucrées pour faire passer ses œuvres amères : ce puissant dédaigneux sait flagorner à l'occasion : ce sculpteur de pensées sobres et dures sait employer les fioritures du gongorisme. Il est si lucide, si fort, que, dit Rouveyre, « son œuvre pourrait naître aujourd'hui d'un homme formellement instruit par ces trois siècles derniers, et qui, au surplus, écartant tout le spécial de la spéculation philosophique, en donnerait la moelle ainsi épurée, tel que le réalise Gracián, dans une œuvre d'art concrète. »

Mais, tandis que Nietzsche, malade, inquiet, syphilitique, « bouillonne et fulmine, Gracián médite, comprend, sape, désigne et ricane ». Plus il avance dans sa vie et plus il rompt résolument avec l'obéissance et l'idée de Dieu dans ses écrits. « Ce prêtre se préoccupe, non du ciel, mais du monde. Sa recherche dominante est d'enseigner, non pas comment on fait son salut, mais comment on fait son chemin. » C'est, plusieurs siècles d'avance, la contre-partie de la morale de Kant et de la morale altruiste de Schopenhauer. C'est tout Nietzsche. Mais tandis que Nietzsche est révolutionnaire, « Gracian, maître de lui, reste calculateur des circonstances, froid expérimentateur, et sur un fond sarcastique, où il n'est attaquable sous aucun angle, car il ne *veut* rien : il contemple et fouette ».

Tout ceci prouve combien il faut remercier les André Rouveyre, les Victor Bouillier, les Adolphe Coster et les Morel-Fatio d'avoir ressuscité la grande figure de Baltasar Gracián.

Paul VOIVENEL.

(1) André ROUVEYRE. — *L'homme de Cour*, Grasset, 1924.

VARIA

Les cheveux peuvent-ils blanchir subitement ou tomber sous le coup d'une émotion violente et brusque ?

... Lorsque le médecin, qui revint vers l'aurore,
La vit près du blessé le faisant boire encore,
Et soutenant le verre avec ses doigts tremblants,
Il s'aperçut qu'Irène avait les cheveux..... blancs.
(FRANÇOIS COPPÉE. *La Veillée.*)

Nous avons tous entendu conter une histoire où se trouve relatée semblable constatation.

S'agit-il d'une réalité — sientifiquement inexplicable à l'heure actuelle — ou bien d'une de ces légendes qui se comportent à travers les ans dans les conversations et la littérature ?

« *Le lendemain, Irène avait les cheveux blanes !...* »

Qui ne se rappelle ce dernier vers d'une des plus belle pages de François Coppée, l'auteur si sincère, qui reste un des bons souvenirs de nos années de collège ?

J'interrogeai un jour le maitre Sabouraud à ce sujet. Il me répondit qu'il n'avait jamais constaté de cas certains, que ceux qui lui avaient été rapportés avec le maximum de garanties se passaient toujours vers l'âge de la quarantaine, à l'époque où l'on se teint les cheveux, manipulation que fait subitement oublier une émotion grave survenue brutalement dans une existence.

Toujours est-il que je sais plusieurs histoires qui me sont quasi personnelles et que sans commentaires, je résume ici :

1er *cas* : Le 17 août 1914, le Conseil de Guerre, réuni à Louvain, avait à juger trois individus convaincus d'espionnage : Rommel, Troupin et sa maitresse. Le Conseil de guerre était présidé par mon père, le lt-colonel Bernard, commandant alors le 1er Rég. de Chasseurs. L'inculpée avait 33 ans, elle avait les cheveux châtains. Deux émotions violentes l'avaient saisie au cours de l'audience ; la première est celle-ci : à un moment donné — tragique coïncidence — mon père reconnut brusquement en cette femme, qui niait avoir été à Liège au début des hostilités, une pseudo-infirmière qu'il avait rencontrée dans la nuit du 5 août, à Sart-Tilmant (Liége) près de son poste de commandement, pendant le combat, et qu'il avait fait expulser de cet endroit où sa présence lui avait paru suspecte : elle avait donné à des patrouilles des indications fausses sur la position de l'ennemi, et l'une d'elles était tombée, après, dans une embuscade.

Sentant que ce témoignage inattendu allait lui être fatal, elle eut une soudaine défaillance. Le soir, lorsque mon père lut le jugement qui condamnait les trois inculpés à la peine de mort, elle tomba en syncope. Cette femme, je le répète, avait les cheveux châtains. Le lendemain matin, à l'exécution, au tir national de Louvain, mon père fut frappé de voir l'inculpée arriver au poteau, les cheveux blanchis ; et l'auditeur militaire, Mr Fraipont, qui assistait également à la funèbre cérémonie, fit la même constatation.

Mon père a noté la chose dans son carnet de campagne, et l'a souvent racontée dans la suite. Après l'exécution — elle n'était pas morte sur le champ et le coup de grâce fut nécessaire — ils s'approchèrent du cadavre pour mieux se rendre compte du phénomène : il était indiscutable ; cette femme avait blanchi, ou du moins grisonné très fort au point de paraître blanchie, dans l'espace de la nuit.

(L'histoire de cette triple exécution est restée célèbre dans les annales de la guerre en Belgique parce que les Allemands ayant découvert le compte rendu du procès dans les archives d'un de nos ministères, l'affichèrent dans le pays, comparant, à celle de Miss Cavell, la condamnation de cette créature qui trahissait sa patrie.)

2e *cas* : En 1900, un de mes parents revenait en voiture attelée d'un cheval, d'un dîner de nouvel an, vers les 10 heures du soir, en compagnie d'un de ses amis (40 ans environ) ; l'obscurité trompa l'attelage, qui fut précipité dans une petite rivière.

Mon parent, immobilisé sous la voiture fut trouvé mort le lendemain matin. Son compagnon s'étant enfui, erra toute la nuit à travers les bois, et fut retrouvé le lendemain, ignorant ce qui s'était passé : il était, de châtain foncé, devenu tout grisonnant ; et je puis affirmer qu'il ne se teignait pas.

Autres cas : Je connais d'autres faits semblables dont les relations ne sont pas douteuses : C'est ce médecin de grande station thermale française et bien connu en Belgique qui, il y a quelques années, à la suite d'une grande peine brusquement déterminée un certain soir, se lève le lendemain matin avec une plaque de cheveux blancs, grande comme une pièce de cinq francs, dans la région occipitale.

C'est aussi ce typographe de 27 ans que je connais et qui, après une nuit où il fit un affreux cauchemar, se réveilla grisonnant le lendemain.

Un cas de blanchiment analogue fut observé l'an dernier à l'Hôpital d'Etterbeek par mon ami Vernaux qui me le décrivit alors.

Faut-il rapprocher de ces faits des pelades subites ? Le Dr Bourguignon, de Jumet, m'en adressa deux l'année dernière : un petit garçon malade est laissé seul dans le moulin de son père pendant une journée ; à un moment donné il entend dans le bâtiment des hommes circuler et enlever des objets. Il croit à des voleurs, alors qu'il s'agissait d'ouvriers meuniers qui venaient chercher des sacs. Lorsque les parents revinrent ils trouvèrent l'enfant en pleine stupeur ayant cru qu'il allait être assassiné. Deux ou trois jours après, les cheveux tombèrent en touffes épaisses, laissant d'énormes plaques peladiques.

L'autre malade, que je vis, accompagne son père qui se rend à une gare des environs de Charleroi. Celui-ci, en cours de route, est abattu à coups de fusil sous les yeux de son fils. Les journaux ont relaté le fait et l'agresseur ne fut jamais découvert. Peu de jours après les cheveux tombent en masse d'un côté du crâne, devenu absolument dénudé sur une moitié de la tête, la zone de calvitie s'arrêtant exactement à la ligne médiane.

Je n'interprète pas ces faits ; je me borne à les résumer, ne m'inquiétant pas de savoir si on peut les expliquer. Je pense que l'artifice de toilette invoqué n'est pas applicable dans ces cas — et certainement pas pour les calvities brusques ! — ; mais les faits existent. Le sympathique est à la mode et quelqu'un que j'interrogeais l'a inculpé de ces méfaits. Je ne comprends pas, surtout pour les troubles pigmentaires ; j'enregistre tout simplement.

Et je demande à mes confrères qui ont *observé* des histoires analogues de me les faire connaître. Qu'ils m'en disent les circonstances sans oublier l'*âge du sujet*.

Quand j'en aurai quelques-uns, je les publierai, avec noms d'auteurs, s'ils m'y autorisent.

Mais il y a là un petit point d'histoire médicale qu'il serait bon d'élucider, car il n'est pas inutile de savoir s'il est bien vrai que « *le lendemain Irène* pouvait avoir *les cheveux blancs* ».

R. B.

(*Bruxelles médical*, 6 sept. 1925).

Le Cérémonial funèbre de la Faculté de Médecine de Montpellier

L'antique Faculté de Montpellier, dit le Pr Delmas (*Montpellier Médical*, 15 août 1925) « maintient si entière, aujourd'hui « encore sa déférence pour ses anciens usages, que, sur plus d'un « point, le spectateur averti se peut croire reporté à plusieurs « siècles en arrière »

On en jugera par ces pages curieuses que le Professeur Montpelliérain vient de consacrer au *Cérémonial funèbre de la Faculté de Médecine de Montpellier*.

« Les honneurs funèbres que l'Ecole rend de nos jours à ses membres, sont, de près, calqués sur le cérémonial dont un in-folio des archives de la Faculté, publié en 1879 par le savant GERMAIN, conserve le pittoresque exposé.

Sitôt informé de la mort d'un professeur, le chancelier faisait sonner le glas à la cloche de l'Université, jusqu'après les obsèques ; et ses collègues, convoqués à cet effet, déléguaient deux d'entre eux faire compliment au plus proche parent ou à l'héritier.

Pour l'enterrement, tous les professeurs, docteurs agrégés et docteurs ordinaires, se rendent, à l'heure assignée, dans le Conclave, d'où, en robe et bonnet, chancelier en tête, précédés du bedeau, portant sa masse couverte d'un crêpe noir, et suivie des conseillers des écoliers, aussi en robe, la Compagnie en corps, escortée des étudiants, marchant modestement deux à deux, se rend chez le défunt, pour prendre part au convoi.

L'agencement en est réglé avec rigueur. Premier échelon : les religieux et les prêtres, immédiatement suivis de quatre docteurs en robe et en bonnet carré, portant le drap de velours noir. Deuxième échelon : portée par quatre hommes vêtus de noir, sur un drap noir dont les quatre bouts sont tenus par quatre écoliers en vêtements noirs, la bière où repose le défunt à découvert ; en tête son bonnet avec le panache de pourpre : chaussé de bottines blanches avec des éperons dorés, ganté de blanc, le corps vêtu de la robe rouge à double camail herminé de cérémonie, un livre au coté, une épée nue mise en croix avec son fourreau. La bière, — derrière laquelle marche un bachelier, en robe et bonnet, portant ouvert le livre d'Hippocrate couvert d'un crêpe noir tombant jusqu'à ses genoux, — est encadrée, devant et derrière, par des pauvres portant allumés des cierges de cire blanche. Troisième échelon, lui-même en trois groupes : d'abord, précédée du bedeau, en robe et bonnet, portant la masse d'argent enveloppée de crêpe, toute la compagnie, savoir : le chancelier en tête, les professeurs, docteurs agrégés, docteurs ordinaires et licenciés, portant robes longues et bonnets ; derrière eux, toute la troupe des étudiants ; ensuite, portant le deuil, les parents du mort, accompagnés par des docteurs en robe ; enfin, un grand concours de peuple.

A la messe, les professeurs reçoivent, les premiers, les jetons et sont aussi les premiers à l'offrande ; l'inhumation faite, dans les caveaux de l'église le plus souvent, ils saluent les parents qui les attendent à la porte, et rentrent ensuite en cortège au Conclave. Là, enfin, le professeur qui doit présider la prochaine soutenance de thèse, prononce une oraison funèbre au sujet de la perte qu'a faite l'Université.

Quand le défunt n'a point exercé la charge de professeur jusqu'à vingt années, pour avoir le titre et la qualité de comte palatin, le cérémonial se simplifie, car au lieu de l'exposition à visage découvert, la bière où est le corps est couverte d'un drap noir sur lequel sont déposés le bonnet avec son floc rouge, la robe de cérémonie, et un livre ouvert, non couvert de crêpe.

Pour un démonstrateur royal — charge intermédiaire aux fonctions de chargé de cours et de chef des travaux — sensible simplication, en ce sens que ne figure plus au cortège le bachelier portant le livre d'Hippocrate.

S'agit-il d'un docteur ordinaire, fût-il de grande réputation, tel l'illustre Vieussens, dont le professeur Deidier est le gendre, la compagnie députe seulement un professeur et un docteur agrégé, tous deux en robe longue, pour accompagner le deuil. Il en est de même pour un étudiant, sauf que, pour lui, les exercices de l'Ecole sont chômés pendant la cérémonie, et que la Faculté, s'il est pauvre pour faire les frais d'un suffisant décorum à ses obsèques, les impute à la charge de la caisse commune.

Le cérémonial funèbre d'aujourd'hui s'inspire grandement de ces anciens usages, en ce qui concerne le règlement intérieur de la Faculté : mais, depuis la fusion officielle des Facultés de médecine dans l'Université de France, par les décrets de 1806-1808, la participation des autres Facultés est de règle, tout au moins pour les plus hauts échelons ; le respect de la hiérarchie y est, pour le moins, aussi marqué que dans le passé, et la mort elle-même n'a pas le pouvoir d'y rapprocher les degrés.





CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

Services Automobiles de la Bourgogne

Pour permettre la visite des vignobles fameux et des sites pittoresques de la Bourgogne, la Compagnie P.-L.-M. mettra en circulation des Services automobiles désignés ci-après :

Les dimanches et jeudi, du 20 juin au 25 septembre, un circuit passant par Clos-Vougeot, Beaune, Pouilly-en-Auxois, Val-Suzon, Talant. Prix : 45 francs.

Les mercredi et samedi 20 juin au 23 septembre, un circuit passant par St-Seine-l'Abbaye, Alise-Ste-Reine, Flavigny, Semur, St-Thibault, Vitteaux et Sombernon. Prix : 55 fr.

Les voitures assurant ces services partent de la gare de Dijon à 8 h. et y reviennent pour permettre aux voyageurs de prendre le train express n° 102 pour Paris (départ 18 h. 30).

Un professeur titulaire, ou passé à l'honorariat, vient-il à décéder, le recteur en avise aussitôt tous les doyens, en vue des honneurs à rendre au défunt. Dès lors tous les cours et actes scolaires vaqueront à la Faculté de médecine jusqu'après les funérailles. Ils ne seront suspendus dans les autres Facultés que pendant la durée des obsèques.

Convoqué par le doyen, le Conseil, sauf volonté contraire du défunt, délibère sur l'achat d'une couronne et la désignation du professeur, de la discipline du mort, qui portera la parole au nom de la Faculté. Au sortir de la séance, le Conseil en corps va présenter ses condoléances à la famille.

Le jour des obsèques arrivé, toutes les Facultés, appariteurs y compris, avec leurs masses, et une délégation de l'enseignement secondaire, chacun en robe et en toque, se rendent en voiture au domicile du défunt où doit s'organiser le cortège. A l'appel du maître de cérémonies, le convoi s'ébranle. Comme dans l'ancien temps, trois échelons encore, quoique modifiés par l'adjonction du corps universitaire. Premier groupe : le clergé sauf dispositions testamentaires particulières. Il est suivi du drapeau de l'Union générale des étudiants, cravaté de deuil, et entouré de délégations d'étudiants. Après eux, un drap d'honneur, porté par quatre notabilités, marque la part que la ville prend au deuil. Deuxième échelon : l'Université tout entière encadrant le corbillard portant le cercueil recouvert d'un drap noir sur lequel sont posées la toque et la robe de satin cramoisi avec son double camail, fourré d'hermine. Les cordons du poêle sont tenus par quatre personnes d'un rang distingué. Devant le corps, les autres Facultés, en robe, chacune précédée de son appariteur en costume et portant la masse recouverte de crêpe. Elles marchent dans l'ordre inverse de leurs préséances, pharmacie, lettres, sciences, droit, et sont suivies du Conseil de l'Université entourant le recteur. Derrière le corps, la Faculté de Médecine. En premier lieu, son appariteur en robe noire et en toque, portant la masse voilée de crêpe. Il est immédiatement suivi d'un étudiant désigné par la Faculté ; c'est celui qui est le plus prêt de sa soutenance de thèse. En robe et en toque noires, il porte, voilé de deuil, le livre d'Hippocrate, et précède immédiatement la Faculté en corps, professeurs en robe de grande tenue

et agrégés en robe de petite tenue. Troisième échelon : le deuil conduit par le doyen de la Faculté. Suivent en foule la famille, tous ceux, étudiants y compris, qui veulent rendre les derniers honneurs au défunt.

Après la cérémonie reglieuse, le cortège se rend dans l'établissement où enseignait le défunt : Faculté seulement, s'il s'agit d'une chaire de sciences ; Hôpital Général ensuite, au cas d'un chef de service hospitalier. Dès que le corps est en vue, la cloche qui, autrefois, sonnait son cours et sa visite, va tinter le glas jusqu'à la fin de la cérémonie. Sur le seuil, les élèves du mort se saisissent du cercueil, qu'ils porteront jusqu'à la grande cour de l'hôpital, ou celle de la Faculté. Les dernières prières dites, et avant la dislocation du convoi, c'est l'heure des discours : l'un officiel, par le professeur qui parle au nom de la Faculté ; l'autre, prononcé par un élève du maître disparu, auquel s'ajoute, s'il était ancien interne, un dernier éloge funèbre par le Président de l'Association des anciens Internes.

Pour un agrégé en exercice, rappelé en exercice, ou un charge de cours, simplification notable. Les actes ne sont suspendus que pendant la cérémonie ; point de couronne, ni de visite du Conseil en corps. Les autres Facultés n'envoient qu'une délégation de deux membres.

L'agrégé est-il sorti d'exercice, le lien officiel se fait plus ténu encore. Si tous les agrégés se croient dans l'obligation d'escorter en robe leur ancien collègue, la Faculté ne délègue officiellement que trois de ses professeurs, et les autres n'y figurent pas, non plus que l'appariteur ni le livre d'Hippocrate.

Aux obsèques d'un étudiant, enfin, la participation de la Faculté est réduite au minimum. Un professeur et deux agrégés, en tenue, se rendront en voiture au domicile du défunt, pour représenter dans le cortège l'école au nom de laquelle lui sera adressé un dernier adieu.

♣ ♣ ♣

BIBLIOGRAPHIE

Le Dr Pélissier et son œuvre artistique, Par Jules Regnault. **Plaquette** in-8°, 40 pages, 28 illustrations, 1925. Prix : 5 fr. Librairie Maloine, 27, rue de l'Ecole de-Médecine, Paris (VIe).

Lors de la catastrophe du dirigeable *Dixmude*, dans laquelle périt le Dr Pélissier, la grande presse appela l'attention sur les curieuses peintures murales dont ce médecin de la Marine avait décoré les murs du Carré des Officiers du Centre aéronautique de Cuers-Pierrefeu.

Mais ces peintures ne constituent qu'un petit fragment de l'œuvre artistique de Pélissier, qui dessinait, peignait, sculptait et modelait, sans appartenir à aucune école, on pourrait dire « sans avoir appris ».

Au dernier Salon des médecins on a pu dire que son *Joueur de boules* a été le clou du Salon.

M. le Dr Jules Regnault a consacré au Dr Pélissier et à son œuvre artistique un petit volume, où la documentation attentive appuie l'étude psychologique de ce curieux esprit. Une courte biographie, qui résume la vie et les travaux scientifiques du Dr Pélissier précède l'examen très circonstancié des œuvres d'art, et des illustrations nombreuses sont camme une rétrospective de cette œuvre.

Annuaire général 1925 des officiers du service de santé. Prix broché : 11 fr. ; relié : 13 fr. 50.

Cette annuaire qui vient de paraître chez les éditeurs Charles Lavauzelle et Cie forme un volume in-8° de 462 pages. Il comprend, pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 1er août 1925, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du Service de Santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants infirmiers et renferme la liste des élèves de l'Ecole du Service de Santé.

FONDÉ EN 1873. — N° 40. **Le Numéro : 50 Centimes** 3 OCTOBRE 192

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le **SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ**

France et Colonies	**35** fr.
Belgique et Italie	**45** fr
Étranger 1re zone	**55** fr.
Étranger 2e zone	**70** fr

Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des Hôpitaux et Hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 5 novembre 1925, à quatorze heures, dans l'amphithéâtre de la *Pharmacie centrale des hôpitaux*, quai de la Tournelle, 47.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), de quatorze heures à dix-sept heures, depuis le jeudi 8 octobre jusqu'au lundi 19 octobre 1925 inclusivement.

Amphithéâtre d'Anatomie. — M. le professeur Pierre SÉBILEAU, Directeur des travaux scientifiques. *Avis* : Un cours de médecine opératoire générale, pour : Elèves, par M. le Dr Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 19 octobre 1925, à 2 heures et continuera les jours suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 200 francs, gratuit pour internes et externes. Se faire inscrire : 17, rue du Fer-à-Moulin.

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 26 octobre 1925.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et être âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 17 octobre, à seize heures.

CONDITIONS D'ADMISSION A CONCOURIR ET NATURE DES ÉPREUVES. — Sont admis à concourir :

A. — *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et qui justifient de leur assuidité aux travaux pratiques de 1re année.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire :

3° Les candidats pouvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire :

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire.

B. — *Nouveau regime d'études.* — Les candidats pourvus de quatre huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à quatre inscriptions ; Une composition d'anatomie : Ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie.

Etudiants à huit inscriptions : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou composition d'histologie.

b. Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine.

b. Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine.

b. Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de doctorat en médecine de 1re année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de la mention bien audit certificat.

Université de Strasbourg. — Le *Journal Officiel* du 16 septembre 1925 publie le décret suivant, en date du 8 septembre 1925, portant incorporation dans les cadres généraux du personnel enseignant et scientifique et du personnel scientifique non-enseignant de l'Université de Strasbourg :

« ARTICLE PREMIER. — Les membres du personnel enseignant et scientifique des facultés de l'Université de Strasbourg nommés au titre et selon les règlements du statut local sont respectivement incorporés dans les cadres généraux correspondants, savoir :

Professeurs :

Chargés de cours et maîtres de conférences ;

Chefs de travaux ;

Préparateurs,

avec le grade, à la classe et avec l'ancienneté de classe déterminée pour chacun d'eux, par la durée de ses services.

Les trois fonctionnaires dont les noms suivent et qui rentrent dans la catégorie définie par l'alinéa 1er du présent article, sont incorporés conformément aux dispositions dudit alinéa.

M. le docteur Schaaf, radiologiste à la Faculté de medecine, dans le cadre des préparateurs des facultés de médecine des départements.

M. Burr, conservateur adjoint du musée zoologique, dans le cadre des chefs de travaux des facultés de médecine des départements.

M. Scherdlin, conservateur adjoint du musée zoologique, dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

ART. 2. — Les membres du personnel enseignant et scientifique des facultés et de l'observatoire de l'Université de Strasbourg, nommés depuis le 11 novembre 1918 et n'appartenant ni au cadre local ni au cadre général, mais remplissant les conditions prévues par les règlements qui régissent ce dernier cadre, sont respectivement incorporés dans les cadres généraux correspondants, savoir :

Professeurs ;

Chargés de cours et maîtres de conférences ;

Chefs de travaux ;

Préparateurs,

avec le grade, à la classe et avec l'ancienneté de classe qu'ils auraient acquis s'ils avaient été nommés dans les conditions normales.

Les quatre fonctionnaires dont les noms suivent et qui rentrent dans la catégorie définie par l'alinéa 1er du présent article sont incorporés conformément aux dispositions dudit alinéa ;

M. Briguet, conservateur des collections du service de la carte géologique d'Alsace et Lorraine, dans le cadre des chefs de travaux des facultés des sciences des départements.

Mlle Gillet, secrétaire du service de la carte géologique d'Alsace et Lorraine, dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

M. le docteur Ohlmann, radiologiste à la faculté de médecine, dans le cadre des préparateurs des facultés de médecine des départements.

Mme Houard, conservateur des collections de l'institut de botanique de la faculté des sciences dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

Art. 3. — Les fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg sont exercées soit par des agrégés soit, à titre transitoire, par les chargés de cours actuellement en service, qui sont incorporés dans le cadre général sans modification d'appellation ni d'attributions.

Le traitement des chargés de cours visés à l'alinéa précédent est égal à celui des agrégés sans toutefois que cette disposition puisse réduire le montant de leurs émoluments actuels.

Les dispositions des décrets des 13 mars 1924 et 6 février 1925 sont applicables à ces chargés de cours.

Art. 4. — L'emploi de directeur du service de la carte géologique d'Alsace et de Lorraine est maintenu dans le cadre du personnel de l'Université de Strasbourg jusqu'à la cessation des fonctions de son titulaire actuel. Le traitement y afférent est celui de professeur de faculté.

M. de Margerie, directeur du service de la carte géologique d'Alsace et de Lorraine, est incorporé dans le cadre du personnel de l'Université de Strasbourg, à l'emploi prévu à l'alinéa 1er du présent article.

Art. 5. — Le présent décret prend effet du 1er janvier 1924.

Institut du radium. (Fondation Curie). — *Enseignement de la radiologie médicale.*

Le Dr A. Béclère, médecin honoraire des Hôpitaux, commencera, le lundi 19 octobre, à 9 heures du matin, *au dispensaire de la Fondation Curie*, 26 rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants à la même heure, une série de conférences sur les *premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Lundi 19 octobre. — L'énergie radiante.
Mardi 20 octobre. — La découverte de Rœntgen.
Mercredi 21 octobre. — Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.
Jeudi 22 octobre. — Les mesures du rayonnement de Rœntgen.
Vendredi 23 octobre. — L'énergie électrique.
Samedi 24 octobre. — Les mesures électriques.
Lundi 26 octobre. — Les générateurs et les transformateurs.
Mardi 27 octobre. — Les interrupteurs, les soupapes et les rhéostats.
Mercredi 28 octobre. — Les dynamos et les courants alternatifs.
Jeudi 29 octobre. — Les divers modes d'emploi des courants alternatifs.
Vendredi 30 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.
Samedi 31 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à vide.
Lundi 2 novembre. — La technique de la radioscopie.
Mardi 3 novembre. — Les images de Rœntgen.
Mercredi 4 novembre. — La technique de la radiographie.
Jeudi 5 novembre. — Stéréoradioscopie, stéréoradiographie et cinéradiographie.
Vendredi 6 novembre. — Les bases biologiques de la rœntgenthérapie.
Samedi 7 novembre. — Les bases physiques de la rœntgenthérapie.
Lundi 9 novembre. — La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle.
Mardi 10 novembre. — La technique générale de la rœntgenthérapie profonde.
Jeudi 12 novembre. — La radioactivité et les substances radioactives.
Vendredi 13 novembre. — Les bases biologiques et physiques de la curiethérapie.
Samedi 14 novembre. — Les divers modes d'application de la curiethérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les Etudiants et Docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le Laboratoire de Radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le Dr Solomon ; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 26 octobre, est de **150** francs et sera acquitté entre les mains du Dr Solomon.

Ecole française de stomatologie (20, Passage Dauphine), Paris. — l'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement, donné par des médecins spécialistes et techniciens, comprend :

1° La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.
2° Des cours speciaux sur les différentes branches de la Stomatologie.
3° Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au Docteur Bozo, Directeur de l'Ecole 20, Passage Dauphine, Paris.

Nécrologie. — Dr Henri Luc, de Paris. — Giraud, d'Oullins.



Opothérapie Hématique *Totale*

SIROP de

DESCHIENS

à l'Hémoglobine vivante

Renferme intactes les Substances Minimales du Sang total

MÉDICATION RATIONNELLE DES

Syndromes Anémiques
et des
Déchéances organiques

Une cuillerée à potage à chaque repas.

DESCHIENS, Docteur en Pharmacie, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8e)

R. C. Seine : 207.204-B

L'ABSORPTION "PERLINGUALE"

de la

TRINITRINE

EST RÉALISÉE AVEC LES DRAGÉES A NOYAU MOU

de

TRINITRINE CAFÉINÉE DUBOIS

qui

CROQUÉES

permettent une

DIFFUSION INSTANTANEE

et par là même une

ACTION IMMÉDIATE

De 2 à 10 dragées par 24 heures suivant prescription médicale.

OPOTHÉRAPIE

du

DIABÈTE

par la

PANCRÉPATINE "LALEUF"

CAPSULES GLUTINISÉES A BASE D'EXTRAIT SPÉCIAL BIGLANDULAIRE

de

PANCRÉAS

et de

FOIE

De 6 à 12 par 24 heures au cours des repas

Littérature et Échantillons : **LABORATOIRES LALEUF**, 49, Avenue de la Motte-Picquet, PARIS XVe

TRAVAUX ORIGINAUX

Radiothérapie du cancer du rectum [1]

Par le Dr **Marcel JOLY**,

Assistant d'électroradiologie des hôpitaux de Paris.

Dans la littérature de la thérapeutique par les radiations, on ne rencontre guère d'observation de traitement du cancer du rectum ou du côlon terminal par les seuls rayons X. La plupart des observations, pour ne pas dire toutes, comportent un traitement radiochirurgical où les radiations du radium jouent le rôle le plus important. Il m'a donc semblé intéressant de vous rapporter deux observations de néoplasme du rectum considérablement améliorés (puisqu'on doit bannir le terme « guéri » des observations radiothérapeutiques) à la suite d'un traitement par les rayons X.

Première observation (Observation n° 143).

Le premier cas concerne une malade de 61 ans dont les symptômes de début remontent à septembre 1922 : selles sanguinolentes, signes de petite occlusion intestinale.

Un examen radiologique est fait après ingestion d'un repas opaque (Dr Garcin) : arrêt momentané au début du sigmoïde : un second examen est fait après lavement opaque (Dr Aubourg) : arrêt à la partie moyenne du transverse.

Une laparotomie est pratiquée par le professeur Gosset (17 février 1923). Tout l'intestin est exploré : on constate l'intégrité du cæcum, du transverse, du côlon descendant et l'existence d'une tumeur adhérente aux plans profonds, en avant du sacrum et à gauche, portant sur le côlon sigmoïde et la partie terminale du rectum. On fait simplement un anus iliaque.

Cet anus iliaque est bien toléré. Une rectoscopie est faite le 9 mars par le Dr Loeper, le rectoscope est arrêté à 14 cm. par une masse dure recouverte en doigt de gant par une muqueuse saine et frangée.

Il ne peut être question de tuberculose, la réaction de Wassermann est négative. On se trouve donc en présence d'un cancer recto-sigmoïdien du type infiltré.

L'état général est assez bon, l'appétit est conservé. Le poids au 11 mars est de 48 kg.

L'examen du sang donne le résultat suivant :

H — 90.
Globules blancs : 16.200.
Globules rouges : 4.620.000.

Polynucléaires { N. 82,1 % ; E. 1,6 %. Mononucléaires { G. 3 %. L. 13,1 %

Urines { albumine : néant. sucre : 0 gr. 18 par litre.
Constante d'Ambard : 0.07.

Le traitement de radiothérapie appliqué du 12 au 21 mars 1923 est décrit dans le tableau suivant :

Date	Région	Dose	E	I	Focus	Filtre	Local
12 mars 1923	suspubienne méd.	1.800 R	40 cm.	3mA	30	Zn $\frac{20}{10}$ Al $\frac{10}{10}$	8 × 10
13 —	sacrolombaire g.	1.400 R	—	—	—	—	12 × 12
14 —	sacrolombaire droite	1.400 R	—	—	—	—	—
15 —	périnéale gauche	1.200 R	—	—	—	—	—
16 —	périnéale droite	1.200 R	—	—	—	—	—
17 —	sacrolomb. gauche	1.000 R	—	—	—	—	—
19 —	sacrolomb. droite	1.000 R	—	—	—	—	—
20 —	périnéale gauche	1.000 R	—	—	—	—	—
21 —	périnéale droite	1.000 R	—	—	—	—	—

Mes calculs de taux en transmission à l'aide du fantôme me permettent de chiffrer à 2.800 R. la dose profonde reçue par la lésion.

Sang : le 15 mars H — 80 GB 12.400
Sang : le 22 mars H — 80 GB 7.300

Le 15 mars : Poly { N 87,7 % E 0,92 % Mono { g 4.4 % L 6,9 %

Le 22 mars : Poly { N 73,4 % E 6,4 % Mono { G 6,1 % L 13,9 %

Sang le 15 mai H — 90 ; GB 6.400 Poly { N 78,1 % E 1,3 %
Mono { G 4,8 % L 15,6 %

Sang le 29 mai H — 90 ; GB 7.800 Poly { N 76,3 % E 1,6 %
Mono { G 3,3 % L 18.6 %

10 juillet H — 90 ; GB 6.200 Poly { N 78,7 % E 0.26 %
Mono { G 4 % L 16,9 %

Réactions : Le 14 mars. Fatigue, asthénie, avec mouvement fébrile dans le courant de la soirée et de la nuit précédente.

Le 17 mars. Légère lombalgie, quelques douleurs vésicales fugaces. Légère diarrhée, sans coliques, gain de 300 gr.

Le 22 mars. Très légère fatigue, sans autre réaction générale, sans température, sans coliques, sans diarrhée.

Rectoscopie : Le rectoscope pénètre facilement jusqu'à 15 cm., à ce point, on rencontre une résistance douloureuse. Sur une longueur de 3 cm. la muqueuse est ulcérée saignant facilement. Une sorte de purée fétide sort de cet endroit. Au-dessous, la muqueuse se déplisse normalement, elle est un peu rougeâtre et légèrement œdématiée.

Le 29 mars. La malade a eu quelques évacuations rectales striées de sang.

Le 1er juin. Bon état général ; la maladie engraisse. Au toucher, muqueuse souple et lisse. Rectoscopie : muqueuse lisse et saine jusqu'à 20 cm. Déplissement normal. Vers les 10e et 8e centimètres, la muqueuse est friable, saigne facilement : les lésions ressemblent à de la radiomuqueuse.

Le 9 juillet. Augmentation de poids de 2 kilog.

20 août. Poids 54 kg., excellent état général, ventre souple, rien au toucher rectal.

27 octobre. Bon état général. Rectoscopie : le rectoscope est arrêté à 15 cm. A cet endroit, la muqueuse est tapissée de matières molles, au-dessus la muqueuse est rouge sombre et saigne au contact. L'anus est irrité.

8 février 1924. Perte de poids de 500 kg. sur la dernière pesée. Rectoscopie : rectoscope arrêté à 14 cm., muqueuse violacée, irrégulière, à 13 cm. ulcération à fond sagneux, baignant dans un liquide putride, couleur café au lait ; en dessous muqueuse saine, muqueuse éraillée sur toute la lumière anale. Début d'une série d'injections intra-musculaire de cuivre et magnésie.

26 février. Perte de poids de 1 kilog.

Sang : H 90 GR 4.560.000
GB 16.900

Poly { N 86.7 % E 0.34 % Mono { G 4.7 % L 8.1 %

(1) Communication faite au Congrès de l'A.S.F., Grenoble 1925.

Urine : albumine indosable ; sucre : 0 90 par litre et par 24 heures.

Second traitement par rayons X pénétrants commencé le 26 février, selon le schéma ci-dessous.

Date	Région	Dose	E	I	Focus	Filtre	Local
26 février	Fosse iliaque gauche	400 R.	42 cm.	3 mA	03	Zn $\frac{20}{10}$ Al $\frac{10}{10}$	8 × 10
	trochantérienne	400 R.	—	—	—	—	—
28 février	sacro-coccygienne	400 R.	—	—	—	—	—
2 mars	3 mêmes champs	—	—	—	—	—	—
4 mars	—	—	—	—	—	—	—
6 mars	—	—	—	—	—	—	—
6 mars	—	—	—	—	—	—	—
8 mars	—	—	—	—	—	—	—
10 mars	—	—	—	—	—	—	—

Réactions : Pendant la première quinzaine qui suit le traitement légères coliques accompagnées de diarrhée asthénie assez prononcée et lombalgie,

Sang le 4 mars : H 80 ; GR 4.160.000
GB 12.300

Poly { N 87,1 % ; E 2.5 % — Mono { G 4.4 % ; L 6 %

Urine :	Albumine	Sucre au litre	Sucre 24 heures
26 février.....	traces	0.90	0.90
29 février	néant	1.81	1.76
1er mars	traces	1.10	1.10
3 mars	traces	0.95	1.18
6 mars........	néant	0.44	0.92
8 mars........	néant	0.59	1.18
15 mars.......	d°	0.28	0.72
3 0 mars......	d°	néant	néant

16 mars. Excellent état général. La malade a repris son poids et l'a même dépassé (54 k. 330). Au toucher, muqueuse lisse et souple. Au rectoscope : jusqu'à 20 cm. muqueuse non éraillée, d'apparence saine, avec quelques points de congestion locale et quelques éraillures du côté de l'anus.

Nous revoyons la malade plusieurs fois dans le courant de l'année ; elle donne l'apparence d'une guérison clinique parfaite.

En janvier 1925, sans avoir présenté aucune récidive néoplasique, en pleine santé apparente, elle meurt subitement d'une crise d'angine de poitrine.

Deuxième observation. (Clinique médicale La Fontaine, (observation n° 215).

Cette seconde malade, âgée de 54 ans, a présenté en mars 1923, une tumeur du cuir chevelu, sorte de loupe ulcérée de la région occipitale qui semblait une récidive d'une loupe opérée trois ans auparavant. Cette seconde loupe fut extirpée, et le chirurgien la jugeant néoplasique, sans faire toutefois d'examen histologique, fit suivre l'ablation d'une application de radium sur laquelle je n'ai pu obtenir aucune précision et qui amena la disparition de cette tumeur sans récidive jusqu'aujourd'hui.

En octobre 1923, apparition de troubles gastro-intestinaux attribués à de l'entérite. D'octobre 1923 à janvier 1924, ces troubles intestinaux évoluent : glaires sanguinolentes, ténesme, ballonnement perte de l'appétit. Le 20 janvier, il se produit une véritable hémorragie intestinale suivie d'une grande fatigue et dans les jours suivants d'un amaigrissement rapide et considérable. Au début de février, la malade s'aperçoit qu'une miction est suivie d'un jet de gaz par le méat urinaire. Le docteur Lebellé et M. le professeur agrégé Marion font le diagnostic de néoplasme du sigmoïde avec propagation vésicale et fistule sigmoïdo vésicale ; devant l'inopérabilité du cas et malgré l'état apparemment désespéré de la malade, ils me demandent de tenter un traitement par rayons X pénétrants.

Au début de mars, cette malade a le teint cireux d'une cachexie avancée, elle est extrêmement amaigrie ; elle ne quitte pas le lit ; elle est d'une faiblesse extrême. Ses urines sont souillées de matières fécales ; deux fois par jour, on lui fait un lavage vésical. Ses selles sont fréquentes, diarrhéiques et mêlées de glaires sanglantes.

Le traitement est institué d'une façon progressive selon le tableau suivant :

Date		Région	Dose	E	I	F.S.	Filtre	Local
3 mars	1924	abdominale suspub.	500 R	42 cm.	3mA5	40	Zn $\frac{20}{10}$ Al $\frac{10}{10}$	20
5 mars	—	d°	500 R	—	—	—	—	—
7 mars	—	d°	700 R	—	—	—	—	—
10 mars	—	d°	700 R	—	—	—	—	—
12 mars	—	d°	900 R	—	—	—	—	—
16 mars	—	d°	500 R	—	—	—	—	—
—	—	sacro-iliaque gauche	580 R	—	—	—	—	—
—	—	sacro iliaque droite	500 R	—	—	—	—	—
1er avril	—	R. abdominale	300 R	—	—	—	—	—
—	—	sacro iliaque gauche	300 R	—	—	—	—	—
—	—	sacro-iliaque droite	300 R	—	—	—	—	12 × 12
3 avril	—	S. I. gauche	300 R	—	—	—	—	—
—	—	S. I. droite	300 R	—	—	—	—	—
5 avril	—	S. I. gauche	500 R	—	—	—	—	—
—	—	S. I. droite	500 R	—	—	—	—	—
15 avril	—	S. I. gauche	500 R	—	—	—	—	—
—	—	S. I. droite	500 R	—	—	—	—	—
19 avril	—	S. I. gauche	1.000 R	—	—	—	—	—
—	—	S. I. droite	1.000 R	—	—	—	—	—

Des séances de diathermie quotidiennes (demi-heure, plaque dorsale et plaque abdominale, 1.600 à 2.000 mA) ont été faites pendant toute la durée de la radiothérapie.

Réactions :

Sang, le 27 février. H 80 GR 4.160.000
GB 16.500
Poly { N 76,6 % Mono { G 5,2 %
{ E 1,6 % { L 16,4 %
le 18 mars H. 80 GR 3.960.000
GB 11.400
Poly { N 80 % Mono { 3,4 %
{ E 0,82 % { L 15,6 %

Urine	date	Albumine	Sucre au litre	Sucre 24 H	R.	Meyer	Sang
	27 février	4 gr. 05	0.90	1 gr. 21	x	x	x
	29 février	2 — 63	0.79	0 — 90	x	x	x
	1er mars	4 — 34	0.49	0 — 68	x	x	x
	3 mars	1 — 31	0	0	x	x	x
	4 mars	1 — 87	0.35	0 — 59	x	x	x
	5 mars	2 — 18	0.57	0 — 71	x	x	x
	6 mars	2 — 10	0	0	x	x	x
	8 mars	1 — 92	0.60	0 — 66	x	x	x
	9 mars	1 — 40	0.97	0 — 69	x	x	
	10 mars	2 — 87	0.83	1 — 03	x	x	x
	12 mars	2 — 66	0.46	0 — 51	x	x	
	14 mars	1 — 19	0	0	x		
	16 mars	2 — 06	0.38	0 — 52	x	x	
	19 mars	3 — 50	0	0	x	x	
	21 mars	2 — 14	0	0	x	x	
	24 mars	1 — 87	0	0	x	x	x
	27 mars	0 — 62	0	0	x	x	
	27 mars	0 — 62	0	0	x		
	3 mars	0 — 50	0	0	x		
	2 avril	1 —	0	0	x	x	
	6 avril	0 — 52	0	0	x		
	17 avril	0 — 50	0	0	x		
	25 avril	traces					

La malade est légèrement fatiguée après les deux premières irradiations. Ensuite un peu de somnolence dans la journée.

La vessie devient plus tolérante : on peut, à partir du 12 mars, faire passer un demi-litre alors qu'au début, seuls, les très petits lavages de 50 à 60 gr. étaient tolérés. La température est tombée.

Du 18 au 25 mars, légère réaction des muqueuses : vésicale, l'introduction de la sonde est un peu plus pénible ; vaginale : il y a quelques pertes blanches, rectales : on constate un peu de ténesme.

Le 20, une rectoscopie peut être pratiquée : le rectoscope est introduit jusqu'à 18 cm., il bute contre un obstacle infranchissable, mais invisible : la muqueuse est rose pâle et lisse sur toute la hauteur du rectum ; seule la muqueuse anale est un peu rouge, présentant un certain degré d'inflammation.

Le 27, toute réaction muqueuse a disparu. Aucune réaction cutanée. L'appétit est revenu.

Les 5, 6, 7 avril, réaction intestinale, petites coliques accompagnées de diarrhée, abdomen sensible à la pression ; tympanisme épigastrique et abdominal.

Poids : 44 kg. 21.

Le 15 avril, réactions intestinales atténuées, même aspect rectoscopique qu'au premier examen, cependant avec meilleur aspect des lésions inflammatoires.

Depuis deux jours, aucun gaz n'est sorti de la vessie.

Le 17 avril : poids 44 kg. 300.

Les lavages vésicaux se font facilement, et l'eau du lavage ressort presque limpide.

Le 15 mai, traitement par haute fréquence des réactions anorectales, par diathermie des réactions intestinales, cessation des lavages vésicaux.

Le 22 mai, symptômes de rectite disparu. Réactions intestinales disparues, aucun trouble, vésical. Meilleur état général, reprise de poids : 45 kg. 11.

La malade part à la campagne, où son état général continue à s'améliorer progressivement. Les symptômes locaux ont complètement disparu.

Nous avons revu cette malade au début de ce mois de juillet 1924, donc un an et demi après le début du traitement. L'état général est excellent. Elle est en parfaite santé apparente sans troubles d'aucune sorte. Le poids est passé à 55 kg. 50.

Voilà donc deux malades atteintes de néoplasme rectosigmoïdien, sans contrôle histologique, il est vrai, mais avec diagnostic clinique indubitable, qui se trouvaient en état de guérison clinique apparente, deux ans et un an et demi après le début du traitement par rœntgenthérapie pénétrante. Cela montre quelles ressources on peut puiser dans cette thérapeutique en de semblables cas.

Au point de vue technique, je crois devoir attirer l'attention sur les points suivants :

1° L'homogénéisation des doses a été respectée avec le plus de minutie possible ;

2° La filtration a été portée à ce qu'on peut considérer un maximum avec l'instrumentation actuelle ;

3° L'un des deux cas, celui qui a donné le succès le plus éclatant a été traité en associant la diathermie à la rœntgenthérapie.

J'ai déjà mentionné ce détail de technique, qui me semble de grande importance, au congrès de Liége, l'année dernière. Depuis ce temps-là, j'ai de plus en plus utilisé la diathermie concomitamment aux irradiations X. J'estime mon expérimentation actuelle encore insuffisante pour pouvoir émettre une opinion ferme sur cette technique opératoire. Mon impression est que la diathermie appliquée préventivement au traitement par irradiation sensibilise les tumeurs à l'égard des rayons, ainsi que le pensait Keating Heart ; que, d'autre part, mise en œuvre pendant tout le cours du traitement et après la cessation de celui-ci, la diathermie prévient et combat les réactions gênantes telles que les symptômes d'entérite irritative et les phénomènes plus désagréables encore et habituellement plus tenaces de rectite et de cystite rœntgéniennes.

J'espère pouvoir rendre compte prochainement d'expériences sur animaux que j'ai entreprises à ce sujet.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Le zona ophtalmique [1]

Par le Prof. F. TERRIEN.

Nous avons actuellement dans le service deux malades atteints de zona. C'est une occasion, pour nous, d'étudier cette affection tout à fait intéressante et tout à fait particulière, d'autant plus intéressante qu'elle est souvent suivie de dommages et qu'elle peut laisser des troubles visuels très accentués.

Le zona, vous le savez, est caractérisé par une éruption qui apparait sur une moitié de la face, dans la partie supérieure, dans le domaine de l'ophtalmique.

Voici les observations de nos deux malades :

Observation I. — Notre première malade est entrée ici le 13 juin 1925 parce que, quelques jours auparavant, le 9 juin, elle a ressenti des douleurs extrêmement vives, (retenez la présence de ces douleurs névralgiques qui sont un symptôme tout à fait constant et qui précèdent presque toujours de plusieurs jours l'éruption du zona) avec du côté droit un léger œdème de la paupière et une petite éruption caractéristique sur laquelle nous allons insister, éruption qui siégeait sur la moitié droite de la

(1) Leçon faite à l'Hôtel-Dieu, le 5 juin 1925.

face, caractérisée par de petites vésicules disséminées sur le trajet de la branche ophtalmique et siégeant sur une plaque principale, rouge, érythémateuse.

Voilà à peu près tout ce que présentait notre malade : des placards rouges un peu infiltrés et dans l'intervalle de ces placards la peau était saine ; en même temps il y avait de l'œdème des deux paupières, supérieure et inférieure et une hypoesthésie dans toute la région de la branche supérieure de l'ophtalmique.

Cette hypoesthésie est encore un des caractères du zona. On a dit souvent qu'il s'agissait d'une anesthésie douloureuse : il y a hypersensibilité et hypoesthésie.

En avant du tragus il y avait une adénite préauriculaire douloureuse à la pression ; cette adénite est encore un des caractères du zona.

Du côté de la cornée il n'y avait rien de particulier, du moins à l'œil nu ; à la fluorescéine on ne constatait pas la moindre trace de desquamation ; la fluorescéine ne pénétrait pas et la cornée apparaissait normale. Mais, au contraire, nous verrons tout à l'heure qu'à la lampe à fente on voyait de légères vésicules ; nous y reviendrons.

Enfin, pour être complet, ajoutons que cette malade avait un Wassermann positif, que, M. Veil, qui a fait la ponction lombaire, a constaté une lymphocytose assez accentuée : 80 lymphocytes par millimètre cube, alors que la proportion normale est de 4 à 5, et 30 cgr. d'albumine ; Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo rachidien.

Observation 2. — On dit qu'un zona entre rarement seul à l'hôpital ; nous en voyons la preuve, car nous avons une seconde malade atteinte de cette même affection.

Cette malade est entrée le 24 mai, dans le service de M. le Prof. Gilbert parce que le 20 mai elle a commencé à ressentir des douleurs très vives dans une moitié de la face, comme une brûlure ; puis quelques jours plus tard sont apparues des éruptions avec le caractère habituel du zona.

Rien de particulier chez cette malade si ce n'est que là encore, alors que la cornée paraît normale à l'œil nu, elle présente au microscope cornéen des altérations sur lesquelles nous reviendrons.

Voilà donc deux malades atteintes de zona, qui nous permettent d'étudier en détail cette affection.

Le zona, vous le savez, c'est l'herpès zoster : herpès, parce que le zona présente tous les caractères, ou une grande partie des caractères de l'herpès. C'est une éruption herpétiforme sur le trajet du nerf : zoster, parce que généralement l'éruption est disposée en ceinture, herpès zoster encore appelé « feu St-Antoine », érésipèle zoster : c'est en somme une éruption d'herpès sur le trajet du nerf ophtalmique.

Vous savez que l'ophtalmique a trois branches qui innervent une partie de la face : le maxillaire inférieur, le maxillaire supérieur, et l'ophtalmique, qui innerve la région frontale et la paupière supérieure ; les lésions siègent donc sur le domaine de l'ophtalmique.

Ce qu'il faut retenir tout d'abord, c'est que cette éruption est généralement précédée de douleurs extrêmement vives, douleurs très violentes, névralgiques, lancinantes, survenant comme par crises, sous forme paroystiques, qui parfois revêtent un caractère d'intensité extrême. Ces faits sont d'autant plus intéressants qu'ils peuvent permettre de préciser le diagnostic.

J'ai présente à l'esprit l'observation d'un malade qui m'avait été amené il y a une douzaine d'années par le docteur Mauger pour avoir un diagnostic et pour lui permettre de poursuivre son pharmacien.

C'était un malade qui, étant en vacances, près de Caen, est pris tout à coup de douleurs extrêmement violentes dans la moitié de la tête. Il entre chez un pharmacien, se plaignant de ces douleurs. Celui-ci lui donne un liniment à base de térébenthine pour se frictionner. Or, le lendemain il est pris d'une éruption considérable dans toute la région frictionnée qui devient rouge et donnait l'impression d'une véritable brûlure au second degré. Il vient me trouver avec son médecin pour me consulter à propos du traitement et aussi pour pouvoir poursuivre le pharmacien.

En examinant ce malade, j'avais été tout de suite surpris par la disposition spéciale de la brûlure : elle avait l'apect d'une véritable brûlure au deuxième degré, la peau était à vif, l'épiderme ayant disparu dans toute la région du front, de la tempe et aussi du cuir chevelu qui était également à vif. C'était vraiment l'aspect, je le répète, d'une brûlure au 2e ou même 3e degré.

Seulement j'étais frappé par la disposition particulière de cette brûlure qui s'arrêtait exactement à la ligne médiane et en même temps s'irradiait très loin dans le cuir chevelu jusqu'à la partie moyenne de la tête.

Il n'était pas besoin d'insister longtemps pour faire dire au malade qu'il s'était seulement frictionné le front et la tempe et pas du tout les cheveux. Si bien que le diagnostic de zona ne faisait pas le moindre doute, mais d'un zona anormal, l'éruption ayant été altérée par le médicament employé.

Il s'agissait donc, en somme, d'un zona, qui, sous l'influence d'une thérapeutique intempestive, de frictions à la térébenthine, s'était modifié très vite, et au lieu de donner lieu à l'éruption classique de plaques érythémateuses, avait déterminé une brûlure très étendue.

Le zona a donc ce caractère de s'accompagner de douleurs prémonitoires très vives, qui précèdent l'éruption, et celle-ci demeure toujours unilatérale. Il est exceptionnel qu'elle soit bilatérale, il y a peut-être 4 ou 5 observations de ce genre dans la littérature. Cette éruption, chez le malade en question, s'étendait jusqu'au cuir chevelu.

En somme, le caractère de l'affection c'est cette éruption qui apparaît chez tous les malades, brusquement, en pleine santé, deux ou trois jours après des douleurs très vives et généralement aussi accompagnée d'un léger mouvement fébrile. Il y a ordinairement une température de 38 à 38,5, une légère inappétence, un état saburral, des voies digestives et le surlendemain ou le lendemain de ces phénomènes, surviennent les lésions cutanées avec les caractères que nous venons de voir.

Cette éruption est caractérisée par l'apparition de vésicules qui se groupent ordinairement, confluentes ou irradiées, toujours sur le trajet des filets nerveux, d'ordinaire sur le trajet de l'ophtalmique. Eruption qui siège sur des placards rouges et érythémateux. La peau, au niveau de ces vésicules, est en effet rouge et surélevée. Dans l'intervalle de ces placards elle est normale, mais souvent en partie anesthésiée.

Si on suit cette éruption, on voit, au bout de quelques jours, les vésicules se dessécher peu à peu ; il se forme une petite croûte qui devient noirâtre, qui tombe et laisse une cicatrice indélébile, surtout si la lésion était profonde.

Telle est l'évolution de l'éruption. N'oubliez pas qu'il y a en même temps un léger mouvement fébrile et de l'adénite préauriculaire.

Avec quoi peut-on confondre le zona ?

D'abord avec l'érésypèle. Mais, au fond, cela n'y ressemble pas parce que dans l'érésypèle il y a une température beaucoup plus accentuée ; la fièvre, très élevée, peut atteindre 40, alors que dans le zona elle est toujours très modérée.

Dans la partie qui nous occupe, c'est plutôt la dacryocystite qui, bien plus que le zona, ressemble à l'érésypèle. Il y a une rougeur phlegmoneuse qui peut se propager de l'autre côté ; pour le zona le diagnostic est plus facile parce que la température est beaucoup moins élevée que dans l'érésypèle et qu'il n'y a pas de douleurs dans cette dernière affection, tandis qu'elles sont extrêmement vives dans le zona. D'autre part dans l'érésypèle il y a de larges bulles, des cloques, la peau est soulevée sur une très large étendue, alors que dans le zona ce sont de petites vésicules.

On peut encore confondre le zona avec l'eczéma.

L'eczéma est caractérisé par de toutes petites vésicules se développant sur de tout petits placards rouges erythémateux, mais elles sont beaucoup plus petites, on ne les voit qu'à la loupe. D'autre part l'eczéma siège un peu partout, il n'y a pas cette unilatéralité qui est la caractéristique du zona

De même dans l'impétigo, là encore les lésions sont beaucoup plus étendues, elles siègent un peu partout et il n'y a pas ces douleurs caractéristiques du zona.

Nous n'avons pas à faire le diagnostic avec l'herpès. L'herpès peut siéger partout, mais on peut dire que le zona est une sorte d'herpès spécial.

Le diagnostic le plus difficile est celui avec la varicelle. Cela ne nous intéresse pas beaucoup, nous, ophtalmologistes, parce que nous ne voyons pas les varicelleux, mais il faut connaître cependant le rapport du zona avec cette affection et j'y reviendrai tout à l'heure.

On a beaucoup discuté à ce sujet. On a voulu en faire une même maladie, mais vraiment on ne peut pas confondre zona et varicelle, car dans la varicelle les vésicules sont beaucoup plus disséminées et plus nombreuses, et même si elles sont discrètes, elles ne sont pas réunies comme dans le zona ; les vésicules sont disséminées souvent à tout le corps et pour nous, il n'y a pas cette unilatéralité observée dans le zona.

Donc le diagnostic est assez difficile et il peut l'être davantage encore quand on a irrité et modifié cette éruption. Mais là encore, même quand on ne retrouve plus les caractères de l'éruption, son siège et la présence de douleurs ayant précédé cette éruption, enfin et surtout l'unilatéralité permettent de faire le diagnostic de zona ophtalmique.

A côté du zona lui-même, il faut surveiller l'œil et faire le diagnostic des complications, qu'il nous faut maintenant passer en revue.

Elles sont assez fréquentes ; elles se rencontrent presque dans la moitié des cas, davantage d'après certains auteurs, mais il est certain que si l'on range dans les complications oculaires l'œdème des paupières, et celui de la conjonctive on peut dire qu'il y en a dans 80 % des cas, mais ces derniers sont des symptômes presque inhérents du zona et il ne faut pas en tenir compte.

Ce qu'il faut considérer comme complications oculaires ce sont surtout celles du côté de la cornée, de l'iris, de la pupille et même des nerfs voisins.

Les plus courantes, la conjonctive et les paupières mises à part, sont les lésions de la cornée ; elles sont évaluées à peu près à 75 %.

Tantôt on rencontre des éruptions, des vésicules à la surface de la cornée ; ailleurs on peut voir un véritable ulcère ou même une kératite interstitielle. Quand ces complications cornéennes se présentent elles assombrissent singulièrement le pronostic, parce qu'elles peuvent amener une diminution de l'acuité visuelle. Elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit en général, presque constantes si on prend la peine d'examiner les malades à la lampe à fente.

En effet, alors que nos deux malades ne présentaient à l'œil nu aucune lésion, la première, observée à la lampe par M. Veil, présentait, au microscope cornéen, une série de petites vésicules réfringentes qui siégeaient à la partie inféro-interne ; il y avait donc une éruption légère sur la cornée.

La deuxième malade, vue à la lampe à fente, montrait à la face postérieure de la cornée cette lésion qu'on appelle la descemétite : ce sont des précipités qu'on observe dans certaines formes d'iritis.

Voici encore une troisième observation, qui vient de m'être communiquée par M. Gautrand, dans laquelle l'examen à l'éclairage oblique ne révélait aucune lésion cornéenne alors que la lampe à fente montrait une desquamation très nette de l'épithélium.

Ces lésions de la cornée sont donc beaucoup plus fréquentes qu'on ne le dit et doivent être surveillées parce qu'aux inconvénients des cicatrices et des douleurs qui suivent le zona vient se joindre une diminution de l'acuité visuelle.

A côté de ces petites vésicules, de ces petites lésions de l'épithélium, on peut encore constater des ulcérations ; généralement l'épithélium tombe, se desquame et c'est alors que se forment ces petites ulcérations. Elles peuvent guérir assez vite sous l'influence des pommades et du traitement habituel. Mais quand il s'agit de cornées mal nourries, atteintes de troubles trophiques et quand ces lésions du zona sont favorisées par l'inflammation même du nerf, du trijumeau, ces petites ulcérations peuvent s'étendre, gagner en profondeur et donner lieu à des lésions très accentuées, à des taies qui viennent compromettre la vision.

Il y a aussi de véritables infiltrations, des kératites interstitielles. La kératite interstitielle est plus rare dans le zona ; on l'observe cependant et peut-être le moindre traumatisme, sur une cornée plus ou moins altérée, est-il capable de favoriser l'apparition de cette kératite interstitielle, toujours due à une infection ou à une intoxication. Or le zona est d'origine infectieuse, on ne saurait l'oublier.

Rappelez-vous en effet que chez notre malade il y avait une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, il s'agit donc bien, d'une infection ; par conséquent la kératite peut s'observer dans le zona comme dans toute infection et dans toute intoxication. Vous savez que chez les animaux intoxiqués par des venins on retrouve la kératite interstitielle qu'il est facile, chez eux, de provoquer expérimentalement.

Cette kératite est donc favorisée à la fois par l'infection générale, nerveuse, et elle demeure unilatérale parce qu'elle se localise sur une cornée mal nourrie.

Elle apparaît ordinairement du 6 ou 10e jour après l'éruption ; beaucoup plus rarement elle peut la précéder. J'ai publié une observation que vous trouverez dans les *Archives d'Ophtalmologie* de 1900, de zona ophtalmique dans lequel la kératite insterstitielle était apparue deux semaines avant l'éruption. C'est un fait intéressant, parce que dans ce cas le diagnostic ne peut pas se faire ; on fait celui de kératite interstitielle et on est très étonné quelques jours après de voir survenir l'éruption.

Cette kératite interstitielle est peut-être favorisée par une desquamation légère de l'épithélium que le microscope cornéen permet de retrouver. Cette kératite évolue en général assez bien et ne laisse pas trop de dommage, mais c'est une complication néanmoins fâcheuse, car elle diminue l'acuité visuelle.

Enfin on peut voir aussi apparaître la kératite neuro-paralytique, cette kératite qu'on observe dans certaines lésions du trijumeau. Or, nous savons que le zona est favorisé par une névrite du trijumeau ; c'est une maladie infectieuse, comme l'a dit Landouzy, qui frappe les nerfs. Il s'agit d'une névrite du trijumeau, et on comprend que cette névrite puisse déterminer une kératite neuro-paralytique. Cette kératite est une kératite trophique qu'on observe dans tous les cas où il y a perte de la sensibilité, lésion ou section du trijumeau, ou du ganglion de Gasser; il y a anesthésie douloureuse et il peut apparaître à la suite de ces phénomènes une kératite neuro-paralytique.

C'est une forme extrêmement maligne parce que la cornée ne se défend pas ; il se fait un ulcère en profondeur qui perfore la cornée et des lésions quelquefois très étendues.

Mais dans le zona les choses évoluent rarement de cette façon ; on peut voir apparaître une kératite neuro-paralytique atténuée, c'est-à-dire un ulcère qui tarde à se cicatriser et nous reviendrons tout à l'heure sur la thérapeutique à y appliquer.

Telles sont parmi les complications oculaires qu'on peut rencontrer au cours du zona, les plus importantes, celles touchant la cornée. Mais toutes les parties de l'œil peuvent être également intéressées, quoique plus rarement.

Du côté de la pupille, on a noté de la paresse de celle-ci et elle a d'autant plus de raisons d'être paresseuse qu'il s'agit d'une lésion du trijumeau, qui fournit les rameaux centripèles de l'arc réflexe et que bien souvent il s'agit de sujets syphilitiques.

Il peut y avoir aussi un certain degré d'iritis, se traduisant par des dépôts sur la membrane de Descemet, et quand les irritations durent on peut voir une légère irido-choroïdite séreuse favorisée par des altérations du trijumeau et des troubles trophiques du côté de l'œil.

On a noté aussi quelquefois du glaucome : Morax a noté des phénomènes d'hypertension. Opin et Saportas ont vu des hémorragies de la chambre antérieure. Le nerf optique lui-même peut être intéressé. Sulzer, il y a quelques années, dans sa thèse, a parlé de l'atrophie optique au cours du zona, qui est d'ailleurs assez rare.

Ce qu'on observe surtout ce sont les paralysies oculaires. Ni l'une ni l'autre de nos malades n'en ont présenté, mais il arrive assez souvent dans le zona, de noter une paralysie soit de la IIIe, soit de la IVe paire, soit encore de la VIe paire, ou même de la VIIe paire. On peut observer toutes ces paralysies, mais la plus fréquente est peut-être celle du moteur oculaire commun, partielle ou totale.

Quand ces paralysies sont partielles, il faut s'en méfier, et ne pas les confondre avec le pseudo-ptosis ; car presque tous les malades atteints de zona ont de l'œdème de la paupière supérieure ; en même temps cette paupière tombe et peut donner l'impression d'une paralysie du releveur, tandis qu'il s'agit de pseudo-ptosis.

En fait, ces paralysies s'observent assez souvent, en particulier celle de la VIIe paire. Je vous signale précisément un travail de M. Letulle en 1882, et depuis, vers 1900, Klippel a réuni 17 observations de paralysie faciale au cours du zona. Sans doute s'agit-il quelquefois d'une propagation de l'infection par contiguïté, quelquefois aussi consécutive à un zona auriculaire et c'est pourquoi il faut toujours faire un examen au spéculum du conduit auditif interne ; il fera parfois découvrir une lésion de zona par propagation, ce qui peut par conséquent provoquer une paralysie faciale.

Mais il est très vraisemblable que toutes ces paralysies faciales sont dues à des réactions méningées. Nous avons vu que dans le zona il y a de la fièvre. Quand on fait une ponction lombaire on trouve une lymphocytose marquée, puisque chez une de nos malades nous avons noté 80 lymphocytes par champ de microscope. Il y a donc bien une réaction méningée assez vive et on comprend très bien que cette réaction puisse se traduire d'abord par une névrite du trijumeau, quelquefois même par une névrite optique et aussi par une paralysie des IIIe, IVe, VIIe ou VIIIe paires. Il est donc bien vraisemblable que toutes ces lésions nerveuses sont des lésions par continuité, favorisées par l'anastomose entre ces paires nerveuses, qui détermine une réaction par propagation et par réaction méningée. Celles-ci ne manquent presque jamais dans le zona.

Voilà quelle est l'évolution du zona et les complications qu'on peut observer du côté oculaire.

Au point de vue de la peau, il n'y a pas de complications spéciales en dehors des cicatrices indélébiles, qui restent définitives et quelquefois même entraînent des ectropions. Il faut donc ajouter à la liste des complications possibles, l'ectropion ; il est cependant assez rare et d'ordinaire très léger.

Au contraire, ce qui fait partie intégrante de la symptomatologie du zona, ce sont les douleurs, douleurs névralgiques extrêmement vives, intenses, qui durent des semaines, des mois et quelquefois même des années. Certains malades ne peuvent pas même supporter le contact du chapeau.

Nous arrivons maintenant au traitement, mais avant, il nous faut tâcher de bien comprendre la pathogénie de l'affection.

Le zona est une maladie infectieuse, nous l'avons vu démontrée par la fièvre et aussi par l'examen du liquide céphalo-rachien. Cette maladie infectieuse avait déjà été soupçonnée par Landouzy dès 1882 comme je vous l'ai dit tout à l'heure ; il avait montré dès cette époque qu'il ne s'agissait pas seulement d'une éruption herpétiforme, mais d'une maladie infectieuse avec éruption d'herpès et localisée sur un nerf, soit une névrite infectieuse d'après les termes mêmes de cet auteur.

Cette notion n'a fait que se confirmer dans la suite parce qu'on avait remarqué que le zona était souvent contagieux. Je vous disais en commençant qu'il était rare de voir dans une salle d'hôpital un cas de zona isolé. On a vu également des cas de zona matrimoniaux.

M. le prof. Achard a rappelé l'observation d'un malade qui avait eu un zona huit jours après sa femme ; on a vu des sujets, ayant couché dans le lit de malades atteints de zona, contaminés à leur tour. C'est donc une maladie contagieuse.

Landouzy avait remarqué par contre que le zona ne récidive jamais. C'est un point important parce que vous savez combien au contraire l'herpès récidive. Le zona se comporte donc là comme une maladie infectieuse. A l'époque de Landouzy, en 1882, on n'avait pas les notions que nous possédons maintenant sur l'épidémicité, sur la contagiosité, et nous comprenons mieux aujourd'hui pourquoi cette maladie infectieuse ne récidive pas ; c'est que les malades sont vaccinés. Ce fait que le zona ne

récidive pas a donc fait la preuve qu'il s'agit bien, comme l'a dit Landouzy, d'une maladie infectieuse.

Enfin il y a la ponction lombaire qui, il y a 25 ans, a montré à Brissaud et Sicard qu'il y avait lymphocytose dans le zona, nouvelle preuve qu'il s'agit bien d'une maladie infectieuse et non pas d'un herpès ordinaire. C'est donc une maladie infectieuse spéciale, causée par un virus que nous ne connaissons pas, peut-être favorisée par la syphilis, puisque chez beaucoup de ces sujets on trouve le Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Un point intéressant à étudier c'est le rapport du zona et de l'herpès. En somme le zona est un herpès; il n'y a pas ou peu de différence au point de vue de la lésion. Dans le zona on note des vésicules remplies de sérosité citrine formée par le soulèvement de l'épiderme et par dissolution des cellules sous-jacentes, vésicules siégeant sur des placards rouges, érythémateux : cela ce sont des lésions du zona; ce sont aussi les lésions de l'herpès, avec cette différence que dans le zona il n'y a jamais de récidive et que les lésions sont toujours unilatérales, alors que dans l'herpès il y a bien souvent récidive des vésicules et qu'on les trouve presque partout. Enfin, il n'y a pas de réaction fébrile dans l'herpès comme il y en a dans le zona.

Il y a donc entre ces deux sortes d'affections une différence clinique et surtout une différence bactériologique qu'on a étudiée tout récemment.

Il y a déjà quelques années, Grüter, en 1913, a fait des recherches à l'aide de vésicules d'herpès cornéen et a publié un travail dans les *Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde* en 1920 sur ce sujet. Gruter, avec la sérosité d'herpès de la cornée, a pu reproduire sur le lapin une kératite.

Milian et d'autres ont reproduit cette kératite également chez le lapin.

De sorte que les vésicules de tous les herpès ordinaires reproduisent cette kératite expérimentale; mais par contre la sérosité des vésicules du zona ne peut la déterminer. Donc on peut dire que la kératite expérimentale ne peut être reproduite qu'avec les sérosités des vésicules d'herpès ou de varicelle, mais jamais avec celles du zona.

En fait il n'y a donc tout de même pas identité de nature entre l'herpès ordinaire et le zona. Il est vraisemblable que le virus du zona est un virus filtrant, qu'il agit sur l'élément nerveux en déterminant une névrite. C'est à la faveur de cette névrite, caractérisée par des douleurs névralgiques, que quelques jours après apparaissent les vésicules dans le domaine de toute la région innervée par ces filets nerveux de la région touchée par ce virus. Il s'agit donc d'une maladie infectieuse frappant le système nerveux, s'accompagnant de phénomènes fébriles avec réactions céphalo-rachidiennes et différant de l'herpès par l'absence de récidives et par le contenu des vésicules qui n'a pas le même caractère que celui des vésicules de l'herpès.

Enfin, le virus de l'herpès inoculé dans l'encéphale a pu quelquefois déterminer des lésions ressemblant beaucoup à celles que provoque l'encéphalite léthargique, à tel point que Levaditi a soutenu l'identité de nature entre le virus de l'encéphalite et le virus de l'herpès. Mais ce n'est pas vraisemblable et on ne peut pas comparer les troubles nerveux très légers des éruptions herpétiformes aux troubles de l'encéphalite léthargique, beaucoup plus accentués et tout à fait particuliers.

Pour en terminer avec la pathogénie, je dois vous dire un mot des rapports du zona avec la varicelle, discutés tout récemment.

On a prétendu dans ces dernières années, surtout à la suite de M. Netter, qu'il y avait identité de nature entre la varicelle et le zona. La varicelle et le zona seraient deux maladies à peu près similaires dans leur aspect et le virus de la varicelle pourrait déterminer une éruption zostérienne.

Cette question a fait l'objet tout récemment de discussions intéressantes à la Société médicale des hôpitaux. En somme on se base sur des observations de Bokay en 1913, qui avait montré la coexistence fréquente de cas de varicelle et de zona chez des sujets en contact, mais il faut reconnaître que la varicelle est extrêmement fréquente et on ne peut vraiment incriminer l'identité des deux affections. Comme l'ont très bien dit Comby et Lesné, il y a tout de même au point de vue clinique une différence considérable entre la varicelle et le zona. Dans le zona l'éruption est peu de chose ; la névrite est tout : elle précède l'éruption et lui survit.

La varicelle est une maladie de l'enfance, à éruption généralisée, avec des symptômes généraux, tandis que le zona est une affection limitée, unilatérale, qui ne récidive pas, et s'accompagne de lymphocytose ; dans la varicelle il y a intégrité absolue du liquide céphalo-rachidien. C'est là un point sur lequel a insisté M. Sicard qui n'a jamais constaté de lymphocytose dans la varicelle.

Au point de vue clinique il ne semble donc pas qu'on puisse identifier non plus la varicelle et le zona. Je vous en parle pour mémoire ; en principe nous devons nous en tenir aux caractères que présente le zona et aux lésions qui peuvent en être la suite.

Thérapeutique. — Il faut se rappeler pour le zona ce que disait Fournier pour l'herpès : « Moins on y touche, mieux il va ». Pour le zona c'est en effet la même chose, il ne faut pas l'irriter par des médications intempestives ; il ne faut donc pas y toucher ou y toucher très peu. On se contentera de pommades, de la poudre de talc ou à base d'oxyde de zinc pour former un enduit protecteur. Il faut surveiller les lésions surtout du côté de l'œil, voir s'il ne se forme pas d'ulcérations de la cornée, de façon à éviter les taies cornéennes et les désastres qui peuvent en être la conséquence, lésions qui sont d'autant plus intéressantes que la lampe à fente nous montre des altérations qu'on ne pouvait soupçonner par les moyens habituels et qui par là même pourront être traitées dès leur début.

Du côté de la cornée, il faut mettre des pommades qui forment un enduit protecteur, placards la membrane à l'abri des altérations extérieures. Il sera bon aussi de dilater la pupille par l'atropine afin de prévenir l'iritis.

Plus tard, quand l'éruption est terminée, et que les cicatrices sont devenues indélébiles, les douleurs persistent cependant ; elles sont souvent extrêmement vives, à tel point que, je vous le disais, les malades ne peuvent quelquefois supporter le moindre contact.

On a tout essayé contre ces douleurs : l'électrisation continue, les courants de haute fréquence, les rayons ultra-violets, la ponction lombaire conseillée par Abadie, mais tout cela sans résultat.

On a même proposé la radicotomie. Sicard et Robineau, dans la *Revue de Neurologie* de 1922, ont conseillé et pratiqué la section des racines du ganglion de Gasser contre les douleurs rebelles du zona. C'est une grosse opération, on peut la faire assez facilement maintenant, mais elle

n'est pas inoffensive et ne donne pas toujours des résultats favorables.

Chez un malade qui a fait l'objet d'une leçon de M. Achard (*Paris médical* du 23 février 1924), les douleurs étaient telles que le sujet ne reposait ni jour ni nuit. Un chirurgien consulté fit l'arrachement du sus-orbitaire ; cela entraîna l'anesthésie de toute la région innervée par lui, une anesthésie totale de la paupière supérieure, de la moitié droite du front, de la tempe, du cuir chevelu, sans atténuation des douleurs. Un rhinologiste trépana alors le sinus sphénoïdal ; le malade ne fut pas soulagé davantage et eut seulement en outre une sensation pénible d'obstruction nasale et de gêne pharyngée. De sorte qu'on peut répéter pour le zona la phrase que je vous citais tout à l'heure de Fournier à propos de l'herpès : « moins y touche.,. » on ne peut pas dire « mieux il va », mais mieux cela vaut.

Ce qu'il faut surtout, c'est surveiller la cornée pour éviter la kératite tardive qui peut survenir. J'ai présent à l'esprit un malade que je vois de temps en temps qui a eu un zona ophtalmique très accentué, avec cicatrices marquées, anesthésie persistante dans tout le domaine de l'ophtalmique et douleurs qui lui permettent cependant un certain repos. Mais de temps en temps il refait une poussée de kératite. A un moment donné je fus contraint de lui faire une tarsorraphie médiane que je laissai en place pendant six semaines ou deux mois. J'avais alors ouvert de nouveau la paupière. Il refit quelques semaines plus tard une nouvelle kératite qui obligea à une nouvelle tarsorraphie ; et maintenant c'est lui qui demande qu'on lui laisse son œil fermé parce qu'il craint qu'à la faveur de la réouverture de l'œil il se reproduise une kératite. Je crois qu'il a raison, car chez ces malades sujets à de fréquentes poussées de kératite, *le meilleur traitement est la tarsorraphie médiane.* Elle permet de protéger la cornée et d'éviter ces irritations qui sont d'autant plus faciles qu'il s'agit d'altérations nerveuses du trijumeau pouvant prédisposer à cet accident.

M. Gautrand m'a communiqué également l'observation d'un malade atteint de zona, chez lequel l'œil nu ne décelait pas la moindre trace de lésion cornéenne, mais la lampe à fente montrait par place une desquamation de l'épithélium, ce qui témoignait que la cornée n'était pas normale et exposée à toutes les lésions qu'on peut observer au cours de ces névrites dues au zona. C'est donc un point très important, car les malades atteints de zona doivent être surveillés dans ce sens : on pourra ainsi éviter les complications fâcheuses qui viennent assombrir le pronostic.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

Clinique gynécologique de la Faculté de médecine de Lyon

Les phlegmons du ligament large

Par M. le Professeur **VILLARD.**

Je vous ai parlé dans ma dernière clinique des infections périutérines à siège péritonéal. Je vous ai décrit rapidement certains cas rares de péritonite aiguë grave diffusant rapidement vers le grand péritoine, mais je vous ai dit que ce que l'on voyait généralement, c'était la péritonite localisée, enkystée dans le petit bassin. Je vous ai expliqué que celle-ci, la vieille pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil, n'était généralement qu'une complication des annexites, que souvent des collections séreuses ou purulentes fondaient assez vite laissant voir à leur place la lésion maîtresse salpingo-ovarienne. Mais à côté de ce infections du péritoine pelvien, fréquentes et banales comme les salpingites qui les conditionnent, l'on doit décrire des infections du tissu cellulaire périutérin. Au milieu du siècle dernier Monat et Valleix leur attribuaient toutes les inflammations pelviennes, mais elles furent peu à peu détrônées par la pelvi-péritonite d'origine salpingienne. Ces phlegmons du tissu cellulaire pelvien ou phlegmons du ligament large sont en effet infiniment moins fréquents que les pelvi-péritonites. Vous rencontrerez donc assez rarement leur tableau clinique et de plus je m'efforcerai de vous démontrer que si ce tableau correspond dans certains cas au phlegmon classique du ligament large de type supérieur ou inférieur, il masque plus souvent peut-être des affections toutes différentes : phlébite du ligament large pour le type inférieur, péritonites enkystées hautes pour le type supérieur. Ainsi se trouve singulièrement rétrécie la part, un moment prépondérante, attribuée aux phlegmons du tissu cellulaire dans les inflammations pelviennes.

Pour comprendre la formation des phlegmons du ligament large, il faut connaître la disposition du tissu cellulaire du petit bassin. Celui-ci est présent dans deux régions bien distinctes. L'une est comprise entre les deux feuillets du ligament large, le tissu cellulaire y est peu abondant, il communique largement avec celui des fosses iliaques.

L'autre, plus basse, est formée par l'espace angulaire compris entre le releveur de l'anus d'une part, le vagin et le rectum d'autre part. C'est là la base du ligament large, dite encore paramétrium ou gaine hypogastrique. Le tissu cellulaire y est abondant, parsemé de ganglions et de lymphatiques, venant pour une bonne part de la muqueuse utérine. Notons encore la présence d'artères et de veines, surtout d'un énorme lacis de veines utérines. A chacune de ces régions correspondront classiquement les variétés haute ou basse du phlegmon du ligament large.

Ces phlegmons sont dus avant tout à l'infection puerpérale après les accouchements ou les avortements. C'est là la cause la plus constante mais non absolument unique. Les interventions sur le vagin et le col, les traumatismes intra-utérins : dilatations, curettages, manœuvres abortives, interviennent parfois. L'on a même incriminé les maladies générales, mais cette étiologie semble absolument exceptionnelle.

L'agent pathogène que l'on doit incriminer pour expliquer ces phénomènes inflammatoires à point de départ endo-utérin est généralement, comme on pourrait le prévoir, le streptocoque. Les autres microbes, le gonocoque entre autres, souvent coupable de pelvi-péritonite, ne jouent ici qu'un rôle très effacé.

Mais si les notions que nous possédons sur l'étiologie et sur l'agent pathogène des phlegmons du ligament large sont certaines et de toute évidence, il en va tout autrement quand nous cherchons à nous rendre compte de la nature exacte de la lésion. L'opinion la plus fréquemment admise, l'opinion classique, est qu'il se produit une infection du tissu cellulaire par voie lymphatique aboutissant généralement à la suppuration. Quelques auteurs ont soutenu, autrefois surtout, que l'infection du tissu cellulaire pouvait être due initialement à une phlébite d'origine utérine. Il s'agit toujours dans ce cas d'un véritable phlegmon. Pour nous, l'étude clinique des malades, les constatations opératoires nous ont fait considérer comme rares les cas où le tableau clinique classique de ces phlegmons correspond à

BIBLIOGRAPHIE

La physique des Rayons X à l'usage des médecins, par Loisel et Lomon, 1 vol. de 150 pages avec 49 figures. (Masson et Cie, éditeurs), 10 fr.

L'utilité de ce petit livre exposant en 150 pages toute la physique des Rayons X est aussi grande pour le praticien que pour le spécialiste radiologique.

Le Praticien appelé de plus en plus à recourir à l'Electro-Radiologie y trouvera les données scientifiques générales dont il a besoin, exposées sous une forme accessible à ceux qui n'ont ni une instruction physique très poussée ni le temps nécessaire pour faire des recherches dans de gros ouvrages.

L'électro-radiologiste y trouvera avec le détail théorique une vue d'ensemble et diverses questions qui ont fait l'objet d'articles, de communications, de travaux, lui apparaîtront groupées par un lien logique.

Des hernies diaphragmatiques et des pleurésies herniaires, par le Docteur J. Sabrazès et J.-V. Prade, 1 vol. in-8e, 56 pages, 1 figure. Paris, G. Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1925. Prix : 10 francs.

Cette étude est précédée par un chapitre sur le développement du diaphragme destiné à éclairer le sujet. La pathogénie, la classification, l'étiologie sont ensuite envisagées. Une observation de M. Sabrazès, suivie d'autopsie, pose la question des épanchements pleurétiques en rapport avec ces hernies, par analogie avec les vaginalités herniaires : Sabrazès et Prade ont rassemblé tous les cas connus de ce genre et en ont fait une étude comparative. A cette occasion ils abordent la symptomatologie, la radiologie, le diagnostic des hernies diaphragmatiques et montrent, en s'appuyant sur des observations, quelles sont les indications et les contre-indications opératoires.

Les chapitres suivants sont consacrés aux simulations cliniques des hernies diaphragmatiques, aux complications, aux modalités de terminaison.

Ce travail met clairement au point une question ardue et toute d'actualité. Il apporte, à l'appui de la notion des pleurésies herniaires, des documents nouveaux.

La Salpêtrière, par G. Guillain et P. Mathieu. 1 volume (19 × 24) de 90 pages avec 38 illustrations en 2 tons et 4 hors texte. (Masson et Cie, éditeurs) : 20 fr. Il a été tiré de cet ouvrage 100 exemplaires numérotés de 1 à C sur vélin à la cuve Montgolfier au prix de 100 fr.

L'occasion de cette publication a été fournie au Professeur Guillain et au Docteur Mathieu par les fêtes du Centenaire de Charcot, qui a ajouté un lustre nouveau à la célébrité du viel hôpital.

La Revue Hebdomadaire publie dans son N° du 26 septembre 1925. Le tour de la France Nouvelle : *Le Jeune Dauphiné* (A propos de l'Exposition de la houille blanche à Grenoble), par Marcel Provence. — *Le Génie d'Edgar Poe : Poe et la Femme,* par Camille Mauclair. *Reverrons nous la Guerre ? Les Chances de Paix — Les Partis et la Paix.* Interviews de MM. Léon Daudet, Louis Marin, Yvon Delbos, Marius Moutet, André Berthon, par Henry Ruffin.

Abonnement : France, un an : 60 fr. — Etranger. 75 fr. Le numéro : 2 fr. Plon, 8, rue Garancière, Paris.

Louis XV intime, par Claude Saint-André, 1 album in-4°, de 64 pages de texte et 40 planches en héliotypie, dont 3 en couleurs, sous portefeuille ; de la collection *Documents et Souvenirs.* Prix : 75 fr. Editions Albert Morancé, 30 et 32, rue de Fleurus, Paris.

C'est la vérité qui a manqué surtout à la mémoire du roi Louis XV, qui fut mieux qu'un « spleenétique couronné » ou un neurasthénique à idées noires ». Dans le cadre du palais de Versailles, aménagé et transformé, où tout un art nouveau s'épanouissait sous l'influence d'habitudes intimes et de coquetteries plus rares, Claude Saint-André fait revivre, par la plume et par l'image, le « Bien-Aimé »; entouré de l'essaim charmant de Mesdames, premières en son affection bien avant les favorites. Cet ouvrage jette un jour nouveau sur l'étrange nature de ce roi vacillant entre le mysticisme et la sensualité.

une cellulite suppurée et nous ont conduit à penser que les phlegmons du type inférieur n'étaient le plus souvent que des phlébites des veines du ligament large et les phlegmons du type supérieur, des péritonites péritubaires enkystées en situation haute. C'est pourquoi nous étudierons ces phlegmons en allant des types cliniques aux lésions anatomo-pathologiques que de nombreuses interventions nous ont permis de constater.

Forme diffuse aiguë.

Il existe d'abord une forme aiguë, véritable phlegmon diffus du ligament large, correspondant à une infection très virulente. A la suite d'un accouchement ou d'un avortement, le début en est brutal, précoce. Il se manifeste par un état général d'infection grave : fièvre élevée, frissons, tachycardie, facies d'infecté, dyspnée. La malade ressent des douleurs violentes dans le bas-ventre, mais l'on observe peu ou pas de symptômes péritonéaux : peu ou pas de contracture de la paroi, pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz, etc. Le toucher vaginal, pendant les premiers jours tout au moins, ne montre qu'une tuméfaction diffuse très douloureuse des culs-de-sac vaginaux, immobilisant plus ou moins l'utérus et prédominant d'un côté. Dans les formes où le processus s'étend haut le palper peut montrer une tuméfaction douloureuse dans la fosse iliaque d'un côté. Dans les cas très aigus, l'on observe une infiltration diffuse de tout le tissu cellulaire du petit bassin qui est œdématié, sanieux, sphacélé par place. La mort survient alors rapidement avant toute suppuration du fait des phénomènes infectieux. Dans les cas moins aigus l'on peut voir se former des collections suppurées en même temps que l'état général s'améliore. Dans les formes basses, ces collections se formeront au niveau des culs-de-sac vaginaux et pourront se fistuliser dans le vagin et le rectum. Dans les formes hautes, les abcès siègent surtout dans la fosse iliaque et peuvent se fistuliser au-dessus de l'arcade crurale. L'on voit enfin par propagation et évolution plus lointaine de la suppuration se former des abcès dans la région obturatrice ou à la région fessière.

Formes localisées.

Ce sont là les vrais phlegmons du ligament large. On les divise généralement en phlegmons hauts et bas ou encore en phlegmons du ligament large et phlegmons de la base du ligament large, suivant la région du tissu cellulaire pelvien où ils se développent. Cette division clinique doit être conservée même en discutant son substratum anatomique.

Phlegmon de la base du ligament large (phlegmon de la gaine hypogastrique de Delbet).

Huit à dix jours après un accouchement ou un avortement, la malade se met à souffrir du bas-ventre en même temps que sa température s'élève. Le toucher montre, après quelques jours, une infiltration d'un cul-de-sac, on a la sensation d'une masse dure capitonnant le cul-de-sac, poussant souvent une corne en avant entre l'utérus et la vessie, collant absolument à l'utérus qu'elle refoule du côté opposé. La face postérieure du col est libre, le cul-de-sac de Douglas de même, à moins de salpingite concomitante. Ces signes physiques sont, comme on le voit, assez différents de ceux des salpingites.

L'évolution de l'affection est absolument caractéristique ; l'on voit bien parfois se former une suppuration qui évolue alors, comme nous l'avons dit plus haut, vers le vagin ou le rectum, mais bien plus souvent cette suppuration qui paraissait imminente se fait attendre indéfiniment et peu à peu la tuméfaction évolue très lentement vers la résolution. L'on est persuadé qu'il y a du pus mais l'on ne sent pas où il est, l'on ne sait pas où inciser, et pendant ces atermoiments, la tuméfaction régresse progressivement en un ou deux mois.

L'on a l'impression qu'il s'agit d'un phlegmon ligneux chronique. Le cul-de-sac est blindé, dur, mais la paroi vaginale et le col sont aussi atteints d'œdème dur. J'ai essayé souvent chez ces malades d'ouvrir, de dilacérer, ces masses de blindage : l'on ne trouve généralement pas de pus, l'on a grand'peine à obtenir l'issue d'un peu de sérosité sanglante et la résolution n'en est pas accélérée.

Devant tous ces faits, l'idée s'impose alors que l'on a affaire à une phlébite des veines du ligament large. Tout comme les phlébites, cette affection apparaît au dixième jour du *post partum* ou du *post abortum* ; l'induration, l'œdème cartonneux, éveillent l'idée d'une phlébite. L'on comprend alors la résolution lente en un ou deux mois, l'absence presque constante de suppuration. Et si toutes ces preuves ne vous suffisaient pas, je pourrais vous apporter des observations de malades que j'ai opérés par le ventre et où j'ai constaté et vérifié l'existence de ces lésions de phlébite du ligament large. Je crois donc, sans nier la possibilité de cellulite suppurée de la base du ligament large, que l'on a, à ce niveau, le plus souvent affaire à de véritables phlébites.

Phlegmon du type supérieur (phlegmon du ligament large proprement dit de Delbet).

Ce phlegmon se présente comme tout à fait différent du précédent par son siège et aussi par son évolution clinique.

Son étiologie est, par contre, tout à fait identique ; il succède en général à un accouchement ou à un avortement. En général, il apparaît un peu plus tôt que le précédent. Il s'agit, en clinique, d'une malade qui a présenté après son accouchement ou son avortement quelques signes d'infection légère. Assez brusquement des douleurs apparaissent dans une fosse iliaque s'irradiant dans le pelvis, la fièvre atteint 39°, 40°, s'accompagnant d'un cortège de symptômes d'infection générale : pouls rapide, état saburral des voies digestives, etc. Il existe au début des signes de retentissement péritonéal sans toutefois que rien n'éveille l'idée d'un drame péritonéal véritable. L'on s'attend à trouver à l'examen une masse salpingienne mais la palpation fait sentir dans une fosse iliaque une tuméfaction dure, établie en plaque derrière la paroi abdominale antérieure tout à fait analogue en somme à un plastron appendiculaire. Le toucher montre que le cul-de-sac latéral correspondant est libre, le doigt atteint seulement le pôle inférieur de la tumeur. Celle-ci est en général séparée de l'utérus par un sillon assez net, tout au moins au début.

L'évolution de cette tuméfaction est assez caractéristique. L'on voit rarement la suppuration s'étendre et évoluer, comme le veulent les classiques, vers la peau de la fosse iliaque ou même de la cuisse, vers le psoas, la fesse, etc. Bien plus souvent le repos au lit, la glace, arrêtent l'évolution des phénomènes, la tuméfaction se limite, semble même régresser et l'on opè e en quelque sorte à froid.

Ce tableau clinique correspond bien dans certains cas à une collection suppurée, développée, comme le disent les classiques, ent e les deux feuillets du ligament large. Mais il me semble que dans la majorité des ca il traduit l'existence non pas d'un vrai phlegmon, mais de ce que j'ai depuis longtemps proposé d'appeler le « pseudo-phlegmon supérieur du ligament large » (Thèse de Pinatzis, 1906). Je tiens à vous rapporter dans quelles circonstances les faits ont attiré mon attention. Quelques jours après l'in-

cision abdominale d'une collection suppurée prise pour un phlegmon haut, la malade vit apparaître ses règles et l'on assista alors au phénomène curieux de l'issue du sang menstruel par l'incision abdominale. Il fallait donc que la trompe perméable s'ouvrit, par son ostium abdominale, dans le prétendu phlegmon qui ne pouvait être ainsi contenu dans un dédoublement du mésosalpinx, mais avait de grandes chances d'être situé en plein péritoine. Or, depuis, j'ai pu vérifier cette disposition anatomo-pathologique dans plusieurs observations ultérieures où l'intervention m'a montré le pavillon tubaire, libre mais congestionné, débouchant dans une poche purulente plaquée contre le péri oine pariétal antérieur et cloisonnée par des adhérences péritonéales. Il s'agit donc là d'une infection péritubaire haute avec trompe ouverte. Comment expliquer la modalité de cette lésion et son évolution ? C'est parce que la trompe n'est qu'effleurée par le passage d'une infection qui retentit immédiatement sur le péritoine voisin qu'on observe dans quelques cas rares la formation d'une péritonite enkystée autour d'une trompe ouverte au lieu d'une salpingite kystique banale. Et c'est parce qu'après un accouchement ou une fausse couche, la trompe est maintenue en situation haute par un utérus en involution que le pseudo-phlegmon supérieur est à localisation iliaque.

Nous voyons donc que les col ections suppurées du ligament large sont rares et que, de même qu'à la base le phegmon est le plus souvent en réalité une phlébite, de même à la partie supérieure l'on a généralement affaire à une collection péritonéale péri-salpingienne localisée. Et je tiens à insister en terminant sur le fait que ce te limitation du domaine des collections suppurées du ligament large n'a pas un intérêt purement théorique et pathogénique. La conduite du traitement en est complètement modifiée. L'on n'ira plus systématiquement à la recherche du pus. Le phlegmon de la base sera traité par l'abstention dans la plupart des cas. L'immobilité destinée à parer à la phlébite des membres inférieurs ou à l'embolie pulmonaire remplacera seule des interventions inutiles ou même dangereuses. De même le phlegmon supérieur peut se résoudre spontanément, le traitement à la glace amenant une régression plus ou moins rapide. L'opération à chaud n'est là de mise que dans les lésions d'allure extensive avec phénomènes généraux marqués. L'on a tout intérêt, au contraire, à retarder l'intervention dans les lésions limitées d'allure peu virulente, à tendance résolutive. L'incision simple de la poche purulente en s'efforçant de ménager les adhérences qui la sépare du grand péritoine suffira généralement tout au moins pour un temps,, à guérir la lésion.

CHRONIQUE

Quelques considérations sur la puberté

Par **Henri VIGNES**

Age de la puberté.

Les caractères somatiques et une partie des attributs sexuels, caractéristiques de la puberté, se manifestent plus tôt chez les filles que chez les garçons.

Les règles apparaissent le plus habituellement vers 13 ans, du moins à Paris et dans les conditions actuelles d'existence bourgeoise : tel est du moins le chiffre moyen auquel je suis arrivé d'après plus de 400 femmes de ma clientèle obstétricale, c'est-à-dire de femmes qui, ayant eu des enfants ultérieurement, ont fait la preuve d'un bon fonctionnement génital.

Cette date peut d'ailleurs présenter des variations importantes et, en s'en tenant aux chiffres fréquemment observés, on doit considérer comme normaux les pubertés débutant de 11 à 15 ans.

Certaines conditions semblent influer sur l'apparition de la puberté : 1° les citadines sont réglées un peu plus tôt que les villageoises (dix mois dans la statistique de Raciborski) ; 2° les jeunes filles de classes aisées sont réglées plus tôt que les jeunes filles plus pauvres ; 3° les jeunes filles actuelles sont réglées plus tôt que ne l'étaient les jeunes filles d'il y a trois quarts de siècle ; 4° plus on se rapproche du Nord et plus la puberté est tardive ; 5° certaines forces qui se transmettent par hérédité jouent un rôle pour déterminer l'époque de la puberté : dans certaines familles il existe des femmes réglées de bonne heure et arrivent très tard à la ménopause, comme par l'effet d'un « sens génital » particulièrement actif. (Raciborski).

En dehors de ces conditions physiologiques, dont l'effet d'ailleurs se manifeste seulement sur des moyennes, il faut tenir compte que certaines circonstances hygiéniques et certains facteurs pathologiques interviennent pour rendre la puberté plus précoce ou plus tardive.

Modifications anatomiques de la puberté

Ovaire. — *Pendant toute l'enfance* (1) un grand nombre de follicules primitifs s'atrophient : d'autres présentent une véritable maturation, telle qu'ils peuvent atteindre la taille du follicule mûr : cependant, jamais ils n'arrivent jusqu'au stade de la ponte ovulaire et ils finissent, eux aussi, par dégénérer (2).

Le nombre de ces follicules en voie de croissance augmente depuis la naissance jusqu'à la puberté et dans les temps qui précèdent la puberté il se produit d'importantes poussées de préovogenèse abortive (3).

Lors de la puberté l'ovaire se congestionne, grossit et plusieurs dizaines de follicules s'accroissent : *l'un d'eux mûrit complètement et déclanche la menstruation* (3). Tout se passe comme si la fonction sexuelle, jusque-là réprimée, faisait un effort pour réaliser son devenir et « y mettait le prix. »

Je signalerai enfin, d'après De Lee, que très généralement le premier follicule arrivant à maturité complète serait situé près du hile ovarien.

Utérus. — L'utérus fœtal est rectiligne, sans flexion (4), son calibre est uniforme : il est presque uniquement

(1) Lors de la naissance, l'ovaire est relativement gros et contient un très grand nombre de follicules en voie de maturation : il est vraisemblable que cette poussée est mise en jeu par l'action de l'hormone ovarienne maternelle s'exerçant à travers le placenta. Ces follicules subissent d'ailleurs une involution dans les suites de naissance, et l'ovaire, de ce fait, perd rapidement un cinquième environ de son volume primitif. D'après Halban, cette poussée de croissance folliculaire ne va pas jusqu'à une maturation complète ; pourtant Hoffbauer et de Sinéty auraient constaté la présence de follicules mûrs. Il est vraisemblable que c'est cette poussée ovarienne qui conditionne la crise génitale du nouveau-né, sorte de puberté en miniature qui se caractérise dans un petit nombre de cas par un écoulement rappelant les règles et par une congestion mammaire.

(2) Après l'achèvement de l'organogenèse, dit Lacassagne, les follicules primaires contenus dans l'ovaire sont en nombre considérable » (des centaines de mille). « Or... un ovocyte arrive à maturité chaque mois pendant les trente ans environ que dure l'activité sexuelle en sorte que « 300 ou 400 follicules au plus pourraient être utilisés pour assurer la fonction de reproduction »... « La dégénérescence est intense dans l'ovaire jeune » ; à la puberté, les follicules ne se comptent plus que par dizaines de mille et « le phénomène se poursuit durant toute la vie ; et l'examen d'un ovaire quelconque montre toujours plusieurs follicules à des stades différents d'involution », caractérisés « d'une façon constante par un processus de destruction de l'œuf et de son épithélium, d'une façon inconstante par une édification, aux dépens des cellules de la thèque. »

(3) En tout cas il faut bien se rappeler que quel que soit le nombre de ces follicules, il n'y a pas de corps jaune vrai avant le moment où la menstruation se produit.

(4) Il est exceptionnel d'observer des antéflexions ou rétroflexions à cet âge. Cependant une concavité antérieure modérée est très fréquente.

formé par du col : d'ailleurs les deux muqueuses, corporéale et cervicale, sont absolument identiques (1).

Au cours de l'enfance, les dimensions de l'utérus restent à peu près stationnaires, jusque vers 4 ou 5 ans ou, du moins, si elles augmentent, c'est dans la même proportion que celles des autres organes : puis, de cette époque jusqu'à la puberté, il se produit une très légère accélération de la croissance, conditionnée sans doute par les nombreuses poussées folliculaires dont nous avons parlé plus haut. Cette augmentation de volume porte d'abord sur la muqueuse, dont les cellules se multiplient et dont les cils apparaissent. Ultérieurement, vers la fin de l'enfance, la musculeuse commence à s'accroître. Par ailleurs, l'utérus, jusque-là rectiligne, se met en antéflexion le plus habituellement, ou quelquefois en rétroflexion, par l'effet de la pression des viscères.

On comprend donc que l'on puisse distinguer dans l'état pathologique appelé infantilisme utérin, deux formes : une forme fœtale où l'utérus est tout en col, où la portion cervicale ne se différencie nullement de la portion corporéale, et où il n'y a pas de flexion, et une forme infantile proprement dite où la prédominance du col est moindre, où le col est souvent conique, où il y a une ébauche de différenciation morphologique des deux segments et où il existe en général une antéflexion marquée.

Enfin, à l'époque de la puberté, le volume de l'utérus augmente très rapidement, beaucoup plus rapidement que celui des organes somatiques, sous l'influence de l'hormone ovarienne : le col et le corps se différencient, le col restant rond, le corps devenant plat. En même temps le fond se développe et pousse sa convexité entre les trompes.

Les trompes qui ont une forme en tire-bouchon au début de l'organogenèse intra-utérine, deviennent rectilignes *à la naissance* ; *à la puberté*, elles prennent un grand développement et commencent à présenter des phénomènes sécrétoires importants.

La vulve, *à la puberté*, se développe rapidement. Les grandes lèvres s'infiltrent de graisse, prennent de la fermeté, se modèlent et tendent à cacher les petites lèvres. En même temps, la glande de Bartholin et les diverses formations érectiles subissent un accroissement considérable (2).

Glandes mammaires. — A la puberté (3), les canaux galactophores se ramifient et la glande mammaire acquiert le type adulte. Ce développement se fait généralement avant que les règles n'apparaissent et on s'aperçoit qu'une fillette sera bientôt réglée lorsqu'on voit ses seins se développer. Il y a lieu d'insister sur ce que cette poussée de développement se produit parfois avant la première menstruation, par conséquent avant qu'il y ait de corps jaune dans l'ovaire.

Bassin. — Le bassin du fœtus est arrondi et il est semblable, ou à peu près semblable, dans les deux sexes.

Dans le cours de l'enfance, chez les fillettes, les diamètres transversaux tendent à l'emporter sur les diamètres antéro-postérieurs : cette différence va en s'accélérant et en s'accentuant *vers l'époque de la puberté* : les crêtes iliaques s'évasent, la symphyse pubienne reste moins haute que chez l'homme, les arcades pubiennes prennent une forme ogivale et, d'une façon générale, le bassin prend un type en harmonie avec les futures parturitions.

Ces modifications peuvent manquer chez des femmes dont la fonction ovarienne s'instaure mal : le bassin conserve le type infantile, plus ou moins arrondi, plus ou moins infundibuliforme. Ce sont des femmes aux hanches étroites, qui réalisent un type morphologique mal sexué. Chez certaines femmes, le type du bassin devient masculin, étroit et haut.

Comment s'instaure la menstruation

La première menstruation (1) est rarement inopinée, plus souvent annoncée par des prodromes : leucorrhée, qui est quelquefois périodique, et qui est quelquefois teintée de sang — pesanteur — parfois douleurs assez vives ayant pu faire penser à une affection grave et en particulier à de l'appendicite. Généralement aussi la première menstruation a déjà été annoncée par l'apparition d'un certain nombre de caractères somatiques dont nous allons parler tout à l'heure.

Le premier écoulement est assez habituellement peu important en quantité.

La seconde menstruation se produit quelquefois un mois après la première, et, pour Raciborski, chez les 2/3 des femmes (58 sur 87) l'écoulement acquiert d'emblée la périodicité qu'il aura définitivement. Quant à l'autre tiers des femmes, on observe des périodes d'aménorrhée plus ou moins longues entre les premières hémorragies menstruelles.

Dans les premières années qui suivent la puberté, il n'est pas rare d'observer des règles anormales par leur abondance et par leur irrégularité : règles profuses, règles trop rapprochées, hémorragies intercalaires. En dehors des cas qui se rattachent à une lésion d'un type classique, il faut reconnaître qu'il existe des hémorragies essentielles sans lésion décelable, même à l'autopsie ou à l'opération. Dans quelques cas, la muqueuse est épaisse, hyperplasiée ; dans d'autres, elle est mince et comme atrophiée. Parfois la paroi musculaire de l'utérus est augmentée de volume et très vascularisée, plus souvent elle est peu développée. L'ovaire est tantôt gros et polykystique, tantôt pâle et atrophié.

On a rattaché ces hémorragies à une exagération de la fonction ovarienne et c'est en effet une condition qui s'observe volontiers chez des fillettes précoces au point de vue physique, intellectuel et sexuel. Quel que soit d'ailleurs le substratum de cette exagération, il est assez exact de parler de suractivité ovarienne. Torre Blanco suppose qu'il y a une insuffisance du tissu lutéinique.

A côté de ces faits, il faut signaler ceux non moins fréquents où le trouble primitif est une insuffisance thyroïdienne, et un certain nombre de cas où la ménorragie serait causée par un trouble de la coagulation sanguine. Bourdeaux (2) a décrit des ménorragies de la puberté qui sont indolores, ne s'accompagnent d'aucun signe local physiques ou fonctionnel autre que l'hémorragie, et conduisent à l'anémie, et sont parfois accompagnées d'hémorragies supplémentaires ou complémentaires. Dans les ascendants du côté maternel, on retrouve fréquemment une tendance à saigner. Ces ménorragies semblent ainsi rentrer dans un syndrome hémorragique : le temps de saignement est augmenté ; la coagulation du sang veineux est en général retardée et anormale ; enfin le sérum a souvent une teinte cholémique.

Ces ménorragies sont justiciables du repos au lit, des préparations de fer, de l'ergot et de son succédané, le séneçon, des extraits hypophysaires et des extraits mammaires (3). Enfin,

---

(1) A la naissance, l'utérus subit une poussée passagère de croissance et d'hyperémie, qui est en rapport avec les phénomènes ovariens dont nous avons parlé. Cette poussée porte aussi bien sur le col que sur le corps et est une simple hypertrophie sans différenciation. Elle est suivie d'une involution néonatale.

(2) Les pratiques sexuelles prématurées ont pour effet de hâter le développement de la région vulvaire et Tardieu (*Etudes médico-légales sur les attentats aux mœurs*. Paris, 7e éd., 1878, p. 47) a fait remarquer qu' « un fait qui frappe chez les enfants livrés à ces habitudes corruptrices, c'est le développement prématuré des parties sexuelles et l'excessive précocité, qui contraste d'une manière parfois si singulière, avec l'âge, la taille, la force de la constitution générale des petites filles. »

(3) Lors de la puberté en miniature qui suit la naissance, il est de règle d'observer une hypertrophie mammaire, qui parfois peut être très accentuée.

(1) Nous avons déjà signalé qu'assez souvent, il se produit à la naissance une puberté en miniature. Dans 3 % des cas environ, il se produit des règles, si nous nous en rapportons à la thèse de Renouf (Paris, 19[illegible]5), mais ce chiffre concerne seulement les enfants qui présentent de véritables règles. En effet, si on examine au microscope les sécrétions génitales des petites filles dans les jours qui suivent la naissance, on y trouve d'une façon constante, d'après Halban, un certain nombre de globules rouges.

(2) Bourdeaux. — Les ménorragies de la puberté par dyscrasie sanguine. *Thèse de Paris*, 1919-1920 (Arnette, édit.)

(3) D[illegible]ay, qui a étudié ces faits dans *Gynécologie et Obstétrique* (Tome VII, p. 501) et qui a bien mis en valeur les diverses thérapeutiques utilisables, donne les indications suivantes en ce qui concerne l'opothé-

d'après Adler, les séjours à l'altitude combinés avec le repos au lit donneraient parfois d'excellents résultats pour assagir la fonction ovarienne.

L'instauration de la menstruation ne signifie pas forcément aptitude à la fécondation et le plus grand nombre de fillettes qui viennent d'être réglées seraient assez difficilement fécondables. Cependant il faut bien savoir qu'un certain nombre de fillettes ont pu être fécondées dès l'apparition des règles, et même un peu avant.

On sait, d'ailleurs, que la fécondation n'est pas incompatible avec l'aménorrhée qu'il s'agisse d'une aménorrhée primitive ou d'une aménorrhée secondaire.

Il semble, d'autre part, que l'aptitude aux sensations voluptueuses, tout au moins dans le plein de leur intensité, ne soit pas encore complète dans les années qui suivent la puberté.

Modifications somatiques

Morphologie générale. — 1° *Dans l'un et l'autre sexe, à la puberté, la croissance de l'individu commence à ralentir* pour s'arrêter quelques années plus tard. Ce ralentissement peut être dû à une « extinction » des réactions biochimiques qui conditionnent la croissance ou bien à une action inhibante de l'hormone sexuelle.

2° *L'homme et la femme, à la puberté, acquièrent une certaine silhouette* qui constitue un caractère sexuel. Le tissu cellulaire de la femme s'emplit de graisse et les formes s'arrondissent. Ce modelage ne fait en réalité que s'accentuer à cette période, car dès la quatrième ou la cinquième année les fillettes deviennent plus potelées que les garçons et leurs diamètres transversaux deviennent plus amples.

D'autre part, chez la femme, le squelette ne prend pas le type robuste qu'acquièrent généralement les garçons : il reste plus grêle et les saillies des apophyses sont moins marquées.

Poils et annexes de la peau. — *Dans les deux sexes, il apparaît, lors de la puberté, des poils aux régions axillaires et pubiennes.* En général, on considère que les poils pubiens apparaissent avant la puberté et les poils axillaires après. Godin, puis Paul-Boncour, ont étudié l'apparition de ces poils par une méthode anthropologique précise. « Désignant par P l'existence de poils au pubis et par A celle des poils axillaires, puis accolant à ces lettres un exposant variant de 0 à 5 (0 = absence de poils : 5 = maximum de la pilosité) on a ainsi successivement P^0 P^1 P^2... P^5 et A^0 A^1, etc. » (1). Le plus habituellement, après avoir noté P^1 A^0 au début de l'évolution pubérale, on note au bout de six mois P^2 et A^0, puis, six mois plus tard, P^3 A^1. C'est à ce moment que ce produit l'apparition des règles.

Par ailleurs, chez la femme, la puberté a pour effet d'inhiber la croissance des poils dans d'autres régions, où leur apparition constitue un stigmate de virilisme : c'est ainsi que chez le plus grand nombre de femmes, il n'apparaît ni barbe, ni moustache, ni poils thoraciques. Il s'agit là d'une véritable action inhibitrice de l'ovaire, car les follicules pileux de la face sont différenciés dans l'un et l'autre sexe avant la naissance ; c'est donc par l'effet d'une sécrétion empêchante que la barbe ne pousse pas aux femmes.

La peau se pigmente en certaines régions et surtout dans les régions génitales (1). *La sécrétion sébacée* augmente et la *sueur* prend à un degré plus ou moins marqué, parfois insignifiant, parfois incommodant, une odeur un peu âcre qui rappelle l'odeur du musc. Ces odeurs sexuelles, qui sont particulièrement développées dans les espèces animales lors du rut, se produisent dans l'espèce humaine d'une façon plus discrète mais plus permanente comme il est habituel pour un grand nombre des manifestations morphologiques et physiologiques de la fonction génitale.

Le **larynx**, à l'époque de la puberté, subit une poussée de croissance et ses dimensions s'accroissent plus vite que celles de l'ensemble du corps. Mais cette poussée est beaucoup plus marquée chez les garçons que chez les fillettes. Il en résulte que, chez les premiers, la voix devient beaucoup plus grave que chez les secondes.

Les **glandes endocrines** sont sollicitées à une plus grande activité au moment de la puberté. La thyroïde s'hypertrophie en même temps qu'il peut se manifester un nervosisme comparable à celui du goitre exophtalmique. L'*hypophyse* augmente assez souvent de volume, surtout au niveau du lobe antérieur et de même que le goitre exophtalmique est fréquent à la puberté, de même on observe assez fréquemment de l'acromégalie. Cette hypertrophie hypophysaire semble bien être la cause de certaines céphalées observées lors de la puberté avec accompagnement de troubles oculaires. De plus, il arrive que l'on observe à cette période une poussée d'allongement momentané mais important chez certaines fillettes. Enfin, notons que le *thymus* regresse de façon marquée au moment de la puberté.

Métabolisme. — Il se produit, au moment de la puberté, un certain nombre de modifications du métabolisme qui, cependant, ne sont pas absolument constantes. Les fillettes non réglées élimineraient plus d'*urée* que les grandes filles : l'établissement de la menstruation s'accompagnerait donc d'une rétention d'azote. Il en serait de même pour le phosphore et le soufre.

La fréquence respiratoire diminue au moment de la puberté pour prendre le type adulte, en même temps que la capacité thoracique augmente. Des recherches anciennes avaient semblé établir que les combustions organiques devenaient plus intenses au moment de la puberté ; mais si on en rapporte le chiffre à la surface de l'individu, il semble que le *métabolisme basal* ne soit pas modifié ou tout au moins qu'il ne soit pas modifié de façon constante, ainsi que l'a établi Benedict (2).

Assez habituellement il se produit une *augmentation de l'appétit*.

Cette augmentation de l'appétit peut même devenir une véritable *voracité* : beaucoup d'enfants mangent, à ce moment-là, beaucoup trop et beaucoup trop vite ; il en résulte assez facilement des troubles gastriques, surtout si le fonctionnement de l'estomac était déjà vicié par une affection antérieure gastrique, vésiculaire ou appendiculaire. Cette voracité marche souvent de

rapie. « Le type d'hypo-ovarie est caractérisé habituellement par la puberté tardive, l'accroissement persistant et exagéré des cartilages de conjugaison, la tendance à l'obésité, la diminution de l'activité intellectuelle, le besoin exagéré de sommeil, le manque de résistance à la fatigue musculaire et cérébrale, l'absence de désir sexuel. Ces troubles sont souvent associés à ceux de l'hypothyroïdie, c'est plus spécialement la bouffissure de la face et surtout des paupières, la sécheresse de la peau et sa consistance spéciale un peu épaissie, la chute des cheveux et des sourcils, la tendance aux migraines. A l'insuffisance hypophysaire et surrénale revient l'hypotension artérielle ainsi que l'asthénie musculaire. En opposition, on observe parfois le type d'hyper-ovarie : petite ou dont l'accroissement s'est arrêté brusquement avec l'apparition précoce de la puberté, l'œil vif, l'air éveillé, elle a l'aspect féminin avec des seins bien développés, elle est active et résistante à la fatigue. Il faut savoir que cette recherche n'est pas facile et souvent sans résultat précis. Pratiquement, c'est par tâtonnement qu'il faut procéder : on donnera 10 à 20 centigrammes d'extrait d'ovaire, d'ovaire total alternant avec l'extrait de corps jaune et 5 centigrammes d'extrait thyroïdien par jour pendant dix à douze jours consécutifs. L'extrait thyroïdien doit être manié avec prudence surtout chez les arthritiques congestives, dont l'état peut être singulièrement aggravé par une médication intempestive. L'extrait hypophysaire (lobe postérieur) a une action hémostatique certaine, il est plus actif par voie sous-cutanée. 1 c. c. (correspondant à 1 à 5 centigrammes de glande) sera renouvelé de deux en deux jours en commençant le troisième jour des règles. L'adrénaline sous forme de sérum adrénalisé (XX gouttes de la solution au millième dans 100 c. c. de sérum physiologique) sera surtout utilisé comme tonique.

(1) Paul-Boncour. — La puberté chez les anormaux. *Progrès Médical*, 18 déc. 1920.

(1) Paul Dalché et ch. Fouquet. — Les pigmentations cutanées d'origine génitale chez la femme. (*Gynécologie*, 15 Févr. 1903.)

(2) Benedict et Hendry. — The energy requirements of girls from 12 to 17 years of age. (*Boston Med. and S. Journ.*, 1921, p. 217, p. 237, p. 282 et p. 329.

pair avec un certain degré d'hyperthyroïdisme. A l'opposé de ces faits, il faut citer ceux d'*anorexie* ; celle-ci a quelquefois un fondement organique et est liée à un état de dépression dû lui-même à une croissance trop rapide ou à une mauvaise hygiène ; dans d'autres cas, il faut incriminer des troubles psychiques : désir de maigrir, volonté mystique de jeûner ou enfin, comme Schnyder l'a signalé, désir violent et inconscient de rester enfant et de régresser vers le type pré-pubertaire.

Quoi qu'il en soit de toutes ces modifications du métabolisme et de la nutrition, il est certain que la puberté constitue pour la fillette une époque critique ; alors que, pendant les années qui précèdent la puberté, il meurt autant de filles que de garçons, de 14 à 18 ans il meurt 128 filles pour 100 garçons, et de 18 à 22 ans, 105 filles pour 100 garçons. C'est à cette époque que se développent la chlorose, la tuberculose, que l'on observe un bon nombre d'ostéomyélites, que des syphilis congénitales, jusque-là peu marquées, ou des cardiopathies congénitales se révèlent, c'est enfin l'époque où apparaît la scoliose.

La **force musculaire** se développe à la puberté.

Organes des sens. — Il se produit un certain nombre de modifications au niveau des organes des sens, et en particulier le développement de l'odorat et la diminution de la sensibilité tactile.

Psychologie.

Un certain nombre de modifications se produisent dans l'état mental et moral au moment de la puberté : 1° la fillette acquiert la sensation d'être adulte et prend de ce fait une certaine personnalité ; 2° son aptitude à raisonner se perfectionne ; 3° elle devient plus impressionnable que les garçons ; 4° en rapport avec la perception obscure ou consciente de la sexualité, il se produit un certain nombre de modifications psychologiques : coquetterie, besoin de se rendre intéressante, de plaire, ou au contraire réserve et même tendance à la solitude ; 5° il se développe en même temps un sentiment plus vif de la solidarité en sorte que les fillettes se préoccupent davantage de partager les joies et les douleurs d'autrui.

En même temps que ces changements psychologiques normaux, peuvent se développer un certain nombre d'états mentaux anormaux : démence précoce, psychoses diverses, dégénérescence mentale, mélancolie, délire religieux, hystérie et nymphomanie, tous ces états reconnaissant d'ailleurs des causes congénitales et des causes occasionnelles, telles que fatigue, choc moral, maladie aiguë, croissance trop rapide, mauvaise hygiène.

Castration prépubertaire.

La castration pratiquée avant la puberté détermine des modifications beaucoup plus accentuées que lorsque cette intervention est plus tardive, car dans l'espèce humaine et chez les mammifères bon nombre des caractères sexuels sont irréversibles, ou du moins relativement irréversibles. Les faits de castration prépubertaire sont d'ailleurs fort rares dans l'espèce humaine et c'est surtout par les documents de la pratique vétérinaire et de l'expérimentation que l'on peut s'en faire une idée.

Les sujets castrés ont souvent une croissance en longueur assez accentuée, portant principalement sur les membres inférieurs : leurs seins et leurs mamelons ne se développent pas, leurs hanches restent étroites, leurs fesses plates, leur pubis glabre ; d'autre part, leurs organes génitaux, aussi bien les muqueuses que la musculeuse de l'utérus, restent dans un état pubescent ou infantile. Il faut d'ailleurs tenir compte, dans l'interprétation de ces modifications anatomiques, que souvent cette atrophie des organes génitaux est due, pour une part, aux lésions vasculaires et nerveuses de l'opération.

Enfin, exceptionnellement, un certain nombre de sujets castrés peuvent prendre des stigmates de virilisme.

Anomalies de la puberté

Infantilisme. — Sous le nom d'infantilisme, on décrit la persistance, après la puberté, des caractères anatomiques, physiologiques et psychologiques de l'enfance.

L'infantilisme, chez la femme, se caractérise par la longueur des membres, l'insuffisance de la pilosité, le peu de développement des seins, la maigreur des hanches, l'atrophie des organes génitaux externes et le peu de développement de l'utérus. De plus, on note, en général, de l'aménorrhée ou tout au moins une tendance aux retards, qui sont liées à une insuffisance ovarienne, les follicules restant petits et mal développés. Dans le cas où il n'y a pas d'aménorrhée et où la menstruation se produit, il est assez habituel qu'elle reste peu abondante, soit par petitesse de la surface saignante, soit par médiocre valeur fonctionnelle de la muqueuse utérine.

Assez souvent aussi, chez les femmes qui sont réglées, il se produit de la dysménorrhée, celle-ci semblant causée par le fait que l'utérus en est resté à un stade infantile, dans lequel la muqueuse est proportionnellement trop développée pour le muscle. Cette muqueuse, au moment de la congestion menstruelle, devient turgide et mal à l'aise dans son manteau musculaire trop étriqué, d'où production de douleurs qui peuvent parfois avoir le caractère de crampes.

Pour qu'il y ait infantilisme, il faut qu'il y ait une lésion atrophiante des organes génitaux ; les autres dystrophies de la puberté ne sont pas de l'infantilisme, mais elles peuvent créer l'infantilisme en troublant secondairement le fonctionnement des organes génitaux. En effet, si l'on s'en réfère à la définition que nous avons donnée plus haut, l'infantilisme est une absence des caractères sexuels secondaires : or il semble bien que ceux-ci sont fonction de la glande génitale et uniquement d'elle. C'est donc seulement si une insuffisance thyroïdienne ou hypophysaire a empêché le développement de la glande génitale que l'on peut voir des syndromes mixtes, à moins qu'il ne s'agisse de cas où une même cause a lésé à la fois les diverses glandes.

En particulier en ce qui concerne l'hypophyse, on voit assez fréquemment des syndromes mixtes adiposo-génitaux, avec adiposité généralisée mais prédominante au niveau du tronc, troubls de la menstruation et médiocre développement des autres caractères sexuels secondaires.

Dans ceux de ces états où le trouble général est consécutif à une lésion de la thyroïde ou de l'hypophyse, un traitement dirigé contre l'insuffisance de ces glandes peut assez souvent améliorer l'état d'infantilisme, mais il faut de toute nécessité que cette thérapeutique soit appliquée de façon précoce, avant que la poussée de la puberté soit terminée.

Précocité sexuelle. — Chez un petit nombre de sujets, les divers caractères sexuels, seins, poils, menstruation, voire même fécondabilité (1) apparaissent de façon précoce et même très précoce : certaines fillettes sont réglées à 10, 9 et même 8 ans, et exceptionnellement on a pu voir des fillettes réglées dès l'âge d'un ou deux ans.

Un certain nombre de ces cas sont en rapport avec un fonctionnement précoce de l'ovulation, parfois héréditaire. D'autres sont liés à la stimulation pathologique des follicules par une tumeur ovarienne : en a vu, alors, après l'ablation d'une telle tumeur, la menstruation disparaître et les signes somatiques de la puberté régresser de façon plus ou moins accentuée (2).

Virilisme. — Chez quelques fillettes, à l'époque où devrait se produire la puberté, on voit apparaître des caractères somatiques et sexuels, plus en rapport avec le sexe masculin qu'avec le sexe féminin : hypertrophie du clitoris, étroitesse vulvaire, hirsutisme, aspect et comportement garçonniers. D'autre part, l'utérus ne se développe pas et les règles n'apparaissent pas (hormis certains cas où une tumeur surrénalienne de l'ovaire conditionne des métrorrhagies).

1° *Bon nombre de ces faits sont liés à une activité anormale du cortex surrénalien* et en particulier à la présence d'un hypernéphrome, siégeant soit dans la surrénale, soit dans une surrénale accessoire et en particulier au niveau de l'ovaire. On sait que l'hypernéphrome tend à la masculinisation ; il provoque chez la femme l'apparition des caractères sexuels masculins et chez le jeune garçon la puberté précoce. A vrai dire, cette

(1) Par exemple WEHEFRITZ (Pubertas prœcox und Gravidität. *Monatschrift f. Geburtsh. Gynäk.*, tome LXIII, fasc. II. 4 et 5 juillet 1923, p. 237) rapporte l'histoire d'une fille qui devint enceinte à 10 ans 1/2 et accoucha à 11 ans et 2 mois d'un enfant de 3.700 grammes, mesurant 51 cm. de long, et qui présenta des phénomènes éclamptiques au cours du travail. Son aspect corporel était celui d'une fille de 18 à 20 ans ; par contre, son intelligence ne dépassait guère celle d'un enfant de 10 ans.

(2) COMBY. — Maturité précoce chez les filles. *Arch. de méd. des enfants*, n° 8 août 1916.

influence des surrénales ne semble possible qu'en présence de la glande sexuelle (1) ;

2° *Mais il n'y a pas que ces tumeurs surrénales pour produire ce syndrome* et Beigel a rapporté l'histoire d'une femme qui, à 37 ans prit de la barbe et du poil et, à 46 ans, devint polycythémique et diabétique. On fit l'ovariectomie et on trouva une tumeur de l'ovaire ressemblant à un énorme corps jaune.

3° *Enfin certains de ces cas doivent être interprétés comme un véritable hermaphrodisme*. Pour KNUD KRABBE (2), dans tous ces cas où l'on trouve une combinaison de tumeurs surrénales et de virilisme chez les petites filles, ces tumeurs ne proviennent pas de l'écorce surrénale elle-même, mais de la partie de l'ébauche ovarienne qui, à une phase précoce de la vie fœtale, représente un élément mâle dans l'ébauche génitale et qui est en connexion avec l'ébauche de l'écorce surrénale. La sécrétion interne de l'écorce surrénale ne joue pas de rôle spécifique dans le développement sexuel et on peut observer l'hyperplasie surrénale en combinaison avec l'aplasie génitale (3).

Qu'est-ce que la puberté ?

Ayant décrit sommairement la puberté et ses principales anomalies, il nous reste à préciser quelle est la nature de cette crise organique.

Nous voyons à cette époque apparaître certains caractères somatiques, les uns qui sont manifestement utiles à la fonction sexuelle et les autres dont nous comprenons mal l'utilité, — et en même temps nous constatons que, pour la première fois, l'ovogenèse se déroule suivant un cycle complet : pendant les années qui vont suivre, les caractères, ainsi révélés, persisteront et, tous les mois, un nouvel ovule va mûrir.

La production de cellules sexuelles est donc permanente chez l'homme et chez quelques animaux domestiques : les caractères sexuels sont permanents et se renforcent légèrement lors du rut (4).

L'ovogénèse nécessite que la nutrition générale de l'individu ait un taux minimum. L. Loeb, il y a quelques années, a montré qu'une nutrition déficiente compromet la vitalité des follicules (5). Les influences saisonnières, l'inanition sont de nature à suspendre la menstruation chez la femme. Inversement, on peut hâter la maturité sexuelle de certaines espèces domestiques par le moyen d'une ration empiriquement établie pour produire cette précocité.

L'ovogenèse nécessite que l'individu ait atteint un certain degré de sa croissance (1). La puberté, d'après Blair Bell, se produit à l'époque où l'organisme en a fini avec les besoins de la croissance. La maturation des cellules génitales n'existe pas chez le jeune qui a besoin de ses nucléines pour effectuer sa croissance, dit Champy (en parlant d'ailleurs de la spermatogenèse plutôt que de l'ovogenèse). Il faut donc que l'individu soit arrivé dans une certaine phase de son développement pour que sa fonction sexuelle et reproductrice se précise. Inversement, il semble que l'activité sexuelle inhibe la croissance. Nous l'avons déjà signalé tout à l'heure : ajoutons que l'inanition tout comme la castration ou une lésion grave des ovaires chez l'animal impubère peut réaliser un syndrome d'allongement somatique.

Il semble bien que l'ovule et les tissus satellites de l'ovule aient une influence importante pour déclancher la puberté à partir du moment où les conditions du milieu organique leur permettent de fonctionner. On a vu les caractères sexuels, jusque-là absents chez des castrés ou chez des animaux impubères se développer sous l'influence de greffes ovariennes ou après l'injection d'extraits ovariens actifs (2).

De ces faits, certains auteurs se sont crus autorisés à employer le vocable de glande de la puberté pour désigner l'ovaire ou la partie de l'ovaire que leurs théories les amenaient à considérer comme étant active. Il est très probable que cette façon de concevoir le déterminisme des transformations pubérales contient une part notable de vérité. Il ne faut cependant pas en surestimer la valeur et faire de la glande sexuelle le substratum unique de la sexualité.

En effet un certain nombre de caractères sexuels préexistent à la puberté et la puberté ne fait qu'en augmenter l'intensité. C'est un point sur lequel Champy (3) a beaucoup insisté : de même que l'hormone thyroïdienne agit sur les métamorphoses de certains organes déjà existants et ne fait pas apparaître ces organes, de même l'hormone ovarienne agit en renforçant, en catalysant, certains processus déjà ébauchés.

Enfin pour apprécier les effets de l'hormone ovarienne sur la morphogenèse de l'individu, lorsqu'il arrive à la puberté, il est une notion fort importante, qui ressort des travaux de divers expérimentateurs et en particulier de Pézard, c'est que, pour créer le type féminin cette hormone agit de deux façons différentes : en activant les caractères féminins et d'autre part en inhibant les caractères masculins.

(1) M. APERT a insisté à diverses reprises sur ces hyperplasies avec hypertrichose, adiposité et troubles sexuels. Ce symptôme varie suivant l'âge de début du mal. S'il remonte à la vie fœtale, il entraîne le pseudo-hermaphrodisme ; s'il se produit dans l'enfance, il entraîne la puberté précoce ; les cas où le début de la maladie se fait après la puberté sont rares : on voit alors, comme dans un cas de DALCHÉ, apparaître des moustaches, l'aménorrhée, l'atrophie utéro-ovarienne, ou comme dans un cas récent de HOLMES une grosse tumeur surrénalienne être associée avec une hypertrophie utérine, une hypertrophie du clitoris, de l'aménorrhée, de l'hirsutisme, de l'atrophie mammaire, une répartition masculine de la graisse, une perte de l'appétit sexuel et de l'impudeur. Tous ces symptômes disparurent après ablation de la tumeur. Pour PENDE, plutôt que de parler de masculinisme, il serait plus exact de parler d'hypergénitalisme dysharmonique : puberté précoce, obésité féminine et souvent perversion génitale chez le mâle, virilisme chez la femme.

(2) *Revue française d'endocrinologie*, 1925, p. 103.

(3) K. KRABBE rappelle que la glande génitale chez les embryons mâles est purement testiculaire, tandis que chez les embryons femelles, elle est bisexuée et consiste en une partie ovarienne externe et une partie testiculaire interne : c'est celle-ci qui touche l'ébauche de l'écorce surrénale. On sait que pour BIEDL, la gonade primitive serait bisexuelle et il suffirait d'un reste de tissu endocrinien de l'autre sexe, persistant après la différenciation, pour causer l'anomalie. Pour STEINACH, la gonade, primitivement indifférente, serait susceptible de mal se différencier, en sorte que des cellules endocrines de l'autre sexe puissent exercer leur influence hormonique sur le corps.

(4) M. CHAMPY a signalé les variations de l'ovogenèse dans les espèces animales et a décrit quatre types : 1° type *Lamproies* ; à la métamorphose, la spermatogenèse apparaît brusquement chez le mâle et l'ovogenèse, discrète jusque-là, s'accentue chez la femelle en même temps que s'affirment les caractères sexuels secondaires ; tous les éléments ont une évolution synchrone jusqu'à l'excrétion des produits génitaux et la mort de l'individu (poussée unique) ; 2° type *Grenouilles* il se produit, à une saison optima pour chaque espèce, une poussée brusque de cellules sexuelles, qui évolue avec une vitesse propre à chaque espèce et s'arrête totalement quand il y a eu production d'un certain nombre de cellules génitales (poussée saisonnière) ; 3° type *Hommes* et animaux domestiques ; la production des cellules génitales est permanente ; 4° type *Hérisson* : la production des cellules génitales est permanente mais subit des temps d'arrêt pendant les saisons défavorables, en froid (Hérissons) ou en chaud (Taupes et Cétacés).

(5) Récemment Jacob ARAGER a montré que la famine est un agent de retard et de régression pour le développement de la gonade des embryons d'amphibiens (*C. R. de la Soc de Biol.*, Paris, 1925, tome 93, p. 342).

(1) « Ce n'est qu'après avoir accumulé peu à peu toutes les richesses anatomiques et physiologiques dont la reproduction de l'espèce a besoin, ce n'est qu'après avoir tout disposé pour assurer le développement du nouvel être dans le sein maternel et son existence après la naissance, que la nature couronne son œuvre en donnant à la femme la faculté de reproduire. » (RACIBORSKI.)

(2) Par exemple, tout récemment, R. T. FRANK, puis ALLEN et DOISY, par l'injection de liquide folliculaire chez de jeunes rats à l'époque propubertaire, ont pu déterminer au niveau des organes génitaux les mêmes modifications que celles du rut. (Introduction of Sexual Maturity by Ovarian Follicular Hormone. — *American journal of Physiology*, août 1924, p. 577.)

(3) Il est une autre notion sur laquelle CHAMPY a également insisté, notion qui a une grande importance pour la biologie génitale ; c'est qu'il n'y a pas une puberté mais des pubertés : chaque phénomène de croissance sexuelle apparaît à un moment qui lui est particulier et s'accélère à un autre moment qui lui est également particulier par rapport aux autres caractères sexuels ; il y a autant de pubertés que de caractères. Ceci prouve que l'hormone sexuelle, uniquement excitante, active des caractères somatiques au fur et à mesure que l'organisme les crée et qu'elle ne contribue nullement à cette création.

MÉDECINE ET LITTÉRATURE

Un des Nôtres : Pierre Dominique

La Proie de Vénus. Bernard Grasset, édit. — *Notre-Dame de la Sagesse*. Bernard Grasset, édit. — *Quatre hommes entre vingt*. Le Divan, 1924.

J'ai dit plusieurs fois que je ne fais pas ici de la critique littéraire. Médecin, je lis... quand je peux, et je donne mes impressions sans me soucier de leur incomplètude. Je n'avais encore rien lu de Pierre Dominique, médecin paraît-il, et dont le nom se sculpte chaque jour davantage dans la pierre de la Renommée. Ce n'est pas faute que je n'eusse entendu copieusement parler de *Notre-Dame de la Sagesse* ; mais je vous le répète, je lis quand cela me chante... et il me faut, je vous l'assure, une furieuse passion pour m'essouffler à me « tenir au courant » après les éreintantes journées du praticien plus occupé sans doute que son mérite ne l'exige. Donc, l'autre jour, j'ouvris *la Proie de Vénus* de Pierre Dominique. Livre curieux, intéressant pour le psychiatre. Bellac en Limousin, est une petite ville comme toutes les petites villes. Henri Saint-Elme, charmant jeune homme, s'est suicidé. Le scandale est grand « et le mort était d'ailleurs à la fois trop ouvertement incroyant et trop peu connu dans la ville pour que le clergé commît la faute de le porter en terre ». Un tel enfouissement frise l'indécence et, parmi la foule des hommes, une seule dame de la société, madame Maréchal. Elle plaint « le pauvre petit ». Elle a, passant devant la fosse, un geste irréfléchi. Elle jette sur le cercueil un œillet rouge qu'elle avait aux doigts. Deux cents cervelles ruminent ce geste. La femme est grande, blonde, un peu molle : Saint-Elme était joli garçon. Et voici que l'obsession de l'amour va tourmenter la petite ville. L'honnête et insignifiante bourgeoise est devenue la femme pour qui un homme s'est tué. Elle éveille le désir et, désormais, les regards des hommes viennent brusquement se planter comme des flèches au creux mobile de ses reins. « Elle a beau avoir été ceci ou cela, une honnête femme un peu molle qui n'a eu pour Henri Saint-Elme qu'une admiration sans désir, *elle sera comme le pays la voit* ». La suggestion agit sur elle dont la démarche devient inconsciemment voluptueuse : elle agit sur tous, l'adolescent, le ligneux aristocrate, le sceptique docteur, le prêtre, le garde-chasse. Ils la désirent ; ils la croient amoureuse ; la confession elle-même de son honnêteté ne saurait convaincre le prêtre. La légende est — comme toujours — plus forte que la vérité. Cédant, elle les eût rendus heureux. Irréprochable, elle les rend fous. Charles Mesnil meurt après un duel ; M. de la Berthonnière, en grand seigneur idiot, se fait sauter la cervelle, le mari en six mois se tue d'alcool — ce qui nous vaut une parfaite description du délire alcoolique. Il n'est pas jusqu'à François, l'enfant de chœur, qui ne s'expédie une balle en séton dans la paroi thoracique. Madame Maréchal est « Solange » pour la ville, et, des enfants de quinze ans cachent son portrait sur leur cœur. Elle est honnête, elle mourra honnête, elle n'a pas un attrait qui lui soit particulier, pas un charme que l'on ne puisse retrouver chez une autre. Elle était ignorée, sinon insignifiante. Et puis brusquement...

Oui, vraiment, livre curieux. Livre de médecin habitué à voir nos croyances modeler la réalité. Je le fis lire à mon vieil ami, le docteur Campagnou, qui, dans son canton, s'intéresse avec l'indépendance d'un isolé et l'esprit réaliste d'un ouvrier, au mouvement intellectuel de son époque.

— « Ce Pierre Dominique a du talent, me dit-il, son style est musclé. Il y a dans son livre une exagération voulue. La vérité. Euh ! Je suis toujours surpris de l'importance que les romanciers donnent au dramatique de l'acte sexuel. En Limousin, comme ailleurs, c'est moins sanglant. On fait ça plus gentiment. Il y a toute une éthique pratique... qui n'a rien à voir avec le drame. Evidemment on ne le chante pas sur les toits... mais... »

Et Campagnou me donna des exemples démonstratifs.

« Cependant, ajouta-t-il, faux pour le Bellac réel — ou du moins pour mon patelin —, le livre de Pierre Dominique est vrai quand on remonte jusqu'au symbole. L'amour est cruel et destructeur. C'est vieux jeu. C'est toujours vrai. La *Proie de Vénus* est un raccourci violent dont l'exactitude est suffisamment prouvée par ma lecture quotidienne du journal. Le couteau, le vitriol, le revolver. L'amour est féroce et la bête humaine ne change pas... »

Je m'arrête. Campagnou me prouva que l'homme n'a pas changé, qu'il a conservé sa « constante de férocité » et que les grands carnassiers humains ne sont pas l'apanage de l'époque de Shakespeare.

... « Oui... mais chez moi — et chez toi — on b. . tout de même sans faire tant d'histoires ».

***

Je le retrouvai quinze jours après, lisant *Notre-Dame de la Sagesse*. Il en laissait refroidir son bifteck.

« Tiens ! tu as eu la même idée que moi : j'ai acheté ce roman...

— « Oui ! ce Dominique m'intéresse. il a du tempérament...

Je pris le livre. Campagnou en avait souligné bien des phrases.

— « Ici encore. exagération. Procédé connu. Dans cet asile d'aliénés. le Directeur et les internes et leurs maîtresses sont trop névrosés ou trop fous... Je sais bien. je sais bien. les aliénistes ont mauvaise presse : j'en ai connu d'agités. de maniaques : un tel est atteint de logorrhée et tel autre installe une porcherie dont on dit : « la porcherie est pour les malades et l'asile pour les cochons » : je sais bien. je sais bien... justement le journal m'apprend qu'un aliéné de l'asile d'Ersquermes. à Lille. vient de se marier avec une jeune fille... et je relisais il y a quelque temps ta conférence sur *la raison chez les fous et la folie chez les gens raisonnables*... mais. au milieu des fous. les gardant et les soignant. un interne paralytique général qui met le feu à la chambre du copain. un directeur phobique qui désinfecte sa fourchette et nettoie ses œufs avec du coton hydrophile. l'autre interne. *essentiellement bien portant*. véritablement « toqué » d'une exaltée et que des pensionnaires enferment un soir au pavillon des épileptiques. tout cela est un peu fort de café... »

—« Tout de même. l'ensemble n'en est pas moins réussi...

— « Je te l'accorde... L'asile de Pierre Dominique n'existe pas... pas plus que son Bellac tragique... mais. si on observe l'ensemble des asiles (comme dans les faits divers du journal on prend connaissance des drames sexuels quotidiens)... il n'est que trop facile de trouver les internes et les patrons que nous décrit l'écrivain... sans compter que parmi les malades nous reconnaîtrions maints de nos camarades...

— « Oui ! c'est X... qui se promène en cage dans la cour d'asile. répétant le même adverbe... : c'est Y. terminant une existence de médecin colonial dans la confusion mentale : c'est Z... l'élégant professeur de chirurgie s'effondrant dans la P. G.

— « *Notre-Dame de la Sagesse*. je te l'accorde. est un des livres les meilleurs de notre époque. L'étude du fou mystique y est très poussée. la logique absolue de certaines formes de folie joliment démontrée. la puissance sociale des demi-fous suffisamment soulignée... et. ce qui ne gâte rien. le tout est enrichi d'excellentes formules épinglées sur un style aux vigoureuses images. En voici une : « Le silence était sur leur immobilité. couché comme un grand fauve qu'on sentait plein de vigueur farouche »...

Je ne dirai pas grand'chose de *Quatre hommes entre vingt*. C'est de la critique littéraire consacrée à Montherlant. Morand. Cocteau. Drieu de la Rochelle. « avec. dit la couverture. un prologue disant l'inutilité de vivre une vie qui ne serait pas amoureuse ou guerrière ». C'est de la critique de biceps retroussé. Une truculence qui a fait sourire Campagnou. Ce n'est pas. certes. indifférent. Mais Campagnou. qui. lui aussi. a fait — et bien je vous l'assure — la guerre dans l'infanterie. Campagnou qui sait qu'il y a. dans la vie des idées. autre chose que des romans et des rugby's littéraires. Campagnou que le hasard a fait plus sportif que quiconque puisque vieil acteur et dirigeant influent. Compagnou qui n'ignore pas la valeur des « Quatre hommes » sur lesquels s'excite Dominique. a prononcé — je ne le garantis pas absolument — le mot de « naïveté ». L'auteur. dans sa truculente préface. engueule nos pères. et comment ! se pâme devant Whitman qui faisait — qui le disait du moins — des enfants à toutes les femmes qu'il rencontrait (pauvre Whitman !). chante la passion qui casse tout. construit des phrases sonores sur la guerre... et nous présente les « quatre guerriers » intrépides. grâce auxquels la civilisation cessera de crouler car « la civilisation croule. Elle ne s'en va. Elle croule ».

Dominique ! je suis inquiet.

— « Il a du talent. dit doucement Campagnou en tirant une bouffée de sa pipe... mais quel âge a-t il ? »

Paul Voivenel.

BIBLIOGRAPHIE

La pratique chirurgicale illustrée, par Victor PAUCHET. Fascicule VII. Un volume grand in-8 jésus de 255 pages, avec 188 figures, dessinées d'après nature, par S. Dupret (chez Doin, éditeur. Paris, 1925.) Prix : 30 fr. (Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris VIe).

Dans le Fasc. VII, VIRENQUE, « chirurgien esthétique » a décrit le procédé pour guérir les rides de la face et du cou.

Victor VEAU donne une admirable technique de la staphylorraphie.

Henri JUDET, avec de nombreuses figures et radiographies, explique le traitement des fractures *récentes par les appareils* (*membres supérieurs*). Cette question avait déjà été traitée par la méthode sanglante, par le Dr Dujarier.

Enfin Victor PAUCHET décrit les *branchiomes du cou, le cancer thyroïdien*, le traitement *des ulcus gastriques haut situés, par la résection en gouttière, l'ulcus gastrique et duodénal, le cancer d'estomac et les perforations duodénales aiguës*. Tous ces traitements sont d'actualité. La plupart des chirurgiens refusent d'opérer les ulcus gastriques haut situés, ou font de simples gastro-entérostomies dont le résultat est à peu près nul. Grâce au procédé « en gouttière » indiqué par Victor PAUCHET, la résection des ulcus haut situés n'est pas plus grave que celui des ulcus siegeant à la partie moyenne ou inférieure de l'estomac. Les perforations duodénales sont également décrites avec beaucoup de détails. En principe, l'auteur fait la suture pure et simple de la perforation duodénale, mais quand celle-ci est trop grande, il est nécessaire de réséquer le duodénum. Il n'y a pas deux cas semblables, chacun comporte une indication spéciale ; c'est ce que cet article explique.

Dans ce fasc. VII, Victor PAUCHET affirme une fois de plus sa grande expérience en chirurgie gastro-intestinale. Dans chaque nouveau fascicule, sa technique est simplifiée, ses résultats montrent une bénignité plus grande et ses résultats éloignés se montrent plus définitifs. Cette simplicité et cette bénignité s'affirment surtout dans deux sortes de chirurgie : — *a) celle de l'ulcus* pour lequel la gastrectomie est aussi bénigne que la gastro-entérostomie ; — *b) la chirurgie du gros intestin* ; qu'il s'agisse de cancer ou de déformations simples comme le méga côlon, la stase intestinale ou le doli-côlon. La bénignité de ces dernières opérations tient à ce qu'elles sont faites en deux temps. Dans le premier temps, l'opérateur fait un Mickulicz, c'est-à-dire qu'il pratique l'abouchement des deux extrémités intestinales à la peau. Huit jours plus tard, il pratique l'entérotomie avec entérotome et un mois plus tard la fermeture de l'anus, extra-péritonéale. Ainsi pratiquée, la chirurgie du côlon devient bénigne.

Fasc. VIII. 1 vol. in-8° de 250 pages avec 265 figures dessinées d'après nature par S. Dupret. Prix : 30 fr.

Dans ce Fasc. VIII. Les *fistules salivaires* et leur traitement ont été décrits par M. Pierre Mornard. *L'ectopie testiculaire*, par le Dr Thierry.

L'anus gargouille fait l'objet d'un intéressant travail du Prof. Lambret, de Lille.

Ce fascicule comprend également : *les greffes dermoépidermiques de Tiersch*, et leur technique suivant Mayo. Il est à noter que ces greffes peuvent s'exécuter sans laisser de trace et qu'il est indispensable, pour qu'elles prennent, d'avoir choisi le donneur. Il faut, en effet, qu'il y ait identité des sangs, comme pour la transfusion sanguine.

La question des *goitres* est traitée d'une façon très complète *L'occlusion intestinale*, chapitre de chirurgie d'urgence, est illustrée par de nombreuses figures. La cure de la *hernie ombilicale*, chez les obèses, exécutée suivant le procédé des frères Mayo, de Rochester. Le *prolapsus du rectum* a été décrit par l'auteur, suivant la technique de Lockhart-Mummery.

Il s'agit donc d'un traité *vécu* de chirurgie courante et spéciale qui rend tous ces travaux aussi intéressants pour le chirurgien praticien que pour le chirurgien spécialisé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La tuberculose pulmonaire. Etude de phtisiologie clinique et sociale, par L. BERNARD, 2e éd., 400 p., 19 fig. : 28 fr. (Masson.)

La Pratique des sanatoriums, par le Dr L. GUINARD, in-4°, 446 p., 31 ill., 32 pl., hors texte : 60 fr. (Masson.)

IVe conférence de l'Union internationale contre la tuberculose. Lausanne, août 1924, 412 p. : 45 fr. (Masson.)

Immunisation locale. Pansements spécifiques, par A. BESREDKA, 252 p. : 20 fr. (Masson.)

Gynécologie chirurgicale génito-statique, par C. SOBRE-CASAS, 112 p., 37 pl. : 25 fr. (Masson.)

Etude anatomique des artères de la peau. Etude radiographique, par Mme le Dr Philippe BELLOCQ, 64 p., 29 fig. : 12 fr. (Masson.)

Les médicaments cardiaques, par L. CHEINISSE, 180 p., 18 fr. (Masson.)

La HauteFréquence en oto-rhino-laryngologie, Diathermie. Haute-tension. Effluvation. Diathermo-coagulation. Etincelage, par L. LEROUX, 165 p., 74 fig., 15 fr. (Masson.)

L'oxyde de carbone et l'intoxication oxy-carbonique. Etude chimico-biologique, par le Dr Maurice NICLOUX, 250 p., 34 fig. 22 fr. (Masson.)

Histoire des Eaux minérales de Vichy, t. III, fasc. I, 248 p. 1 pl. hors-texte : 25 fr. (Masson.)


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René
Vincent
DRAEGER

FONDÉ EN 1873. — N° 41. Le Numéro : 50 Centimes 10 OCTOBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 35 fr.

Belgique et Italie........... 45 fr.

Étranger 1re zone......... 55 fr.

Étranger 2e zone......... 70 fr.

Etudiants : Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS — *Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec*

BRÉCHOT — *Chirurgien de l'Hôpital Trousseau*

CHIFOLIAU — *Chirurgien de l'Hôpital St-Louis*

CLERC — *Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière*

CODET — *Médecin des Asiles*

JEANNIN — *Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié*

LENORMANT — *Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis*

L. LORTAT-JACOB — *Médecin de l'Hôpital Saint-Louis*

PAUL-BONCOUR (G.) — *Professeur à l'Ecole d'Anthropologie*

A. PHILIBERT — *Professeur agrégé*

POULARD — *Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker Enfants-Malades*

Félix RAMOND — *Médecin de l'Hôpital St-Antoine*

VIGNES — *Accoucheur des Hôpitaux*

Rédacteur en Chef

Maurice LOEPER

Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Tenon

Secrétaire de la Rédaction :

Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Un cours de radiologie pulmonaire avec démonstrations et exercices pratiques sera donné du 3 au 7 novembre 1924, à Leysin, par le Dr JAQUEROD et M. LAUFFENBURGER, radiologue de la Station climatérique.

S'inscrire pour parcours Aigle-Leysin et logement, auprès de M. Lucien Emery, administrateur, Grand-Hôtel, Leysin (Suisse).

VIIe Congrès international de Chirurgie (Rome, 1926). — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Rome les 7, 8, 9 et 10 avril 1926, sous la présidence de M. le professeur Giordano (de Venise).

Questions à l'ordre du jour :

1° *Curiethérapie du cancer utérin.* — Rapporteurs : MM. Beuttner (Genève), Ochsner (Chicago), Pestalozza (Rome), Recasens (Madrid), Regaud (Paris).

2° *Thérapeutique des tumeurs cérébrales.* — Rapporteurs : MM. Bastianelli (Rome), de Martel (Paris), Lazano (Saragosse), Percy Sargent (Londres).

3° *Chirurgie de la rate.* — Rapporteurs : MM. Cortes Llado (Séville), Henschen (Saint-Gall), Leotta (Bari), Papaionnou (Le Caire), Patel (Lyon), sir Berkeley Moynihan (Leeds).

4° *Abcès du foie.* — Rapporteurs : MM. Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie).

5° *Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.* — Rapporteur : M. Leriche (Strasbourg).

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan, Padoue, Venise, Bologne et Florence du 1er au 5 avril ; Gênes, Pavie et Turin les 13, 14 et 15 avril.

En plus de ce programme scientifique, il est aussi prévu une démonstration d'avion sanitaire par le professeur Piqué (de Bordeaux).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. L. Mayer, secrétaire général de la Société internationale de chirurgie, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

Le **IIe Congrès annuel de stomatologie** se tiendra à Paris, dans les locaux de la Faculté de médecine et de l'Ecole française de stomatologie, du 19 au 24 octobre. Il a été mis à son ordre du jour les questions suivantes :

1. *Les réactions sinusales dans les affections orbito oculaires d'origine dentaire.* — Rapporteurs MM. Worms et Berchev.

2. *Les moyens de contention des appareils complets du haut en bas.* — Rapports : MM. Guily et Lhirondel.

3. *Les pyorrhées, leurs traitements.* — Rapporteurs : MM. Rousseau-Decelle, Fichot, Monnier, Béliard et Baume.

Maison de santé de la Mayenne. — L'emploi de surveillant général de la Maison de santé de la Mayenne est actuellement vacant ; s'adresser au médecin directeur de l'établissement.

Médecins tchéco-slovaques à Paris. — Mardi 20 octobre, une centaine de médecins tchéco-slovaques arriveront à Paris et y resteront jusqu'au dimanche 24 après-midi, jour de leur départ pour Prague. Le matin de leur arrivée, ils se rendront aux bureaux de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.), à la Faculté de médecine. Pendant leur séjour à Paris ils comptent voir les principaux hôpitaux et établissements scientifiques, consacrant toutefois une partie de leurs après-midi à des visites de monuments; musées, etc. Le mercredi 21, le Dr AMMERLING, qui dirige leur excursion fera au Collège de France, une conférence sur : « Purkyne, fondateur de la médecine tchèque, ses rapports avec Claude Bernard et avec la médecine française ».

Recrutement d'infirmiers pour le territoire du Cameroun. — *Conditions d'admission* : Etre français, célibataire, bonne instruction primaire et aptitudes suffisantes pour occuper l'emploi en question, être physiquement apte à servir aux colonies. Les contrats sont établis pour deux ans.

La solde annuelle d'Europe de début est fixée à	5.600 frs.
Elle est augmentée à la colonie d'un supplément égal aux 9/10e, soit	5.040 —
Plus 1° une indemnité de zone de résidence ou de cherté de vie de 10 frs par jour, soit par an	3.650
2° Une indemnité annuelle de fonctions et de tournées	2.400 —
	16.690 frs.

Autres indemnités et avantages :

Indemnité de départ colonial égale à un mois de solde d'Europe.
Indemnité de première mise d'équipement de 500 francs.
Logement et ameublement fournis gratuitement,
Soins médicaux gratuits,
Congé de 6 mois tous les deux ans à solde d'Europe,
Voyage en 2e classe sur les paquebots et les chemins de fer.

Les contrats peuvent être renouvelés par durée successive de deux ans avec augmentation de solde d'Europe de 1.000 frs, plus le supplément et les diverses indemnités.

P. S. — Pour tous renseignements complémentaires s'adresser à l'Agence économique des territoires africains, sous mandat, 37, rue Taitbout.

Journées médicales Tunisiennes. (*Pâques* 1926, 2-5 avril). *Avant-projet des journées médicales.* — 1. Congrès (vendredi, samedi, dimanche et lundi de Pâques, 2-5 avril 1926) : *a*) le Congrès durerait 4 jours, à Tunis, les séances auraient lieu au Palais des Sociétés françaises, où sera organisée une exposition d'hygiène ; *b*) Les questions médicales mises à l'ordre du jour sont : 1. Chirurgie gastro-duodénale ; 2. Fièvre méditerranéenne ; 3. Prophylaxie et traitement de la rougeole.

Programme : Vendredi (matin). Arrivée des congressistes. (Réception, logement) ; 15 h. 30. Séance d'ouverture, sous la présidence du Ministre résident général, au Théâtre municipal ; 17 h. 1re séance du Congrès ; 21 h. Fête arabe (chez Son Excellence Sidi Dinguizli et son frère le Dr Dinguizli) après visite des souks, si possible illuminés. — Samedi 3, matin, Visites : Exposition d'hygiène, hôpitaux, instituts, abattoirs, etc. ; après-midi, 2e Séance du Congrès ; 21 h. Réception à la Résidence générale.

Dimanche (Pâques) : 1° Excursion (offerte aux congressistes) à Carthage (trains spéciaux : la possibilité d'une représentation au Théâtre antique est envisagée) ; 2° Excursions libres : Ruines de Dougga, Tuburho-Majus, Korbous ; tour du golfe de Tunis en mer. — Lundi 5, matin et après-midi, 3e et 4e séances du Congres de clôture ; 20 h. Banquet offert par le Comité aux congressistes. à partir du mardi : Excursions libres.

II. *Tourisme* : A. Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10. Circuit réduit : Tunis-Gabès-Kairouan-Tunis ; Visite de Tunis et départ le soir à 17 heures pour la France. — B. Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, Grand circuit : Tunis, Tozeur-Nefta-Gafsa, Kairouan-Tunis ; lundi 12, visite de Tunis, mardi 13, départ pour la France par Bizerte à 8 heures du matin.

Les congressistes auront en outre la faculté de visiter Tunis, le Bardo, Sidi bou-Saïd, La Marsa, Carthage, le dimanche de Pâques s'ils ne participent pas à d'autres excursions ; le lundi (en dehors des séances du Congrès) le samedi et le lundi suivants.

(Des tarifs très sensiblement réduits seront obtenus pour les circuits touristiques et dans chaque ville des Comités locaux seront oragnisés pour faciliter les excursions aux congressistes).

Durée d'absence : Calculée au départ de Paris, l'absence des congressistes aura une durée de *seize* jours avec le grand circuit touristique et de *douze* jours avec le petit circuit touristique.

V. *Adhésions au Congrès*. — Tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires de Tunisie peuvent adhérer, dès maintenant, comme membres participants aux *Journées médicales*. La cotisation individuelle est fixée à 100 francs. Les membres de leur famille (femmes et parents ou enfants) seront admis au tarif réduit de 50 fr. par tête.

Les médecins de la guerre et de la marine, les vétérinaires militaires et leurs familles n'auront à acquitter que 50 francs de cotisation individuelle.

Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine bénéficieront d'une cotisation exceptionnellement réduite à 40 francs.

Les congressistes *étrangers à la Tunisie* auront à acquitter une cotisation individuelle fixée uniformément pour eux et pour leurs familles à 40 francs.

Une carte personnelle donnant droit aux fête, excursions, représentation théâtre, banquet, etc., sera délivrée à chaque congressiste.

***

Toutes communications, souscriptions et adhésions doivent être adressées au Dr Gérard, secrétaire du Comité d'organisation (Bureau d'hygiène de la ville de Tunis).

Hôpital Laënnec. (Service du Docteur Henri Bourgeois). — ***Enseignement pratique* : *La Diathermie en O. R. L.***

Ce cours, dont le nombre des auditeurs sera limité à 6, commencera le 19 octobre, il comportera 8 leçons réparties de la façon suivante :

1° Notions élémentaires sur les courants de H. F., apprreils.
2° Utilisation thérapeutique des courants de H. F. en O. R. L, expériences fondamentales.
3° Diathermie médicale, étincellage, effluvation.
4° Diathermie chirurgicale (diathermo-consultation), mondalités d'emploi techniques, effets.

Les 4 leçons suivantes seront consacrées aux indications d'applications de la D. C. au niveau des différents territoires sur lesquels le laryngologiste est appelé à intervenir ; cavum et fosses nasales, pharynx, larynx, face.

La plus large part sera faite dans ce cours aux démonstrations pratiques.

Prix du cours 400 fr. s'adresser dans le service au Docteur Poyet.

TRAVAUX ORIGINAUX

Influence de la ponction lombaire sur la température, la tension artérielle et la diurèse,

Par MM.

Jean MICHAUX, Médecin de la Maison départementalede la Seine

A. LAMACHE et R. POULET, Internes du service

Nous avons eu l'occasion dans notre service de la Maison de Nanterre de soigner deux malades atteints de diabète insipide et porteurs de lésions nerveuses. Nous avons observé chez eux à la suite de ponctions lombaires une modification notable et assez durable de la diurèse ; à peu près au même moment, un vieillard présentait une hémorragie méningée avec température légèrement élevée et nous avons remarqué que la ponction lombaire abaissait la température centrale. Nous avons voulu vérifier ces faits après d'autres rachicentèses, et chez d'autres malades. Les recherches bibliographiques que nous avons faites sur ce sujet nous ont démontré que la question des rapports de la température et de la ponction lombaire n'avait guère été agitée jusqu'ici et que les opinions varient en ce qui concerne la diurèse.

Nous avons enfin complété notre travail par quelques recherches sur la tension artérielle.

La plupart de nos ponctions lombaires ont été pratiquées de façon à soustraire 10 centimètres cubes de liquide ; toutes ces ponctions ont été pratiquées chez des malades assis et les tensions spinales par conséquent prises dans cette position. Nous nous sommes mis dans des conditions telles (au point de vue régime entre autres) qu'on ne peut pas accuser nos résultats d'être artificiels.

Nous exposerons successivement pour chacun de nos trois chapitres le résumé de nos recherches bibliographiques et les conclusions auxquelles nous amène notre travail. On trouvera les observations à la fin de l'article.

I. Température centrale et ponction lombaire

Nous n'avons pas trouvé, au cours de nos recherches bibliographiques, de références permettant de penser que cette question ait été déjà abordée. Certes, il y a longtemps que l'on sait que la température centrale augmente dans certains cas d'hémorragie méningée et la loi de BOURNEVILLE concernant les inondations cérébro-méningées a établi un rapport entre thermométrie et tension du liquide céphalo-rachidien. Mais nous n'avons pas vu rapporter de cas où la ponction lombaire chez des individus sans lésion cérébro-méningée ait fait baisser la température. Nous avons, pour notre part, recherché systématiquement les modifications thermométriques après treize ponctions lombaires pratiquées chez onze malades différents (trois ponctions ont été faites chez le sujet de notre observation I). Les températures ont été prises le plus souvent régulièrement dans les jours qui ont précédé la rachicentèse ; en tous cas, elles ont été toutes prises rectales, immédiatement avant la ponction et tous les quarts d'heure, puis toutes les heures après. Nous avons évité autant que possible les causes d'erreurs dues au refroidissement artificiel, tous nos malades ont été soigneusement couverts. Il suffit de se rapporter à nos observations pour voir qu'après onze ponctions lombaires sur treize, la température s'est abaissée notablement, le plus souvent de 8 à 9 dixièmes de degré, quelquefois de 1 degré (observations II) et même de 1°3 (observation VI). Cette baisse de température est quelquefois presque immédiate (observations II, III, IV, etc.) ; elle se maintient habituellement plusieurs heures et quelquefois plusieurs jours (observations I, IV et VI).

Deux ponctions seulement n'ont pas entraîné d'hypothermie nette : l'une d'elles était la troisième rachicentèse pratiquée au malade de l'observation I, hypertendu, porteur d'une pachy-méningite hémorragique datant du 21 janvier 1925. Les deux premières interventions pratiquées le 21 et 24 janvier 1925, furent suivies de chutes nettes de température. La troisième datant du 13 février suivant, n'entraîna qu'une chute de température très légère et éphémère.

Le deuxième cas à peu près négatif (observation IX), concerne un vieillard porteur d'une fracture de la base du crâne, sans hypertension rachidienne et dont la température, préalablement élevée à 38 degrés, ne tomba que de quelques dixièmes de degré.

Il nous est, certes, difficile de conclure d'une façon absolue sur un nombre aussi restreint de ponctions lombaires, il nous a semblé cependant utile de signaler les faits et nous croyons pouvoir affirmer que la diminution des tensions rachidiennes produite par une rachicentèse amène une chute sensible de la température.

II. Tension artérielle et ponction lombaire.

Les rapports de la tension artérielle avec la pression du liquide céphalo-rachidien sont plus étudiés que ceux de la température.

Dès 1912, dans son excellente monographie sur le liquide céphalo-rachidien normal et pathologique, MESTREZAT admet un certain parallélisme entre les deux chiffres. Tout récemment, en avril 1924, OPPENHEIMER publiait dans les *Archiv. of Neurol. and Psychiatr.* (Chicago) une étude comparée des pressions sanguine, intraspinale et oculaire. Après des mensurations pratiquées sur 109 sujets différents, l'auteur ne trouve pas de parallélisme absolu entre le taux des trois tensions, mais relève de nombreux cas où, dans certaines conditions, elles tendent à s'élever ou à s'abaisser de concert. Il convient qu'en règle générale, une pression élevée dans un des trois appareils est associée à une pression élevée des deux autres. Même observation dans les cas de tensions basses. Mais, d'ans certaines conditions locales, une seule pression s élève. Par exemple, l'auteur considère que la tension oculaire est seule élevée dans le glaucome et que, en cas de fracture du crâne, si les tensions rachidienne et oculaire sont élevées, la pression artérielle est, par contre, habituellement abaissée par shock. Chez les hypertendus et les artérioscléreux, la tension spinale et la tension oculaire se sont montrées au-dessus de la normale. Enfin, chez la femme enceinte, les tensions artérielle et spinale seraient abaissées alors que la pression oculaire demeurerait normale.

C'est, par contre, un parallélisme étroit entre les tensions artérielle et rachidienne que constatent aussi bien chez les hypertendus que chez les hypotendus, MM. BAILLARD, MAGNIEL et SARAJEA (*Arch. mal. du cœur*, mai 1924).

En janvier 1925, MAGNIEL fait paraître un article complet sur la rachicentèse et l'hypertension artérielle (*Pratique médicale française*). Il voit à la rachicentèse une « indication thérapeutique de premier ordre » dans l'hypertension chronique et l'hypertension paroxystique. La

soustraction lente de 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien diminue et stabilise de façon durable les chiffres de la pression artérielle et de la pression rachidienne et prévient ou retarde les complications qui auraient résulté de leur excès. Elle fait de plus disparaître bien souvent la céphalée et la dyspnée paroxystique.

M. Vaquez cite, d'autre part, dans son Traité des maladies du cœur deux cas personnels où la soustraction de liquide céphalo-rachidien chez des hypertendus fut suivie d'une sédation manifeste de la céphalée.

Enfin, à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (3 mars 1925), MM. Dumas et Condamin, ont rapporté les résultats d'une étude analogue.

Les rapports entre tension artérielle et pression intrarachidienne sont, pour ces auteurs, très nets en cas d'hypertension bien tolérée : pour des tensions artérielles variant de 22 à 27, les chiffres de pression rachidienne variaient de 21 à 25.

Au contraire, dans les hypertensions mal tolérées, avec céphalée, vertiges, crises convulsives, il y a habituellement dissociation et élévation très considérable de la tension rachidienne par rapport à la tension artérielle qui est, parfois, assez peu élevée.

Nos mensurations ont été prises avant et après dix ponctions lombaires, chez neuf sujets différents (observations I, III, IV, V, VII, VIII, IX, XI et XII). La tension artérielle a été toujours relevée immédiatement avant la rachicentèse, et presque toujours, dans les jours qui la précédaient, afin d'éviter une chute possible par émotivité. Elle a ensuite été prise le plus souvent comme la température, un quart d'heure, une demi-heure, une heure, deux heures et cinq heures après l'intervention et toujours vérifiée au moins le lendemain.

Toutes ces tensions ont été prises au Pachon et les variations de l'indice oscillométrique recherchées également avec soin.

Chez un seul sujet (observation VII) nous n'avons vu se modifier ni la tension maxima, ni la minima, ni l'indice oscillométrique. Il s'agissait d'un homme qui présentait, à la suite d'un syndrome infectieux d'ictère grave, de la torpeur avec paraplégie spasmodique et gâtisme, et qui n'était pas hypertendu. La soustraction de 10 centimètres cubes de liquide avait fait tomber de 42 à 26 la tension du liquide céphalo-rachidien.

Toutes nos autres mensurations ont décelé une augmentation notable, quelquefois fort accentuée et toujours durable, de l'indice oscillométrique.

Quant à la tension elle-même elle est restée stable chez deux autres malades (observations I et VIII). Elle a été prise après deux ponctions chez le malade qui fait l'objet de l'observation I et qui présentait une pachyméningite hémorragique avec petits ictus. Le malade était hypertendu aussi bien au point de vue pression rachidienne qu'au point de vue tension artérielle. Par contre, le malade de l'observation VIII, atteint de sclérose en plaques, a une tension artérielle sensiblement normale et sa tension intraspinale n'est passée que de 30 à 24.

Il nous reste à parler des six autres sujets ; dans les observations III, IV, X, XI et XII la tension artérielle maxima qui était toujours élevée, a baissé de façon durable de 1 degré à 1 degré 5 et même 6 degrés dans l'observation IV qui concerne un gros hypertendu et dans lequel la tension rachidienne est passée de 40 à 32. La minima n'a baissé que deux fois et fort peu (observations III et IV).

En ce qui concerne le malade de l'observation IX, c'est un vieillard qui a eu une fracture de la base du crâne avec sang laqué dans le liquide céphalo-rachidien et tension rachidienne ayant passé de 25 à 21 seulement. Sa tension artérielle, plutôt basse au moment de la ponction (12-7), est remontée d'une façon durable à 15-8 avec indice passant en un quart d'heure de 1,5 à 3,5.

De l'ensemble de ces observations se dégage un fait important, à savoir l'influence très nette de la rachicentèse sur l'augmentation de l'indice oscillométrique. Quant aux rapports entre la tension artérielle et la rachicentèse, ils existent bien, mais sans qu'il nous soit permis d'énoncer une règle absolue. Cependant, la tension semble baisser surtout chez les hypertendus, elle ne baisse pas particulièrement après une grosse chute de la tension spinale ; ainsi la troisième ponction faite au malade de l'observation I a fait tomber la tension spinale de 50 à 20 (après soustraction de 20 centimètres cubes de liquide) ; et cet écart énorme des deux chiffres ne s'est accompagné ni de modification de la tension artérielle, ni d'une augmentation de plus de 1 degré de l'indice oscillométrique. Si l'on peut affirmer qu'il y a des rapports entre les deux tensions, il nous semble permis de nier absolument le parallélisme.

Quant à l'augmentation de tension artérielle chez notre vieillard atteint de fracture du crâne et préalablement hypotendu, c'est le fait qui nous paraît le plus digne d'intérêt en ouvrant la porte aux hypothèses concernant le rôle régulateur des centres nerveux.

On peut se demander si le rôle de la rachicentèse chez les sujets atteints de fracture du crâne ne consiste pas pour beaucoup à remonter la tension artérielle abaissée du fait du shock traumatique et s'il ne faut pas voir là la raison principale de l'action bienfaisante de la ponction chez ces blessés.

III. Diurèse et ponction lombaire.

La présence dans notre service de deux malades porteurs d'hémiplégie gauche par lésion centrale et qui présentaient tous deux un syndrome de diabète insipide avec polyurie de quatre litres par jour environ a été le point de départ de nos recherches.

Depuis longtemps déjà, différents auteurs ont observé la chute brusque et assez durable de la diurèse après rachicentèse. Citons, entre autres, James Herriet (*Arch. of intern. med.*, 1912; n° 1), Graham (*Journ. of the An. med. assoc.*, 1917), Maranon (*Nuevas investigations sobre la diabétes insipides* ; 1 vol., Madrid, 1920). Ces trois auteurs avaient cité des cas de diabète insipide ou de diabète hypophysaire. Récemment, Lhermitte publiait dans la *Gazette des hôpitaux* (16 mars 1922) un travail concernant les effets de la ponction lombaire sur le diabète insipide, le diabète sucré et la glycosurie. Il concluait aux modifications directes et exclusives de la glycosurie et de la polyurie par la rachicentèse. De son côté, G. Bibkel publiait en août 1922 dans la *Revue médicale de la Suisse romande* un cas de diabète sucré dans lequel la ponction avait fait tomber la glycosurie, la glycémie et la diurèse pendant quelques jours.

Mais, au moment même où nous pratiquions nos essais, M. Rathery et Mlle Dreyfus-Sée (*Société de Biologie*, 14 mars 1925) ont publié un travail dont la conclusion s'oppose nettement à celle des auteurs précédents. Ils nient la diminution marquée de la glycosurie et de la glycémie, et surtout ont constaté l'absence de toute modification du volume des urines émises en 24 heures, aussi bien chez les diabétiques que chez les sujets normaux.

Il ne nous a pas été possible d'expérimenter l'action

de la rachicentèse chez des malades atteints de diabète sucré, mais nos deux malades atteints de diabète insipide (observations III et X) ont vu leur polyurie abaissée d'au moins un litre en 24 heures et le taux des urines a remonté lentement pour reprendre son volume normal en 4 à 5 jours. Notons en passant qu'un régime de restriction liquidienne préalablement institué n'a pas amené de modification notable de la diurèse et que les modifications de la diurèse par la rachicentèse n'ont pas été accompagnées de modifications de la polydypsie.

Nous avons voulu vérifier cette diminution chez les sujets dont la diurèse était normale. La chose était difficile chez quelques-uns de nos malades qui perdent leurs urines. La recherche faite seulement chez deux d'entre eux (observations VIII et XI) a permis d'observer une chute de 150 à 250 grammes. Mais nous ne pouvons tirer aucune conclusion de recherches aussi restreintes. Cependant, il faut noter que nous n'avons pas une seule fois constaté le maintien du taux urinaire.

D'un aussi court travail il ne nous est pas possible de conclure d'une façon absolue. Dans les deux observations III et X, la chute de la diurèse est indiscutable. Il est vrai qu'elle concerne le cas de deux malades porteurs de deux lésions nerveuses anciennes chez lesquels l'examen du fond d'œil n'a pas décelé la présence de tumeur de l'hypophyse.

Observations.

Observation I. — P. L., 62 ans. Hypertendu avec clangor aortique. T. A. 24/15. Légère albuminurie. Aucun signe neurologique.

21 janvier 1925. — Crise épileptiforme avec hémiparésie droite consécutive et babinski en extension. Paraphasie. Diplopie. Amblyopie. Dyspnée sine materia. T. A. 23/10, indice 6. Température 37°8.

P. L. Le même jour à 10 heures : 10 centimètres cubes de liquide hémorragique. Tension intra-spinale au Claude (43 avant ponction, 30 après ponction).

La ponction est suivie d'une amélioration nette de la céphalée, de l'amblyopie, de la diplopie et de la dyspnée.

Température après ponction : 1/4 d'heure après : 37°6 ; 1/2 heure après : 37°5 ; 1 heure et 2 heures après : 37°2 ; 5 heures après : 37°5 ; Température le lendemain : le matin 37°5 ; le soir 37°2.

T. A. 1/4 et 1/2 heure après : 23,5/10, indice 10 : 1 heure après : 23/10, indice 10. 2 heures après : 23/10, indice 9. Le lendemain : 23/10, indice 10.

Le 23 janvier la température atteint 38° le soir, la tension reste la même. Nouvelle ponction de 10 cc. le 24 janvier alors que la température est à 38°3, tension intraspinale 45 avant la ponction, 21 après 1/4 et 1/2 heure après P. L. température ; 37°8, 1 heure après : 37°4, 2 heures après : 37°7, et 5 heures après : 37°3.

La température tombe régulièrement du 24 au 27 janvier, elle est à 37°2 le 27 au matin.

Le 13 février 1925, la céphalée est beaucoup moins forte, la paraphasie a disparu mais l'hémiplégie droite persiste et des épistaxis apparaissent. T. A. 25/11, indice 7 1/2. Température : 36°9 ; nouvelle P. L. : 20 cc. de liquide jaune, tension intraspinale 50 avant ponction, 20 après. Température : 1/4 d'heure après : 36°5 ; 1/2 heure après 36°7 ; 1 heure après : 36°8 et 5 heures après : 36°9.

Observation II. — D. A., mécanicien, 75 ans. Entré le 15 janvier 1925. Asthénie. Prostration, purpura et hyperesthésie des membres inférieurs. Réflexes tendineux faibles. Cœur sourd et lointain. Œdème des malléoles. Température : 37°2. P. L. le 16 janvier 1925 à 11 heures du matin on retire 10 cc. de liquide clair eau de roche. Tension intraspinale 30 avant ponction, 22 après. Température 1/4 heure après ponction 36°5 ; 1/2 heure après 36°2 ; 1 heure après 36°2 ; 2 heures après 36°5 ; à 18 heures : 36°6.

Observation III. — G. C., 53 ans. Atteint d'hémiplégie gauche après ictus en juillet 1913, actuellement hémiplégie spasmodique complète. A noter une langue parquetée typique et un ganglion épitrochléen bilatéral. En mars 1924, apparition de pollakiurie avec polyurie de 4 litres par jour environ, polyphagie, polydypsie. Pas de sucre, pas d'albumine. Inoculation au cobaye négative.

Au cours de l'année 1923 nous faisons plusieurs essais de réduction des liquides qui ne modifient pas sensiblement la diurèse (3 litres 500 d'urine pour une diète hydrique avec un litre par jour),

Une première P. L. est faite le 2 mars 1924, on retire 10 cc. de liquide très clair.

Tension intraspinale : 47 avant ponction, 36 après.

Diurèse : 4 litres 100 la veille. Le lendemain 1 litre 700. Elle remonte le 11 mars à 2 litres, le 12 à 2 litres 800, le 13 à 3 litres 400.

L'examen du liquide céphalo-rachidien donne une lymphocytose : 1,5 par centimètre cube et 0.40 d'albumine. Le Wassermann et le Pandy sont négatifs ainsi que la réaction du benjoin colloïdal.

En mars 1925, les symptômes de polyurie, polydypsie persistent.

Diurèse de 4 litres environ.

Légère incontinence d'urine.

T. A. le 24 mars 22 1/2/10, indice 4. Température 37°3. Diurèse : 4 litres 500.

P. L. le 25 mars avec régime exactement semblable à celui de la veille ; température avant ponction : 37°4, diurèse : 3 litres 700. T. A : 21 1/2/10 indice 4. On retire 10 cc. de liquide clair, tension intraspinale : 42 avant, 35 après. Température : 1/4 d'heure après : 36°7 ; 1/2 heure après 36°8 ; 1 heure après 36°5 ; 5 heures après : 37°. T. A. 1/2 heure après 20/9, indice 4 1/2 ; 1 heure après 20/9, indice 4 1/2. Le lendemain, diurèse en 24 heures : 2 litres 750, température : 36°9. T. A. : 20/10. Le surlendemain, diurèse : 3 litres, température : 36°5. Trois jours après la ponction, diurèse 2 litres 900 (alors que le malade a ingéré 4 litres de liquide), température : 36°7. Il est à noter que la polydypsie du malade n'a pas été modifiée dans le même sens que la polyurie.

Observation IV. — P. D., 79 ans. Gros hypertendu, sans aucun symptôme de lésion nerveuse, avec dyspnée considérable, céphalées violentes, bronchite légère sans œdème. Clangor aortique. T. A. 32/11, indice 6. Température : 37°1. P. L. le 20 mars 1925 à 10 heures : 10 cc. de liquide clair. Tension intraspinale 49 avant, 39 après la ponction. Examen du liquide céphalo rachidien, pas de lymphocytose. Wassermann négatif ; Albumine, 0,25 centigr. 1/4 d'heure apres la ponction T. A. 28/10 indice 7; 1/2 heure après : 26/10, indice 7 1/2 ; 2 heures après 26/12 Température 1/4 heure après, 36°7 ; 1/2 heure après 36°7 ; 1 heure après 36°5 ; 2 heures après, 36°4 et à 17 heures 36°3. Le 21 mars, tension 26/11, indice 7. Température 36°3 le matin, 36°5 le soir. Le 23 mars, T. A. 29/11, indice 7. Température le matin : 36°4, le soir 37°. Le 24 mars T. A. 32, 10 1/2, indice 7 1/2. Température 36°8 le matin et 37° le soir.

Observation V. — G. Ch. 68 ans. Artérioscléreux hypertendu, tabétique. Le 24 janvier 1925, avant P. L., température 36°9, T. A. 21/9, indice 6 1/2. Le 25 janvier P. L. à 10 heures : 10 cc. de liquide clair. Tension intraspinale 39 avant, 19 après (lymphocytose 12 par mmc., Wassermann positif). Après ponction, température 1/4 d'heure après 36°7 ; 1/2 heure après 36°6; 1 heure après 36° à 17 heures : 36°2. T, A. 1 heure après 20/9 indice 8. Le lendemain, température 36°6. T. A. 21/9, indice 8.

Observation VI. — L. Ch., 63 ans. Pseudo-bulbaire avec dysarthrie, pleurer spasmodique, etc., clangor aortique. Le 26 janvier 1925 à la suite d'un petit ictus apparition de dyspnée de Cheynes-Stokes très nette avec 0.38 centigr. d'urée dans le sang et légère élévation de température aux environs de 37°5. P. L. le 2 février 1925, température avant la ponction : 37°6. On retire

à la P. L. 25 cc. de liquide eau de roche, tension intraspinale 43 avant, 33 après. Après la ponction, température 1/4 d'heure après : 37°1 ; 1/2 heure après : 36°5 ; 1 heure après 36°4 ; 2 heures après, 36°5 ; à 17 heures 36°8. Le lendemain 36°8.

A noter que la rachicentèse n'a été suivie par contre d'aucune amélioration de la dyspnée. Le malade vit encore actuellement (septembre 1925) et présente le même syndrome de Cheynes-Stokes.

Observation VII. — C. P., 61 ans. Imprimeur, ancien saturnin. Entré en février 1925 pour syndrome infectieux avec ictère progressivement décroissant ; légères hémorragies ; ce syndrome s'améliore en quelques jours, mais le malade présente à la suite une prostration extrême avec gâtisme et paraplégie spasmodique. Le 8 avril 1925, avant ponction, température : 37°3 ; T.A. 14/10 indice, 2 ; P. L. : 10 cc. de liquide clair. Tension intraspinale avant 41, après 26 ; température 1/4 d'heure après : 37°2, 1/2 heure après : 36°5, 1 heure après : 36°5, à 17 heures : 36°8. Aucune modification de la T. A. ni de l'indice oscillométrique.

Observation VIII. — P. A. Sclérose en plaques dont l'apparition remonte à 1915. Dans les jours qui précèdent la P. L. température oscillant entre 37°2 le matin et 37°5 le soir. Urine la veille et l'avant-veille de la P. L. : 1 litre 550. Le 2 avril 1925 avant la P. L., T. A 14,1/29, indice 1 1/2. Température 37°5. P. L. 10 cc. liquide clair, tension intra-spinale 30 avant et 24 après. La T. A. n'est pas modifiée, mais l'indice passe à 2 1/2 et y reste le lendemain. Température : 1/2 heure après P. L. : 37°2 ; 2 heures après : 37°4 ; à 17 heures 37°. Le lendemain diurèse 1.350 gr., température 37°.

Observation IX. — R. J. 76 ans. Saturnin. Le 3 avril, fracture de la base du crâne après une chute dans l'escalier. Ecchymose péri-orbitaire et torpeur avoisinant le coma. Avant P. L. Température : 38. T. A. 13/7, indice 1 1/2. P. L. 10 cc. liquide rosé, laqué, tension intraspinale 25 avant, 20 après. Après la P. L. température 1/4 d'heure après 37°7, 1/2 heure après 37°9. 1 heure après 37°8, à 17 heures 37°9. T. A. 15/8, indice 3 1/2. Le lendemain T. A. 13/2, indice 2 1/2. Température : 38°.

Observation X. — B. Albert, 55 ans. Ouvrier étameur. Saturnin en 1923, hémiplégique gauche à cette époque T. A. 24-10. On note un souffle asystolique aortique, légère albuminurie, urée sanguine 0 gr. 75 par litre.

En 1924, apparition d'une polyurie variant entre 4 litres et 4 litres 750 sans glycosurie avec polydypsie très marquée.

Le malade pendant 24 heures est mis au régime et absorbe seulement 1 litre de liquide ; la polyurie persiste et est de 3 litres 800.

Le 9 mai, le malade étant au régime normal et buvant à sa soif, une P. L. est pratiquée, la diurèse était de 4 litres ; 10 cc. de liquide sont retirés ; au Claude, la tension tombe de 45 à 28 ; l'examen du liquide montre l'absence de syndrome humoral. Le lendemain, la diurèse est tombée à 2 litres ; le 13 mai, elle était de 2 litres 200 ; le 15 mai, elle était aux environs de 2 litres 500 et à partir du 20 mai, la quantité d'urines émises était de 4 litres et plus.

Observation XI. — P. Jeanne, 41 ans. Ménopause depuis 18 mois. Sclérose artérielle ; T. A. : 19-12, indice 2, légère albuminurie, urobilinurie, foie un peu gros, éthylisme probable.

Le 24 juillet 1925, la malade étant au régime normal, la diurèse est de 1250 gr. Température : 37° le matin et 37°3 le soir. T. A. 20-12 indice 2 1/2.

Le 25 juillet, la T. A. est de 20, 12 1/2 indice 2 1/2 ; température : 36°8.

Une P. L. est pratiquée, 9 cmc. de liquide sont retirés. Au Claude 29-21.

Après la ponction, pendant les 2 premières heures, la tension reste la même mais l'indice augmente et est de 4 ; 3 heures après la tension est de 19, 1.1/2. 1/2 heures après ; la température est de 36°8, 1 heure 1/2 après 36°4, 2 heures 36°5, et 6 heures 36°5.

Le lendemain la diurèse est de 1100 grammes et la T. A. 19 12 1/2, indice 3, la température 36°7 le matin, 36°9 le soir.

Deux jours après T. A. 19.12, indice 3. Température 37°1 et matin, 37° le soir, la diurèse 1300 grammes.

Observation XII. — G. Louise, 54 ans. Syphilis cérébrale. Aortite. T. A. 24-14, indice 3, ni sucre ni albumine. Le 26 juin température 37°1 le matin et 37°4 le soir. Le 27 juin, avant la ponction T. A. 24-14, indice 3 1/2, température 37° ; 12 cmc. de liquide clair eau de roche sont retirés. Au Claude on note 41-27, 1/2 heure après la T. A. est de 23-14 indice 4 1/2, 1 heure après 23 14, indice 5 ; au bout de 3 heures on note 23-14, indice 4 1/2 ; en ce qui concerne la température on trouve successivement de quart d'heure en quart d'heure 36°9, 35°9, 36°7, et au bout de 3 heures 36°3. Le lendemain T. A. 24-14, indice 4 1/9. Température 36°8 le matin et 37° le soir. Le surlendemain T. A. 24-14 indice 4. Température : 37° le matin et 36°9 le soir.

RADIUMTHÉRAPIE

Curiethérapie des angiomes (1)

Par M. P. DEGRAIS,

Assistant de radiumthérapie à l'hôpital Necker (Service de M. le Dr Robineau).

Messieurs, je vais aujourd'hui, conformément au programme de ce cours, vous entretenir de la curiethérapie des angiomes.

Qu'est-ce qu'un angiome ?

On désigne sous le nom d'hémangiome ou plus simplement d'angiome, l'ensemble des malformations vasculaires résultant d'une néoformation de *capillaires sanguins dilatés*. Aux néoformations analogues de capillaires lymphatiques est réservé, comme vous le savez, le nom de lymphangiome qui précise nettement le caractère anatomique de leur constitution.

Nous n'envisagerons ici que l'angiome proprement dit. Vous connaissez tous l'angiome pour l'avoir vu dans ses différentes modalités cliniques ; nous les reverrons ensemble en projections photographiques dans quelques instants. Je voudrais auparavant, devant vous, préciser certaines considérations générales, dont la connaissance me paraît utile à savoir.

A quel moment apparaît l'angiome ?

D'une façon générale, il est permis de dire que l'angiome existe à la naissance ; si certains ne se manifestent que dans les premiers jours qui la suivent, quelquefois dans les premières semaines, du moins n'apparaissent-ils que rarement chez l'adulte. Sur une statistique des 500 derniers cas que j'ai observés et traités, je n'ai relevé que 3 observations d'angiome tardif, apparu entre 21 et 40 ans, soit une proportion de 0,6 % seulement.

Si donc nous sommes en droit de considérer l'angiome comme une malformation congénitale, par contre, sommes-nous dans l'ignorance la plus absolue de la cause même de sa formation. Je n'ai pas besoin d'insister sur ce que peut avoir de légendaire ou superstitieux son attribution à une « envie ; semblable étiologie ne peut évidemment nous satisfaire.

Il est une remarque cependant que vous n'avez pas manqué de faire, à savoir l'extrême prédominance de la lésion au niveau de la tête et du cou. Sur 500 cas, j'ai relevé personnellement 406 localisations céphaliques,

(1) Leçon recueillie par M. Fournier, externe du service.

79 localisations au tronc ou aux membres, et 15 cas d'angiomes multiples disséminés sur divers points du corps.

Il est donc certain que si l'angiome peut exister en n'importe quel point des téguments, la tête et le cou sont toutefois pour lui sièges véritables de prédilection.

Virchow a trouvé une explication de ces lieux d'élection que sont le front, le nez, les paupières, les lèvres, les joues, l'oreille, la région mastoïdienne et le cou, dans le fait qu'ils répondent précisément aux fentes faciales et branchiales de la vie embryonnaire ; il semble naturel, en effet, que ces régions si tourmentées dans leur évolution puissent être le siège de malformations plus nombreuses qu'en n'importe quelle autre région du corps.

La fréquence d'angiomes développés au niveau de la cavité buccale, de même que l'envahissement des muqueuses correspondantes chez les petits malades porteurs d'angiomes des lèvres, de la joue, du nez, des paupières, ne peuvent que confirmer cette conception judicieuse.

L'hérédité peut-elle jouer un rôle dans la production des angiomes ? Une seule fois, il nous a été permis d'en retrouver un chez le père.

Dans trois familles ayant chacune trois enfants, le premier et le troisième en étaient porteurs, le second n'en avait pas.

Nous avons vu deux jumelles présenter chacune un angiome de la tête.

Trois jeunes filles traitées par nous pour angiomes, se sont mariées et ont mis au monde des enfants complètement indemnes de néoformations vasculaires.

Attribuer un rôle défini à l'hérédité nous paraît donc bien difficile en présence de faits aussi imprécis.

Je terminerai ces quelques considérations en vous signalant la plus grande fréquence de l'angiome chez les filles que chez les garçons ; dans notre dernière statistique je relève 311 filles pour 179 garçons. Ce privilège, déjà signalé d'ailleurs, du sexe masculin reste inexpliqué ; c'est là simplement un fait d'observation.

Division clinique.

L'angiome des organes profonds étant exceptionnel et le plus souvent insoupçonné quand il existe, nous n'envisagerons dans cet exposé que les malformations vasculaires cutanées et sous-cutanées, ainsi que celles des muqueuses.

Angiomes cutanés et sous-cutanés.

Nous pouvons les classer en deux catégories :

1° Ils se présentent sous l'aspect de taches vasculaires de niveau avec la peau.

2° La lésion fait saillie au-dessus des téguments.

1° *Taches vasculaires de niveau avec la peau.*

La projection photographique que vous avez sous les yeux vous donne le type de cette lésion que vous connaissez sous le nom de nævus plan, de tache de vin ou encore d'envie.

Son étendue en surface peut être des plus variables Sa coloration varie du rose pâle au violet foncé. Ici sa surface est unie, lisse, brillante. Sur cette autre projection, vous la voyez au contraire comme granitée.

A la pression, le doigt détermine très généralement sur le nævus plan une zone limitée de décoloration qui disparaît en même temps que cesse le contact. Cette décoloration, qui peut dans certaines formes ne pas se manifester, se présente, quand elle se produit, de façon plus ou moins accusée, et sera pour nous un précieux élément de pronostic. Un angiome plan qui ne se décolore pas ou ne pâlit que peu à la pression résistera beaucoup plus à l'action du traitement.

Je ne cite ici le nævus stellaire que pour l'exclure du cadre des angiomes ; c'est, comme vous le savez, une petite étoile vasculaire d'apparition tardive, souvent consécutive à une piqûre ou à un bouton d'acné.

2° *Angiome faisant saillie au-dessus du niveau des téguments.*

Les lésions angiomateuses entrant dans cette catégorie sont si nombreuses de formes et d'aspects qu'il nous paraît utile de les subdiviser en deux catégories : d'une part, l'*angiome saillant,* dont vous voyez un exemple sur l'écran : sa surélévation ne dépasse pas un à deux centimètres au maximum ; d'autre part, la *tumeur angiomateuse* de dimensions plus considérables, allant jusqu'à présenter l'aspect de véritables monstruosités, ainsi que vous allez pouvoir vous en rendre compte sur ces différentes projections. C'est en somme une question de volume qui différencie ces deux variétés.

Dans l'une ou l'autre de ces formes, il sera possible de rencontrer un *type érectile* qui répond aux angiomes augmentant manifestement de volume à l'occasion de cris ou d'efforts, et un *type pulsatile* au niveau duquel la palpation révèle de véritables pulsations. J'attire votre attention sur ces dernières qu'il convient de ne pas confondre avec la simple propagation de pulsations relevant d'une artère sous-jacente. L'angiome pulsatile n'est pas fréquent d'ailleurs ; nous ne l'avons observé pour notre part que dans une proportion de 1,4 %.

Sur les projections que je viens de présenter vous n'avez pas été sans remarquer des différences fortement accusées dans la coloration des téguments qui recouvrent la lésion ; c'est, que, en effet, si certains angiomes sont uniformément colorés du fait de l'envahissement de la peau par la néoformation capillaire, il en est d'autres, par contre, où la malformation s'est développée en totalité au-dessous de la peau : celle-ci prend alors par transparence une teinte légèrement bleutée, ou se montre parcourue par quelques vaisseaux dilatés, symptômes souvent précieux à l'occasion d'un diagnostic parfois difficile à préciser.

Entre ces deux formes, existent naturellement de nombreux intermédiaires. Le plus fréquent répond à l'aspect que vous voyez sur l'écran en ce moment, d'un petit nævus plan moyennement surélevé, légèrement granité, coiffant le sommet d'une tumeur capillaire dont la partie périphérique reste couverte d'une peau normale.

Angiomes des muqueuses de la face.

Le nævus plan développé aux dépens d'une muqueuse de la face est rarement observé ; il n'en est pas de même des formes surélevées. Il est fréquent, en effet, qu'un sujet porteur d'un angiome de la joue, de la lèvre, de la narine, de la paupière, présente conjointement une lésion de même ordre, plus ou moins accentuée de la face muqueuse correspondante. Nous en trouvons l'explication dans le fait d'une malformation portant d'emblée sur l'épaisseur de la joue par exemple, ou encore dans l'infiltration progressive allant jusqu'à la muqueuse, d'un angiome primitivement cutané et sous-cutané.

Malgré cela, l'angiome purement localisé à une muqueuse est loin d'être exceptionnel, nous en rencontrons

assez fréquemment au niveau de la lèvre, de la joue, de la langue (vous en voyez ici un cas), du plancher de la bouche, de la région palatine, voire même de la conjonctive, dont nous avons trois cas actuellement en traitement.

Evolution. — Quelle est l'évolution d'un angiome ? Elle est variable suivant la forme à laquelle il appartient.

Très généralement, le nævus plan existe à la naissance avec une étendue définitive, et s'il paraît s'étendre en même temps que grandit l'enfant, ce n'est qu'en fonction du développement des téguments qui en sont le siège.

Il est possible cependant de le voir subir avec l'âge des modifications réelles d'étendue, mais les cas en sont rares ; nous n'avons personnellement observé qu'un seul exemple de cette extension tardive, chez un adulte porteur depuis 30 ans d'un nævus plan, absolument stationnaire qui s'étendit rapidement à l'occasion d'une maladie infectieuse.

Tel nævus plan, absolument lisse à la naissance, peut changer d'aspect à l'âge adulte : la surface en devient chagrinée en même temps que peuvent apparaître par place de petites saillies vasculaires à développement croissant dont l'évolution se poursuit généralement dans le sens de l'angio-fibrome.

Contrairement à ce qui existe pour le nævus plan, l'angiome du type surélevé ne se manifeste le plus souvent à la naissance que sous forme d'un simple point rouge, dont rien ne laisse prévoir le développement qui va suivre.

Ce développement se fait en général lentement ; dans certains cas cependant, la progression en est si rapide, que l'angiome prend de ce fait l'allure véritable d'une tumeur maligne ; il n'est pas rare alors de constater en son centre une zone d'ulcération plus ou moins étendue, les téguments n'ayant pu faire les frais d'une distension aussi brusque. L'arrêt, suivi de régression totale de semblables formes, est facilement obtenu par le radium ; toutefois, il faut être prévenu que l'escarre ne permet pas la réfection d'une peau aussi belle qu'au niveau de la périphérie de la lésion.

Du fait de la moindre résistance du tissu angiomateux, l'ulcération dont je viens de vous parler peut également se manifester sur des nævi à progression lente, mais localisés à une région soumise à de nombreuses irritations. C'est ainsi que la macération de l'urine ou des matières peut déterminer, chez le nourrisson, l'ulcération d'un angiome du pourtour de l'anus ou de la grande lèvre.

Après guérison, la peau pourra présenter à ce niveau un aspect légèrement cicatriciel, dont il est bon à l'avance de prévenir la famille.

On a rapporté des cas d'angiomes ayant disparu spontanément dans les premiers mois qui suivent la naissance. Je vous cite simplement ce fait comme une exception que, personnellement, il ne m'a pas été donné de constater. Il serait déraisonnable dans la pratique de compter sur une telle éventualité qui ne pourrait que faire perdre à l'enfant le bénéfice d'un traitement qui peut et doit être précoce.

Traitement.

Si nous passons en revue les différentes particularités qui résultent de l'étude clinique que nous venons de faire de l'angiome, nous arrivons donc aux constatations suivantes :

1° L'angiome est une malformation qui apparaît à la naissance ou dans les premiers mois qui la suivent ;

2° La face est son siège de prédilection ;

3° Son développement, des plus variables, lui permet d'atteindre, aussi bien par son extension en surface que par son épaisseur, un volume souvent imposant, susceptible de lui donner parfois l'aspect d'une véritable monstruosité.

Telles sont les bases fondamentales qui doivent nous guider dans le choix de la thérapeutique la plus judicieuse.

Cette thérapeutique devra présenter les qualités suivantes ;

1° Etre applicable au nourrisson comme au bébé, puisque l'angiome poursuit son accroissement dès les premières semaines ou les premiers mois qui suivent la naissance ;

2° Elle doit être absolument indolore puisqu'elle s'adresse à des bébés ou à des enfants qu'il est inutile de faire souffrir ;

3° Elle doit être d'une application facile, toujours en raison de l'âge des petits malades ;

4° Elle doit pouvoir agir aussi bien en surface qu'en profondeur ; elle doit également pouvoir s'appliquer aux lésions des muqueuses ;

5° La face étant le siège prédominant de l'angiome, il convient de songer à l'obtention d'un résultat esthétique aussi parfait que possible.

Ceci étant posé, passons en revue, si vous le voulez bien, les différentes méthodes généralement préconisées pour le traitement de l'angiome.

La *thermo* ou *galvano-cautérisation* ne me semble pas pouvoir être discutée : méthode très douloureuse, elle a d'autre part contre elle le caractère inesthétique des cicatrices qu'elle détermine, cicatrices susceptibles même déformantes si l'angiome siège au voisinage d'une commissure, ou sur la paupière ou la lèvre.

De la *vaccination* je ne vous dirai que peu de chose : applicable à un tout petit angiome, en place duquel elle laissera d'ailleurs la cicatrice que vous connaissez : on ne conçoit pas qu'elle puisse être envisagée en tout autre cas.

L'*électrolyse* est très douloureuse ; aussi ne peut-on l'employer que sur un nævus stellaire ou sur un angiome punctiforme qu'une ou deux séances feront disparaître.

Appliquée au traitement de l'angiome tel que nous le rencontrons journellement, cette méthode douloureuse nécessiterait un si grand nombre de séances qu'elle n'est possible que sous anesthésie ; et encore faut-il redouter l'apparition des cicatrices souvent fort disgracieuses, que ne compensent pas toujours une guérison complète de la malformation.

Le traitement par l'*air chaud*, consiste en une carbonisation de l'angiome par de l'air porté à 750°. Je n'ai pas besoin d'insister sur la nécessité de l'anesthésie générale pour l'emploi d'une semblable méthode qui ne pourrait dès lors s'appliquer qu'à des enfants d'un certain âge et non plus à des bébés. Cette attente indispensable, en laissant à l'angiome le temps de se développer, aurait d'autre part l'inconvénient d'augmenter d'autant l'étendue et la profondeur de la carbonisation à effectuer.

Bien que ce traitement ait été considéré et décrit par Darricau comme « universel » nous le concevons comme difficilement applicable au traitement des angiomes à localisations délicates, des paupières et des lèvres par exemple, voire même aux angiomes des muqueuses.

Nous ne le voyons pas davantage, dans le cas de lésions infiltrées de la joue ou de la lèvre avec envahissement de la muqueuse sous-jacente, enlevant par carbonisation

BIBLIOGRAPHIE

Les syndromes d'aortite postérieure (*aortite thoracique, aortite abdominale*), par Ch. Laubry, A. Mougeot et J. Walser, 1 volume in-8 raisin de 240 pages, avec 19 figures dans le texte et 7 planches, dont 3 en couleurs, hors texte. Bibliothèque des grands syndromes. Prix : 35 fr. (Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris VIe.)

Les auteurs ont réussi à dégager le lien physio-pathologique commun aux manifestations cliniques des aortites postérieures, dont la confusion frappait de stérilité tout essai analytique. Dans un style à la fois clair et précis, ils passent successivement en revue les conditions anatomiques qui créent la diversité et la complexité du syndrome : le siège des lésions, leur nature, les différentes formes évolutives. Puis, unissant en un tronc commun l'aorte thoracique descendante et l'aorte abdominale, ils étudient les variations de l'onde pulsatile liées aux conditions physiques de la paroi artérielle ; les notions d'élasticité, d'extensibilité aortiques, définies et analysées avec une précision rigoureuse, éclairent les troubles dynamiques de la pulsation artérielle que réalisent, à l'opposé l'un de l'autre, sclérose ou anévrysme.

Aussi se trouvent coordonnés, authentifiés et mis en valeur toute une série de troubles fonctionnels, auxquels la radioscopie, la mesure de la vitesse de propagation de l'onde pulsatile, l'étude comparée des pressions artérielles aux membres supérieurs et inférieurs, donnent leur pleine signification. La douleur, la dyspnée, la dysphonie, la dysphagie sont analysées isolément, puis groupées en formes cliniques, en formes mono-symptomatiques, formes latentes, formes évolutives, que viennent préciser et illustrer de nombreux faits cliniques.

Enfin, dans un dernier chapitre, qui est à la fois une revue critique et la synthèse d'observations poursuivies pendant plusieurs années, les auteurs placent à son véritable rang le syndrome de l'aortite postérieure, isolé des groupements morbides capables de donner le change, dégagé dans toute son ampleur et sous toutes ses formes.

La Revue de l'Art. — Sommaire du n° de septembre-octobre. (138 illust. dans le texte.)

I. Histoire générale de l'art. La Peinture française au Musée du Prado, par M. Nicolle. — Les Précurseurs de l'art décoratif moderne au Musée Galliera, par H. Clouzot. — L'Exposition des Arts décoratifs : la Participation étrangère : II. Japon, Belgique, Angleterre, Italie, Russie, Yougoslavie, Espagne, Luxembourg, Suisse, Grèce, Danemark, Turquie, par Y. Rambossou. — La manufacture de Sèvres à l'Exposition des Arts décoratifs, par E. Dacier.

II. Chroniques : *XVIIIe siècle* : A propos du centenaire de Saint-Simon : Deux rivales : Mme Vigée-Le Brun et Mme Labille-Guiard, par A. Pereire. — *Art des Jardins* : Deux architectes : A. J. Gabriel et L. Le Van ; deux dessinateurs de jardins : E. Bac et Prosper Péan, par le comte E. de Ganay. — *Art moderne* : le Salon de 1925 : IV. Une « deuxième » série du Salon : Société des artistes français et Société nationale, par R. Bouyer. — Les Livres : Les murs et les portes de Pékin, par J. Cazier-Charpentier.

III. Bulletin. Notre Tribune. — L'Hôtel de Rohan et les Archives nationales. — Actualités : Les Jardins à l'exposition des Arts décoratifs, — M. Girodet : Le paysage moderne et la poésie romantique. — Echos et nouvelles. — Informations. — Expositions. — La Curiosité. — La Vie artistique à l'étranger. — Carnet du lisenr. — La Revue de la Presse.

2 planches hors-texte : La reine Christine de Suède, peinture de Sébastien Bourdon, photogravure. — Mme Sénéchal, peinture de Mme Vigée Le Brun, photogravure.

Le n°, 12 fr. 50. Abt. : un an : France : 100 fr., étranger : 150 fr. La Revue de l'Art, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

Larousse mensuel illustré. N° d'octobre. La seule revue véritablement encyclopédique, embrassant toutes les manifestations de la vie contemporaine. Le numéro contenant 20 articles sur la littérature, les arts, les sciences, la politique, l'histoire, la géographie, l'économie politique, l'industrie, etc. 62 gravures, 1 carte hors texte : 3 fr. Abonnement : un an ; France : 32 fr. Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris.

comme à l'emporte-pièce tout ou partie de la joue ou de la lèvre dans la totalité de leur épaisseur. Quelle serait encore l'effet d'une pareille cautérisation sur une parotide ou un facial ?

En ce qui concerne l'angiome des grandes lèvres et du pourtour de l'anus, déjà sujets à l'infection spontanée chez l'enfant, il semble bien, qu'à plus forte raison, il faille redouter pour eux cette complication du fait de la plaie créée par la carbonisation.

La thérapeutique de l'air chaud ne peut donc pas répondre à ce que nous demandons pour un traitement de choix des angiomes.

Avec la *cryothérapie*, la thérapeutique est en possession d'un procédé certainement moins douloureux que le précédent et ne nécessitant pas comme lui l'anesthésie. Il convient de ne pas s'illusionner cependant, car la douleur qu'elle provoque est encore des plus vives et nous ne devons pas oublier que nous nous adressons à des bébés ou à des enfants. L'application de neige carbonique, dont l'action relève d'une cautérisation par un froid de 70°, détermine une réaction inflammatoire du type brûlure avec phlyctène et congestion intense de la région cautérisée, œdème des paupières si une application est faite à leur niveau ou dans leur voisinage.

Pendant trente-six à quarante-huit heures, l'enfant souffre, pleure, dort mal et s'alimente moins bien. Il semble donc bien difficile, de ce fait, de répéter trop souvent les applications de neige carbonique : et si, comme le reconnaissent MM. Lortat-Jacob et Legrain, nous ajoutons à ce premier inconvénient, celui d'une action restreinte en profondeur de la cryothérapie, nous ne pouvons concevoir à cette thérapeutique qu'un champ d'action sérieusement limité. Si donc elle peut convenir au traitement des nævi stellaires, des malformations vasculaires punctiformes ou d'angiomes saillants de peu d'étendue ou de peu d'épaisseur, à localisations peu délicates, elle ne peut par contre s'appliquer aux formes plus développées. En raison des réactions répétées qu'elle détermine, il semble également difficile qu'elle puisse convenir au traitement de l'angiome des paupières et des lèvres aussi bien qu'aux localisations muqueuses.

En ce qui concerne le nævus plan, cette méthode peut trouver son application aux formes d'étendue limitée et surtout chez l'adulte, mieux armé contre la douleur.

L'ablation chirurgicale, ne peut naturellement s'adresser aux nævi plans et ne sera susceptible de s'appliquer aux formes saillantes qu'en tant que celles-ci seront encapsulées, ce qui n'est pas fréquent ; tenter l'ablation d'un angiome diffus est aller au-devant d'une hémorragie, dont la gravité ne vous échappe pas, et qui dans certains cas entraîne la mort du bébé ; la récidive post-opératoire est d'autre part, fréquente.

Nécessitant l'anesthésie, la chirurgie ne peut se pratiquer de façon précoce ; la temporisation nécessaire, en permettant le développement de la lésion, ne peut donc qu'accroître l'importance de l'acte opératoire.

Il faut également que la ligne d'incision et que la restauration ne déterminent pas de viciations de forme ou d'aspect dont l'esthétique aurait à pâtir; n'oublions pas, en effet, la grande prédominance des localisations faciales.

Disons enfin que bien des angiomes, du fait de leur localisation ou de leur étendue, restent en dehors de toute possibilité opératoire : témoins les nombreux cas que vous avez pu voir défiler sur l'écran il y a quelques instants, tumeurs angiomateuses profondes de la région parotidienne, tumeurs infiltrant la totalité d'une lèvre ou d'une joue, d'une cuisse, d'une main, d'un pied, angiomes des paupières, angiomes disséminés en divers points de la face, etc. Peuvent seuls entrer dans le cadre chirurgical, les angiomes nettement circonscrits du cuir chevelu, du tronc ou des membres.

A l'inconvénient de laisser la lésion progresser jusqu'à ce que l'enfant soit en âge d'être anesthésié, s'ajoute parfois celui de voir la tumeur, du fait de son extension quelquefois très rapide cesser d'être opérable avant que l'intervention ne soit possible.

Les procédés que nous venons de passer en revue jusqu'à présent ne paraissent pas présenter un ensemble suffisant de qualité, que nous devons demander à une thérapeutique judicieuse des angiomes ; il nous reste à voir ce que peuvent les rayons X et le radium.

Les *rayons X* peuvent être appliqués chez le tout jeune bébé, ils sont indolores, et de pouvoir de pénétration suffisant pour s'adresser aux lésions les plus développées.

Malgré ces qualités, il ne semble pas qu'ils soient considérés par tous les spécialistes comme une méthode dont le succès puisse être exempt de toute appréhension. La distribution d'un rayonnement justement proportionné aux dimensions d'un angiome n'est vraisemblablement pas chose facile ; d'autre part, le maintien d'un bébé ou d'un enfant devant un localisateur présente une réelle difficulté, l'enfant se débattant d'autant plus qu'on essaye de le maintenir plus fortement.

Quant à l'angiome des muqueuses, il n'est évidemment pas justiciable de la roentgenthérapie.

Le radium, comme vous allez le voir, ne présente aucun des inconvénients que nous avons rencontrés à propos des précédentes méthodes ; bien plus, il offre le maximum des qualités que l'on doit exiger d'un traitement judicieux des angiomes.

En effet, *il est possible d'appliquer le radium dès les toutes premières semaines qui suivent la naissance, et ceci sans que l'état général du bébé ait à en souffrir en quoi que ce soit*.

Instruits que vous êtes du développement progressif quelquefois rapide de l'angiome peu après la naissance, vous comprenez toute la valeur de l'institution précoce possible d'un traitement susceptible d'enrayer immédiatement, par une seule application, l'extension de la lésion, dont trois à quatre autres irradiations détermineront la disparition.

Non moins importante est l'innocuité absolue que présente le radium vis-à-vis de l'état général. J'irai même plus loin en vous disant que si certains volumineux angiomes peuvent être, comme j'ai pu le constater en certains cas, cause d'une déficience marquée de l'état général, celle-ci disparaît en même temps que régresse la lésion.

Sans tenir compte de certaines légendes, dont l'origine reste incompréhensible et qui veulent qu'un angiome ne puisse être traité que passé l'âge de 4 à 5 ans, c'est donc le plus tôt possible que vous instituerez votre traitement par le radium ; évitant ainsi le développement de la lésion vous gagnerez un temps précieux ; pour notre part, c'est à trois ou quatre semaines que nous commençons le traitement, chaque fois que l'occasion nous en est donnée.

Cette précocité on ne peut plus grande dans la mise en œuvre du traitement par le radium s'appuie sur deux qualités dont la valeur est indiscutable, à savoir : le *caractère totalement indolore de son application*, et d'autre part l'*extrême commodité de son manuel opératoire*.

Indolore, le traitement par le radium l'est de façon absolue, aussi bien pendant le temps même de son application que par la suite, du fait de l'absence de tout phéno-

mène réactionnel. Le traitement peut se faire aussi bien pendant le sommeil de l'enfant qui n'en est pas troublé qu'à l'état de veille où les jeux ne sont pas interrompus.

Il semble difficile, de même, de concevoir traitement plus pratique dans son application. Les appareils à vernis que j'utilise varient en dimension d'un demi-centimètre carré à 25 centimètres carrés de surface, et affectent des formes très diverses, arrondies, carrées ou rectangulaires ; leur adaptation parfaite à n'importe quelle région des téguments ou des muqueuses est de ce fait chose aisée.

Pour certaines localisations plus spéciales, gencive, plancher de la bouche, narines, je donne la préférence aux tubes.

Une instrumentation aussi souple et aussi maniable du radium permet donc son utilisation *dans toutes les localisations d'angiomes sans exception*.

MM. Lortat-Jacob et Legrain considèrent le radium comme difficilement applicable au traitement des angiomes des paupières. Je ne crois pas possible cependant qu'aucun des traitements existants puisse être comparé au radium en ce qui concerne justement cette localisation : ni douleur, ni réaction, pas plus du côté de la paupière que du côté de l'œil, alors qu'avec la cryothérapie, la douleur déjà vive, de l'aveu même des auteurs qui l'emploient, se trouve exacerbée par l'extrême sensibilité de la région ; une réaction inflammatoire accompagnée d'œdème des paupières suit d'autre part l'application de neige carbonique.

Rien de semblable en aucune façon avec le radium. Important est maintenant le nombre d'angiomes des paupières que nous avons traités, et la confiance dont veulent bien nous honorer depuis de longues années un grand nombre d'ophtalmologistes et en particulier M. le professeur De Lapersonne nous est un précieux garant de la valeur de la curiethérapie.

Appliqué aux angiomes du cuir chevelu, le radium n'a pas d'avantage d'action nuisible sur les centres nerveux cérébraux, ainsi que l'idée en a été émise.

Depuis 17 ans que j'en soigne, je n'ai jamais eu connaissance d'aucun fait de cet ordre et cependant le nombre des cas traités en est grand. Il faut bien savoir d'ailleurs que l'emploi exclusif de rayons γ n'est nullement indispensable au traitement des angiomes. Défenseur ardent de l'emploi du rayonnement β ou, autrement dit, de la bétathérapie, j'estime rationnel en toute circonstance de proportionner le pouvoir de pénétration des rayons utilisés à l'épaisseur de la lésion à irradier.

Les angiomes n'ont pas à faire exception à ce que depuis 18 ans je considère comme une règle : aussi les angiomes du cuir chevelu, en particulier, dont le développement est forcément limité en profondeur bénéficient-ils très largement de l'emploi judicieux du rayonnement β, qu'il soit simple ou à feux croisés suivant la saillie de la lésion.

L'absence de toute réaction, même inflammatoire, fait naturellement du radium l'agent de choix du traitement de l'angiome des muqueuses ; il en est encore de même pour les localisations voisines des orifices naturels ; il n'y a pas à craindre avec le radium l'ulcération provoquée par les méthodes corrosives, ulcérations dont l'infection par l'urine ou les déjections paraît bien difficile à éviter.

Applicable pour ainsi dire dès la naissance, dénué de toute réaction, totalement indolore, susceptible de s'adresser à toutes les localisations d'angiomes, y compris les plus délicates, le radium joint encore à cet ensemble de qualités celui d'une action aussi efficace dans les zones superficielles que dans les zones profondes de la lésion. Vous pouvez donc l'appliquer à *toutes les variétés d'angiomes quelles que soient leur épaisseur et leur diffusion*.

C'est encore là, il est vrai, un facteur dont l'importance ne peut échapper et dont vous trouvez l'explication dans la possibilité d'emploi de la gamme du rayonnement de plus en plus filtré du radium, du β le plus mou au γ le plus dur.

Comme l'a montré l'histologie, et comme nous le montre chaque jour la clinique depuis de nombreuses années, les rayonnements et β agissent d'identique façon sur le tissu angiomateux et en déterminent la régression totale de façon exactement semblable, sans la moindre réaction, toujours par action en quelque sorte élective, et jamais par action nécrosante.

Enfin, pour compléter encore un ensemble aussi heureux de qualités, nous pouvons ajouter à l'actif du radium l'obtention de *résultats esthétiques aussi satisfaisants que possible, souvent parfaits et tels qu'ils n'aient rien à envier aux autres méthodes thérapeutiques*.

Toute la série de projections que vous avez vues tout à l'heure défiler sous vos yeux, vous ont montré, mieux que je ne pourrais vous le dire, ce que permet le radium, même en matière d'esthétique.

Techniques :

En possession d'un agent thérapeutique aussi remarquable, voyons ensemble, si vous le voulez bien, comment nous allons l'appliquer au traitement des angiomes.

Ce dont il faut bien que vous vous pénétriez, c'est qu'il n'y a pas une technique unique de curiethérapie des angiomes, mais bien des techniques nombreuses. D'une part, en effet, nous avons l'angiome dont l'étendue et et l'épaisseur sont infiniment variables ; d'autre part, le radium doté d'une gamme extrêmement fournie de rayonnements de plus en plus pénétrants, dont nous pouvons user selon notre volonté. En présence d'un angiome il convient donc de lui opposer le rayonnement le plus approprié à l'épaisseur du tissu angiomateux ; d'où la possibilité de techniques et de combinaisons multiples que l'on obtient :

1° Par l'emploi d'appareils plus ou moins riches en sels de radium.

2° Par l'absence ou la présence de filtres. Ceux-ci peuvent varier en épaisseur de 1/100 de millimètre d'aluminium, à 2 millimètres de plomb, pour les appareils à vernis ; de 5/10 de platine à 2 ou 3 millimètres de platine, argent ou or platiné pour les tubes.

3° Par la durée. C'est ainsi que nos temps d'application varient de dix minutes à 36 heures ou 48 heures selon les cas.

Pour le traitement des nævi plans, nous employons le plus habituellement l'appareil toile qui s'adapte aisément aux grandes surfaces, épouse facilement les contours du visage, et permet l'utilisation aussi large que possible des rayons β, car ce n'est qu'exceptionnellement que nous lui ajoutons un filtre d'aluminium variant de 1/100 à 8/100 de millimètre ; il serait parfaitement irrationnel, en effet, d'utiliser un rayonnement pénétrant. Aussi l'appareil toile à faible teneur en radium, simplement enveloppé de feuille anglaise et laissé en place 15 à 25 heures représente-t-il, à nos yeux, un des meilleurs procédés de technique curiethérapique des nævi plans. Dans les formes moins décolorables à la pression ou si vous voulez un peu plus épaisses, nous utilisons volontiers les appa-

reils à vernis légèrement filtrés à 1/10 ou 2/10 de millimètre de plomb et laissés en place 3 à 6 heures.

Mais c'est surtout aux angiomes saillants et tumeurs angiomateuses que s'adressent les appareils à sels collés, en adaptant leur rayonnement à la profondeur à laquelle il faut agir. Aussi les techniques seront-elles différentes suivant que l'angiome respecte ou intéresse la peau.

Uniquement sous-cutané, vous n'emploierez que des rayons traversant la peau pour aller agir dans la masse angiomateuse. Si la peau participe à la lésion, vous aurez à décolorer la surface et à faire fondre en profondeur.

Fidèle à notre méthode d'emploi du rayonnement à chaque fois que faire se peut, c'est au filtrage progressif que nous avons recours : avec des appareils dont la teneur en radium élément varie de 1 milligramme à 1 milligramme et demi par centimètre carré de surface, nous faisons d'abord, par exemple, 10 minutes sans filtre, puis filtrage avec 1/10 de plomb que nous augmentons de 1/10 toutes les deux heures jusqu'à 5/10 et plus, le temps d'application devant alors augmenter.

Je ne vous donne cette technique qu'à titre d'exemple ; vous aurez naturellement à modifier selon les cas, toute réaction devant être évitée. Si, la bétathérapie exige plus de doigté, plus de délicatesse, du moins fait-elle gagner un temps appréciable dans la durée du traitement sans que la peau ait à en souffrir en quoi que ce soit.

Cinq à six applications, espacées de six à huit semaines, suffisent généralement à guérir un angiome.

En ce qui concerne l'angiome des muqueuses, c'est à des tubes de faible teneur, variant de 3 à 8 milligrammes de radium élément que je m'adresse ; leur forme permet la constitution de petits appareils sur tige aisés à tenir et d'adaptation facile à la lésion. Filtrés à 1 ou 2 millimètres d'argent, quelquefois même sans autre filtre que leur paroi, entourés de liège et de gaz, ces appareils ne sont maintenus en place que quelques heures, en une ou plusieurs séances, suivant l'âge du sujet. L'application peut être renouvelée toutes les huit semaines environ.

C'est également aux tubes que vous pourrez faire appel pour le traitement de certaines grosses tumeurs angiomateuses de l'adulte, toujours plus résistantes que celles de l'enfant.

Quarante à cinquante milligrammes de radium élément en tubes juxtaposés dans une boîte de plomb, formeront d'excellents appareils, le filtrage primaire sera de 2 à 3 millimètres avec filtrage secondaire de 1 centimètre de liège et 1 centimètre de liège de gaz. De tels appareils peuvent être laissés en place vingt-quatre heures, sans qu'aucune réaction ne s'en suive.

Quelles que soient les techniques employées, il est un principe fondamental que vous ne devez jamais oublier, à savoir : de proportionner la dose employée avec l'âge du sujet, la sensibilité du tissu angiomateux étant beaucoup plus grande chez le bébé que chez l'enfant et, naturellement aussi, beaucoup plus accusée chez l'enfant que chez l'adulte.

Vous avez pu remarquer qu'au cours de cet exposé des techniques, je n'ai pas fait mention de l'emploi des aiguilles : ce n'est pas par oubli. En vérité, elles ne me paraissent pas devoir être utilisées pour le traitement des angiomes. Quoique leur introduction puisse être peu traumatisante, je préfère laisser au radium, avec toutes ses qualités, celle que lui vaut l'absence totale de douleur, si minime soit-elle.

Histologie. — Je ne vous rappellerai pas dans ses détails la structure histologique de l'angiome : vous la trouverez dans tous les Traités d'anatomie pathologique. Il est constitué, comme vous le savez d'ailleurs, par des amas de capillaires de dimensions fort variables, gorgés de sang, s'infiltrant au milieu des glandes sébacées et sudoripares, et séparés les uns des autres par un tissu conjonctif parsemé d'éléments cellulaires.

Les recherches histologiques faites par nos soins au laboratoire biologique du radium dès 1910, ont montré la nature tout à fait particulière du processus de régression de l'angiome soumis à l'action du radium.

Il ne s'agit pas d'une destruction des capillaires, mais d'une métaplasie du tissu vasculo-conjonctif avec hyperplasie de ses éléments. A ce processus prennent part les parois vasculaires elles-mêmes, dont les éléments se transforment en fibroblastes jeunes, qui, par leur multiplication, envahissent la lumière du vaisseau et entraînent ainsi peu à peu sa disparition.

Résultats. — Les résultats de la curiethérapie appliquée aux angiomes, vous les avez vus sur les photographies que j'ai fait projeter devant vous au cours de cette causerie ; je ne sache pas qu'on puisse obtenir mieux et plus simplement.

D'une façon générale, on peut dire que plus la lésion a d'épaisseur, plus sa guérison sera rapide, susceptible qu'elle est d'être irradiée plus fortement. Par contre, le nævus plan, développé dans l'épaisseur même de la peau, exige un traitement beaucoup plus long, justiciable qu'il est d'un filtrage aussi réduit que possible, et par conséquent de l'emploi de doses faibles.

Pour le nævus plan, comme pour tout angiome envahissant les téguments, arrêtez toujours le traitement avant décoloration complète, l'action régressive se poursuit d'elle-même après un certain nombre d'applications ; vous arriverez, grâce à cette précaution, à obtenir une décoloration aussi voisine que possible de la peau normale.

Cependant, il se pourra que vous vous trouviez en présence, chez l'adulte surtout, de certains nævi plans que la pression du doigt ne décolore pas. Le meilleur conseil que je puisse vous donner, est de ne pas traiter semblables cas, qui ne trouveraient d'amélioration par le radium ou par toute autre méthode qu'au prix de télangiectasies non moins disgracieuses.

A l'exception de ces formes rebelles à tout traitement, il n'est pas de cas de nævi plans qui ne puissent bénéficier du traitement par le radium ; la curiethérapie ayant encore sur les autres méthodes l'avantage de pouvoir agir en même temps et à même dose sur l'ensemble de la tache pour en obtenir une décoloration plus uniforme.

Quant aux angiomes saillants et aux tumeurs angiomateuses, cutanés, sous-cutanés des muqueuses, quels que soient leur volume, leur épaisseur ou leur localisation, c'est la guérison certaine avec fonte totale de la lésion, décoloration des téguments, reconstitution et respect de l'esthétique et ceci, sans la moindre réaction, sans la moindre douleur.

C'est cet ensemble unique de qualités, qu'aucune autre méthode ne peut présenter, qui doit faire du radium le traitement de choix des angiomes (1).

(1) Cette leçon a été faite d'après l'article « Traitement des angiomes » publié dans le n° 30 du journal *La Clinique*, par MM. Paul Degrais et Anselme Bellot.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

Paris 1-3 *octobre* 1925

Les fonctions biologiques du corps jaune et de glande interstitielle de l'ovaire

Rapporteur : M. SCHICKELÉ, de Strasbourg.

Alors que pour le sexe masculin chez la bête et chez l'homme castré, une croissance en longueur, dépassant la moyenne, a été observée pour les extrémités, les effets de la castration des chiennes jeunes ne sont pas aussi précis. On note variations individuelles, et la croissance excessive de la bête castrée n'est pas une règle générale.

Pour la femme, certains sujets à ovaire insuffisant ont une taille très grande avec maigreur, d'autres ont une taille normale avec obésité, parfois excessive.

L'ovaire exerce, d'autre part, une certaine influence sur le métabolisme des hydrates de carbone.

Les troubles de la croissance féminine et de l'embonpoint sont en rapport certain avec le développement et la fonction insuffisants des ovaires. Dans ces ovaires mal développés les follicules manquent ou sont parsemés. Il ne peut donc plus être question du corps jaune en ce qui concerne la croissance.

L'A. résume ensuite les caractères histologiques du corps jaune à ses divers stades évolutifs et rappelle les travaux de Watrin.

Il étudie ensuite l'astrésie folliculaire et la glande interstitielle ou thécale. Un certain antagonisme semble exister entre le corps jaune et la thèque interne.

On n'est guère fixé sur la morphologie de la glande interstitielle et sur son importance chez les mammifères. Il n'y a pas d'espèce où ce tissu manque complètement. La thèque interne des follicules atrétiques représente en principe la glande interstitielle.

Chez la femme, le nombre des follicules atrétiques étant assez limité, ces formations ne prendront jamais une étendue particulière. Pendant la grossesse, et plus particulièrement à partir de la seconde moitié, le nombre des follicules atrétiques va en augmentant.

Les cellules thécales semblent contenir une sécrétion, mais certains prétendent que ces substances représentent des réserves d'ordre purement nutritif. La ressemblance entre les cellules thécales et celles du corps jaune est très grande. Lorsque le corps jaune apparaît, la glande thécale va en diminuant et au moment de la régression du corps jaune pendant la gestation les cellules thécales entrent en prolifération.

L'importance de la glande interstitielle a été mise en lumière par Steinach. Ayant transplanté des ovaires sur des mâles de cobayes et de rats, il a produit par cette intervention une « féminisation » quasi complète de l'individu mâle. Cet état d'après lui, est dû à la glande interstitielle, qu'il nomme « glande de la puberté ». Toutefois l'examen microscopique des ovaires transplantés a montré que l'appareil folliculaire était encore en bon état. Sand, qui a fait des expérimentations analogues croit a l'influence des cellules de la granuleuse, c'est-à-dire du follicule en évolution. Ce n'est que plus tard, lorsque les follicules sont en régression, que les cellules de la thèque interviendraient. Mais les cellules interstitielles seraient plutôt destinées à accumuler des réserves, sécrétées par les cellules des follicules.

Il semble impossible de refuser à la glande thécale (interstitielle) toute importance, comme le font certains.

Sch. pense que les follicules atrétiques, en certains cas, pourraient suppléer le corps jaune.

Quant à l'hypothèse que la menstruation et ses anomalies doivent dépendre du développement de la glande thécale, elle ne peut être démontrée actuellement.

Les kystes lutéiniques sont fréquents au cours de la môle et du déciduome. Pour certains, l'anomalie des villosités fœtales serait la cause première qui déclancherait une prolifération excessive des cellules thécales au niveau des follicules atrétiques par réaction de défense. D'autres cependant croient que la lésion primaire se trouverait au niveau des ovaires et qu'elle causerait l'apparition de la môle.

En 1898, Prenant, a émis l'hypothèse que le corps jaune était une glande à sécrétion interne. Puis Fraenkel conclut que le corps jaune est investi de la fonction de déterminer et la nidation des œufs et leur développement dans l'utérus. Par contre Regaud et Dubreuil pensent qu'il est improbable que le corps jaune produit les modifications de la muqueuse utérine destinées à recevoir l'œuf fécondé.

Chez la femme, les observations sont nombreuse, où la castration avait été effectuée dans l'espace des 7 premières semaines, sans être suivie d'une interruption de la gestation.

Cependant il faut admettre comme probable chez la femme l'existence d'un certain rapport entre le corps jaune et l'état de la muqueuse qui assure la nidation dans les conditions les meilleures.

Ancel et Bouin ont soutenu l'importance du corps jaune pour les modifications que les glandes mammaires subissent pendant la gestation. On peut douter de cette action

L'A. résume ensuite les travaux récents sur la teneur du corps jaune en lipoïdes.

En ce qui concerne l'état non gravide, on a dit que l'évolution du corps jaune détermine l'évolution de la muqueuse utérine. Le corps jaune, à la veille des règles, aurait atteint le maximum de son développement Il est à sa période d'état, la muqueuse est prête à recevoir l'œuf fécondé. La fécondation n'ayant pas eu lieu, le corps jaune subira son involution et par ce fait, en décongestionnant la muqueuse turgescente, déclanchera l'écoulement menstruel.

L'A. rappelle à ce propos, que ses travaux et toute une série d'observations de divers auteurs montrent qu'en principe la déhiscence du follicule peut se produire à tout moment entre les deux menstruations, mais que cependant elle a lieu de préférence entre le 8e et le 21e jour, le rythme menstruel étant de 28 jours. Donc il est impossible que le corps jaune se trouve, à la veille de la menstruation, toujours dans la même phase de son évolution.

On pense actuellement que ce n'est pas tant l'évolution du corps jaune et son arrivée à la période d'état qui déclanche la menstruation, mais qu'au contraire sa régression entraîne la destruction de la muqueuse utérine prégravide et prémenstruelle.

M. Schickelé ne croit pas comme M. Watrin que l'exérèse du corps jaune menstruel hâte d'une façon absolument constante l'apparition de la menstruation. Il pense qu'il n'y a aucune régularité à ce sujet.

Actuellement, la grande majorité des auteurs, pensent que c'est bien le follicule en évolution qui commande les modifications au niveau de l'utérus et de ses annexes et des glandes mammaires, pour la phase du procœtrus et de l'œstrus. la déhiscence du follicule, ces modifications s'accentuent encore et arrivent bientôt à leur maximum. Tous faits semblent concorder à attribuer au corps jaune en évolution la continuation des fonctions du follicule.

En cas de non fécondation, le corps jaune et la muqueuse utérine, arrivés à un certain maximum de leur développement, entrent en régression. La muqueuse utérine se désagrège et à ce moment apparaît, chez la femme, l'écoulement sanguin, la menstruation.

Les tumeurs incluses du ligament large

Rapporteurs : MM. FORGUE (de Montpellier) et GROUSSE (de Bruxelles).

Chirurgicalement, l'intérêt de la question se concentre sur les tumeurs qui s'enclavent dans la base du ligament large, ceci en raison de sa position anatomique et des conditions topographiques qui commandent son évolution. Les tumeurs réalisent un type clinique commun que caractérisent le fixation pelvienne de la masse, les larges décollements sous-séreux nécessaires à son ampliation, les modifications de rapports des organes pelviens, la difficulté pratique de son énucléation.

Une tumeur intraligamentaire, qui augmente de volume, a pour premier effet mécanique de dédoubler les deux feuillets du ligament large dans l'épaisseur desquels elle est née. Dans

une seconde étape, lorsqu'est atteinte la limite d'écartement entre les deux lames ligamentaires, c'est le décollement du péritoine pelvien qui se produit. Celui-ci progresse dans le sens des moindres résistances et dépend de la situation initiale de l'organe ou du débris embryonnaire qui a constitué l'origine de la tumeur. En fait le décollement se produit dans l'espace para-vésical, para-utérin ou para-rectal.

Lorsque la tumeur est à siège latéral para-utérin, elle est appuyée fixement en bas sur le plancher pelvien, l'accroissement se produira donc en haut et en dehors entraînant progressivement en haut le corps utérin. Dans les tumeurs à développement antérieur para-vésical on observe pareillement l'ascension de la vessie. Mais s'il s'agit d'une tumeur postérieure para-rectale elle est rapidement bloquée par la concavité sacrée, elle s'élève alors en dédoublant les mésos du rectum ou des côlons et en contractant avec l'intestin des adhérences de plus en plus intimes. Il en résulte de très sérieuses difficultés au cours de l'énucléation. Dans ces sortes de kystes rétro-péritonéaux le lieu et le sens du développement de la tumeur intraligamentaire sont commandés par la topographie initiale des enclavements embryonnaires, débris du corps de Wolff.

Une tumeur intra-ligamentaire à grand développement produit des déplacements viscéraux qui créent la difficulté et le risque opératoires. Pratiquement,il faut penser toujours : 1) aux transpositions de l'uretère, 2) au déplacement ascensionnel de la vessie, 3) au refoulement et à l'accolement du côlon pelvien à gauche, du cæco-côlon à droite, 4) aux déviations utérines, 5) aux rapports modifiés des pédicules vasculaires.

L'uretère peut être en dehors ou en dedans de la tumeur selon le siège de celle-ci ;

Les déplacements utérins qui résultent de l'évolution d'une tumeur incluse sont d'abord la latéroposition puis l'ascension de l'utérus avec élongation de sa portion supra-vaginale. Enfin l'utérus peut se placer en antéposition forcée par le développement postérieur de la tumeur.

Connexions des tumeurs intraligamentaires avec les pédicules vasculaires : lorsqu'il s'agit d'un kyste ovarien multiloculaire ou d'un fibrome utérin, on trouve vers le pôle supérieur de la tumeur deux pédicules vasculaires l'un externe utéro-ovarien, l'autre interne très développé au niveau de l'angle formé par le confluent de l'utérine et des ramifications utéro-ovariennes. S'il s'agit d'une tumeur indépendante de l'utérus, le pédicule utérin est refoulé en dedans de la masse ; s'il s'agit d'une tumeur utérine, le pédicule est refoulé en haut en dehors.

Diagnostic de l'inclusion. — C'est le toucher vaginal qui joue le rôle dominant en renseignant sur la hauteur du col. La position de l'utérus, et sa mobilité, la mobilité de la tumeur sur l'utérus. La palpation abdominale et le toucher rectal, le cathétérisme vésical compléteront nécessairement l'examen.

Pour présumer une tumeur intra-ligamentaire il faut la présence dans le cul-de-sac vaginal correspondant d'une tumeur latéro-utérine, le refoulement du col utérin vers la paroi pelvienne opposée, l'ascension du col, l'immobilité plus ou moins complète de la tumeur, l'élévation variable de la vessie.

Il faut en outre savoir reconnaître si la tumeur en est encore à l'étape pelvienne ou si son développement est déjà pelvi-abdominal : c'est dans ce dernier cas que l'ascension du col et l'élévation de la vessie prennent une importance capitale.

S'agit-il d'une inclusion vraie ou d'une fausse inclusion ? Dans cette dernière catégorie il faut ranger les pseudo-inclusions par fausses membranes inflammatoires et par encapuchonnement.

Il est parfois impossible de préciser s'il s'agit d'une tumeur liquide ou d'une tumeur solide. Les phénomènes de compression sont plutôt l'apanage des fibromes ; le kyste kyatin du parovaire est, par contre, le type de la tumeur indoiore.

Traitement. — En dépit des examens les plus précis, il faut s'attendre dans ces interventions pour tumeurs incluses à des incidents imprévus.

Les auteurs préconisent pour cette opération la rachianalgésie qui assure un silence abdominal absolu. Il sera bien en outre d'introduire au préalable une sonde dans l'uretère, ce era un point de repère fort utile dans la suite.

Il faut inciser la paroi très haut pour éviter la vessie. Puis le ventre ouvert, confirmer le diagnostic de l'inclusion et s'orienter. Le point central de l'exploration c'est l'utérus. S'il s'agit d'une inclusion vraie le prolongement inférieur de la masse est adhérent au plancher pelvien, les doigts buttent contre la surface lisse et continue des culs-de-sac, il y a absence absolue de tout interstice décollable.

Il faut alors se rendre un compte exact de la topographie de la masse incluse, de ses rapports avec l'utérus, la vessie, l'S iliaque et le cæcum. Ce sont toutes ces données qu'il est indispensable de préciser minutieusement pour fonder le choix de la technique à suivre.

Enucléation ou hystérectomie ? L'hystérectomie n'entraîne pas de pertes de temps et de sang qu'entraîne une énucléation trop laborieuse. L'hystérectomie est la meilleure manœuvre de débloquage des inclusions difficiles, parce qu'elle simplifie la découverte du plan de clivage, parce qu'elle attaque de bas en haut, de la base pelvienne vers les pédicules utéro-ovariens, en allant du simple au complexe, l'espace ligamentaire. L'hystérectomie assure une hémostase de toute sûreté et facilite la reconstitution du plancher pelvien et réalise une péritonisation parfaite.

L'énucléation garde ses indications. Chez *une femme jeune, dans le cas d'une tumeur unilatérale, de moyen volume, avec intégrité des annexes du côté opposé*, il faut conserver l'utérus et la possibilité de maternités. Il y a, d'autre part, quel qu'en soit le volume, des *tumeurs énucléables*, kystes parovariens, à contenu limpide, libres entre les deux feuillets péritonéaux, fibromes ligamentaires autochtones, sans adhérences à l'utérus, kystes hydatiques, qui se laissent, malgré la difficulté apparente, débloquer aisément, abandonnant une loge nette, non hémorragique, et bien péritonisable, et qui restent justiciables de la conservation.

Les A. font une revue générale rapide des tumeurs primitives des ligaments larges, ne décrivant que certaines néoplasies, les plus importante.

Fibromes primitifs des ligaments larges. — Ils sont en général de forme arrondie et siègent plus volontiers à la base de ce ligament.

Il n'existe pas de symptomatologie spéciale à ces tumeurs les symptômes qu'on retrouve le plus fréquemment sont les troubles urinaires, les douleurs lombaires et l'œdème des membres inférieurs.

Kystes parovariens. — Ce sont des tumeurs développées aux dépens des canalicules de l'époophore. Ils sont en général uniloculaires et de volume moyen. Leur contenu est limpide et alcalin.

Leur symptomatologie est souvent insidieuse et lente et ces néoplasies ne se signalent fréquement à l'attention que par une complication (coexistence de grossesse, torsion pédiculaire, hémorragies intra-kystiques, hémorragies utérines, rupture, suppuration).

Quand, Pourquoi et Comment malter les aliments, par Raoul Lecoq. Un volume in-8°. Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'École-de-Médecine, Paris. Prix : 5 fr.

Par ses recherches personnelles, l'auteur a grandement contribué à l'étude de la question du maltage des aliments amylacés. En s'appuyant sur plus de 400 dosages systématiquement effectués, il a réussi à fixer définitivement, semble-t-il, et rationnellement bien des points qui n'avaient été résolus jusqu'ici qu'empiriquement et dont l'explication restait à trouver.

Ce travail rigoureusement scientique est cependant, avant tout, essentiellement pratique puisqu'il se propose d'établir clairement *quand, pourquoi* et *comment* il convient de malter les aliments.

Le rêve et son interprétation, par S. Freud. Trad. de l'allemand par Mlle Hélène Legros. 1 vol. in-16. 6 fr. Editions de la *Nouvelle Revue française*, 3, rue de Grenoble, Paris.

Ce petit livre contient les dernières et les plus précises réflexions qu'ait écrites Freud sur le rêve et son interprétation. Il offre le résumé d'une doctrine, dont on connait la valeur scientifique et le retentissement mondial, mais dont on ignore trop encore combien elle est accessible, familière, utile à la conduite de la vie de tous les jours.

ANALYSES

Traitement de l'épilepsie essentielle par la Bellafoline associée au Gardénal. (A. Viguier. Thèse de Paris, juillet 1925).

Dans un quart des cas, environ, le traitement habituel de l'épilepsie, c'est-à dire, le bromure, ou le gardénal reste sans effet. Or, l'association de la belladone au gardénal a donné dans ces cas, à certains auteurs, en particulier à Ducoste, d'excellents résultats, discutés il est vrai, par divers médecins.

Estimant que la cause de l'inconstance thérapeutique de cette méthode réside dans la variabilité en principes actifs et l'inconstance des préparations galéniques de belladone, le docteur Viguier, a repris cette question, mais en utilisant, non l'extrait de belladone, mais les *alcaloïdes totaux* (bellafoline) isolés par Stoll, grâce à son procédé spécial de protection.

On sait que cette préparation où domine, comme dans la plante, l'hyoscyamine lévogyre, a une activité égale à celle de l'atropine avec une posologie et une toxicité moitié moindres.

Elle offre aussi, sur les préparations galéniques, la supériorité d'une activité *totale* et toujours égale, grâce à sa teneur constante en principes actifs, purs, et rigoureusement dosés.

L'auteur cite dans sa thèse de nombreuses observations d'épilepsie essentielle traitée par l'association gardénal bellafoline et recueillies au Dispensaire de l'Asile St-Anne.

En voici les conclusions : chez 15 malades, le gardénal utilisé isolément n'ayant produit aucun effet sédatif sur les crises épileptiques l'association de la bellafoline les a supprimées complètement, ou les a beaucoup diminuées en nombre et en intensité.

Dans 22 cas, les manifestations de l'épilepsie désignées sous le nom d'équivalents (vertiges, absences, impulsions, irritabilité du caractère, migraines, etc.), le traitement mixte gardénal et bellafoline a donné d'excellents résultats, alors que le gardenal employé seul dans ces formes est souvent inactif.

Il y a eu 2 insuccès seulement sur les 24 observations.

L'auteur ne signale aucune contre-indication à la bellafoline et n'a pas observé de signes d'intolérance.

Les doses utilisées ont été, en moyenne, de 2 comprimés à 1/4 de millig. par jour, et le docteur Marchand considère qu'il est inutile de dépasser, chez ces malades, 4 comprimés de bellafoline par 24 heures, c'est-à-dire, un millig. de principe actif.

La thèse du docteur Viguier est pratiquement fort intéressante parce qu'elle apporte une méthode nouvelle de traitement efficace, dans les cas d'épilepsie jusqu'ici rebelles à la thérapeutique.

Sur l'action cardiotonique du scillarène en particulier dans les troubles de défaillance du cœur. (Pierre Vautrin. XVIII[e] Congrès français de médecine, Nancy, 16 juillet 1925.)

Nous possédons, à l'heure actuelle, pour lutter contre l'asystolie, surtout par insuffisance ventriculaire droite, et les troubles dus à la myocardite chronique, trois puissantes médications.

Tout d'abord, d'une façon générale, la digitaline et l'ouabaïne, et aussi, dans un assez grand nombre de cas, le Scillarène *à dose forte*.

Ce dernier cardiorénal doit donc être placé sur le même rang que les deux premiers, avec cette différence, qu'étant sans danger d'accumulation et sans inconvénients secondaires, son usage pourra être prolongé aussi longtemps que cela est nécessaire.

Toxicité et action comparée de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone. (P. Lemay et L. Jaloustre. Académie de médecine, 15 juillet 1925.)

Les auteurs ont étudié expérimentalement les alcaloïdes totaux de la belladone (Bellafoline) afin de connaître, d'une part, leur toxicité comparée à celle de l'atropine et aussi leur valeur clinique.

Ils ont procédé par injections intramusculaires, sur deux séries de 6 lapins injectés, les uns avec le sulfate d'atropine, les autres avec les alcaloïdes totaux de la belladone fournis par les Laboratoires Sandoz. Les résultats ont confirmé ceux déjà signalés par Cushny et par Rothlin, c'est-à-dire que « les alcaloïdes totaux sont deux fois plus actifs que l'atropine vis-à-vis du vague cardiaque, l'inhibition du vague contrôlée à l'aide de la pression sanguine, est obtenue avec des doses voisines de 0 milligr. 06 de sulfate d'atropine et et de 0 milligr. 03 d'alcaloïdes totaux. A dose égale, l'inhibition dure deux fois plus de temps avec ces derniers.

Des résultats analogues ont été obtenus dans l'ordre pharmacologique par Loëffler, Nigoul-Foussal, Viguier, Marchand, etc... et il apparaît bien que cette supériorité clinique de la Bellafoline sur l'atropine et les préparations galéniques et qui se résume dans une activité double pour une dose égale, est due à la prédominance dans les alcaloïdes totaux de l'Hyoscyamine lévogyre et l'on sait d'après Tiffeneau que cette dernière substance est, à doses égales, deux fois plus active qu l'atropine.

La conclusion des recherches de Lemay et Jaloustre est la suivante : « Nous pensons qu'il y a grand intérêt à utiliser en thérapeutique, spécialement contre le spasme et la vagotonie, les alcaloïdes totaux de la belladone ou Bellafoline, de préférence aux préparations galéniques du Codex et à l'atropine puisqu'on a ainsi un médicament toujours identique et deux fois plus actif que l'atropine sans être plus toxique. »

BIBLIOGRAPHIE

Etudes neurologiques, par Georges GUILLAIN. Deuxième série. 1 volume de 360 pages avec 50 figures. (Masson et Cie, éditeurs), 26 fr.

Cet ouvrage fait suite à la *première série des Etudes Neurologiques* actuellement épuisées. Il comprend une série d'études sur des opérations nouvelles groupées sous les titres suivants : *Sémiologie nerveuse*; *pathologie de l'encéphale et de la moelle*; *sclérose en plaques*; *dégénérations secondaires* : *encéphalite épidémique* ; *syndromes parkinsoniens postencéphaliques* ; *maladie de Parkinson*, etc.

« L'anatomie et la physiologie du système nerveux, écrivait l'auteur, dans la préface de la première série des Etudes Neurologiques, doivent être la base de toutes nos connaissances neurologiques ; il faut en présence des malades avoir le penser anatomique et physiologique ; mais la neurologie moderne doit savoir faire appel à toutes les méthodes bactériologiques, physiques et chimiques qui dans l'évolution de toutes les branches des sciences médicales ont ouvert tout...

On trouvera dans ces travaux la mise en application de ces différentes méthodes. On conçoit donc l'intérêt que ces différentes études offrent non seulement aux spécialistes neurologistes, mais à tous les cliniciens.

Les fondements biologiques de la psychologie, par Jean LHERMITTE. Un volume in-8. (Collection *Science et Civilisation*). 11-241 pages, avec 6 figures, 14 fr. (Gauthier-Villars et Cie, éditeurs.)

Le problème du rapport des faits psychiques et des fonctions cérébrales a de tout temps passionné les esprits. Déjà, dans l'antiquité hellénique, quelques philosophes et quelques grands médecins ont vigoureusement soutenu la thèse de la connexion étroite entre ces deux ordres de phénomènes. Mais ce problème n'a acquis une valeur scientifique qu'à partir du jour où les faits seuls et leur enchaînement causal, sans souci de leur substratum métaphysique, ont retenu l'attention des chercheurs et où l'observation et l'expérience ont seules été employées comme instruments d'investigation.

C'est exactement cette méthode qu'a suivie, dans ce livre, M. Lhermitte pour faire un exposé complet des résultats actuellement acquis dans ce domaine. Après avoir donné un aperçu des théories et des hypothèses proposées au cours des siècles pour expliquer la nature des phénomènes psychiques, il étudie successivement, en se basant sur les recherches les plus récentes : *la structure et la physiologie générale du système nerveux, l'Influx nerveux et sa nature, le Neurome physiologique, la Circulation des influx nerveux dans l'écorce cérébrale, le système nerveux des vertébrés, l'Evolution phylogénétique et ontogénétique du système nerveux, le Cerveau de l'homme adulte, les Emotions et leurs expressions organiques, le Cerveau et la pensée verbale, le Sommeil et le rêve, l'Appareil régulateur des fonctions psychiques.*

L'Auteur a en outre mis à contribution les données de la pathologie mentale et de la tératologie, ainsi que les renseignements fournis par les troubles psychiques consécutifs aux lésions encéphaliques de guerre. Bref, rien n'a été négligé de sa part pour projeter quelque lumière sur un problème dont la solution est susceptible de procurer à l'homme la plus haute satisfaction intellectuelle et morale.

Les variations du corps humain, par le Dr L. DUBREUIL-CHAMBARDEL. Un volume in-18. Illustré. — Prix : 10 francs. Ernest Flammarion, éditeur, 26, rue Racine, Paris.

Dans cet ouvrage, l'auteur qui s'est spécialisé dans l'étude de la Tératologie, passe rapidement en revue les principales variations, morphologiques du corps humain. On sait que ces variations qualifiées d'anomalies, de monstruosités, de phénomènes, ont de tout temps frappé l'imagination populaire.

Il étudie tout d'abord les variations générales du corps, celles qui portent sur la taille des individus, et décrit les différentes sortes de *gigantisme* et de *nanisme*. Ceci l'amène à traiter des dystrophies de la croissance. Plusieurs de ces états sont maintenant expliqués par des troubles endocriniens.

M. Dubreuil-Chambardel étudie ensuite les diverses variations que présentent les organes.

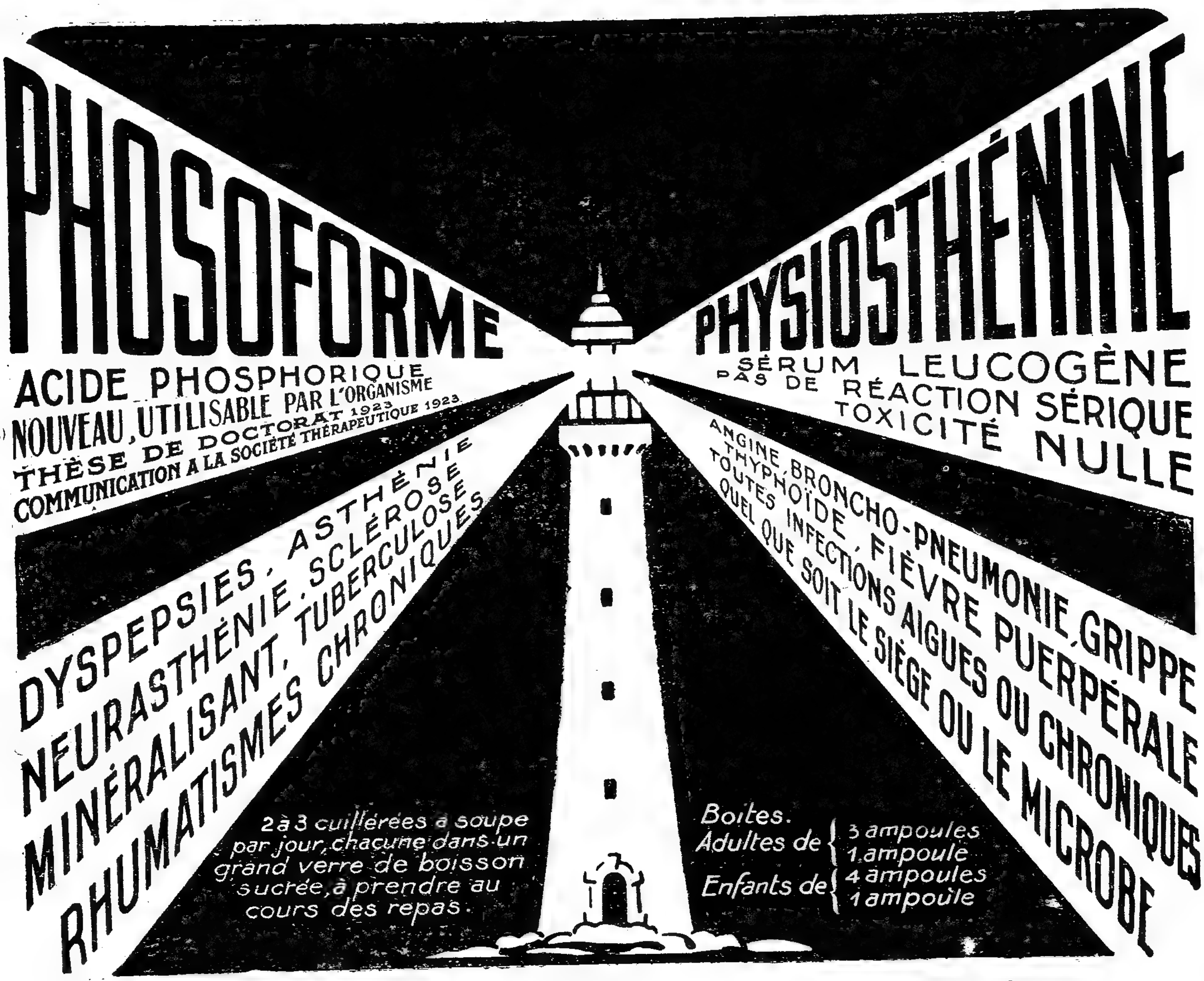
Il insiste plus spécialement sur les variations des membres, si fréquentes aux doigts, aux mains, aux bras (polydactylies, syndactylies, ectrodactylies, hémimélies, etc.) et en montre les causes.

Puis il signale les variations que présentent le thorax, l'abdomen, l'extrémité céphalique.

Les variations du système uro-génital forment un chapitre très curieux : enfin les variations du tégument sont l'occasion de rap-

Laboratoires D. DROUET & PLET -- 37, rue de Marly, RUEIL (Banlieue Ouest de Paris)

Registre du Commerce n° 168 — Versailles



(1) PARTIELLEMENT ÉTHÉRIFIÉ. (2) EXCEPTÉ TUBERCULOSE.

SALYSERUM

Injections **INDOLORES** d'acide salycilique en ampoules de 1 cc.

Crises aiguës de rhumatisme, goutte, pleurodynies, lumbagos, etc.

Faire 2 ampoules loco-dolenti

BYLIÉRINE

Foie et Intestin

Extrait de FIEL DE PORC
PANCRÉATINE
HEXAMÉTHYLÈNE TÉTRAMINE

Extrait de fiel de porc (Omnivore) supérieur à l'extrait de fiel de Bœuf (Herbivore)

Doses : 4 à 8 pilules par jour.

MAGNÉSIE DROUET & PLET

Le meilleur saturant non carbonaté, des acidités gastriques

OXALURIE OXALEMIE

Doses : 2 à 4 comprimés 1 h. 1/2 après les repas

peler les cas si bizarres d'hypertrichose, et de troubles pigmentaires.

Ce volume est richement illustré de plus de cent figures qui représentent les variations les plus importantes.

La mélancolie : Clinique et Thérapeutique, par R. BENON. 1 vol. in-16 de 154 pages. Prix : 10 fr. (Gaston Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, Paris (VIe).

Après quelques pages sur l'historique et l'étiologie, l'auteur s'attache à étudier spécialement la mélancolie vraie, dont l'origine est précise autant que la symptomatologie, et qui, bien traitée, guérit dans la très grande généralité des cas, soit à l'asile, soit dans la famille. — La mélancolie proprement dite, différente du simple syndrome mélancolique, se développe sous l'influence d'un chagrin, d'un état de tristesse, déterminé par l'idée d'un mal passé, d'un malheur subi, d'un revers éprouvé, etc. Elle est caractérisée par l'apparition d'idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité, de ruine, de damnation, avec interprétations absurbes, illusions, hallucinations ; elle se complique alors d'anxiété, d'énervement, d'idées de suicide, etc. L'accès est curable sauf complications. La récidive est exceptionnelle. La maladie revêt des formes variées : mélancolie major ou délirante, mélancolie minor sans délire, mélancolie stupeur, mélancolie anxieuse, etc. — Comme complications, il importe de signaler : le syndrome de Cotard l'évolution vers l'hypocondrie, le délire de persécution, la « démence » chez les jeunes sujets, etc. — Au point de vue diagnostic, il faut la séparer surtout : de l'asthénie périodique (dépression mélancolique des auteurs), de l'hypocondrie, de la neurasthénie par surmenage, des asthénies secondaires qui sont multiples, de l'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, de l'ennui, etc. — Thérapeutiquement, on peut presque dire que tous les mélancoliques vrais, s'ils étaient bien soignés guériraient. Le traitement est moral et physique ; le traitement moral est de beaucoup le plus difficile, mais le plus important. Il faut créer autour du malade un milieu convenable et toujours se montrer, avec lui, doux, bienveillant, calme patient.

Les Heures Bénédictines, par Edouard SCHNEIDER, 1 vol. in-16. 276 p., de la Collection « Grands Ordres Monastiques ». Prix : 7 fr. 50. Bernard Grasset éditeur, 61, rue des Saints-Pères, Paris.

Nul mieux qu'Edouard Schneider n'était qualifié pour diriger cette nouvelle collection, où chacune des grandes familles monastiques sera étudiée ; non point d'un point de vue sèchement historique, mais dans sa vie quotidienne, ses joies et ses souffrances salutaires. Il nous donne le modèle du genre dans ce premier volume, œuvre de poète autant que de croyant, où s'épanouit dans toute sa fraîcheur l'âme bénédictine.

Pratiques des Harems marocains, par A. R. DE LENS. 1 vol. in-4. XVI. 95 p. Prix : 15 fr. Genthner, éditeur, 13, rue Jacob, Paris.

Médecine générale, maladies vénériennes, maladies infantiles, fécondité, stérilité, impuissance, maladies des femmes, recettes matrimoniales, recettes de beauté, recettes contre diverses calamités. Mme de Lens, connue par ses livres sur la vie intime des femmes marocaines, donne ici la moisson de ses recherches faites en grand mystère et souvent avec mille difficultés dans les intérieurs musulmans du Maroc.

La Lorraine vue par les écrivains et les artistes. Recueil de textes suivis d'un Guide par A. VAN BEVER, 1 vol. de la collection *La France pittoresque et artistique.* 404 p. sur très beau papier avec 90 illustrations et une carte, couverture en couleur de GEO DORIVAL. Prix : broché : 16 fr. ; relié pleine toile, 20 fr, Vald. Rasmussen, 168, boulevard St-Germain, Paris.

Ce beau volume complète, avec *l'Alsace*, la région de ces provinces de l'Est, tant éprouvées jusqu'à nos jours, dont la mission est de garder à nos confins la splendeur du génie français. Dans la même collection : *L'Alsace. — La Savoie. — La Touraine.*

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Maladies de l'ovulation, par D. DALCHÉ. 1. vol. 176 p. : 12 fr. (Vigot).

Technique opératoire des kystes ovariques intraligamentaires, par le Prof. O. BEUTTNER 1 vol. 120 p., 30 fig. : 15 fr. (Vigot).

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides. Prélèvements, technique, interprétation, résultats, par E. MOREAU. 1 vol. 192 p., 45 fig. : 10 fr. (Vigot).

Manuel du médecin expert. Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales et barèmes, par Ch. DAUSSAT. 1 vol. 770 p. : 30 fr. (Vigot).

Rêves et hallucinations, par le Dr SCHATZMANN. 1 vol. 332 p. : 20 fr. (Vigot).

Macrophotographie et microphotographie, par F. MONPILLARD. 1 vol. 580 p., 86 fig., 20 fr. (Doin).

Etude sur la vieillesse et le rajeunissement par la greffe, par S. VORONOFF. 1 vol. 216 p., 35 planches hors texte : 15 fr. (Doin).

La maladie de l'amour, par le Dr Paul VOIVENEL. 1 vol. : 7 fr. 50. (Edit. du Siècle).

Claude Bernard, par Jean-Louis FAURE. 1 vol. : 7 fr. 50 (Crès).

GOUTTES PAÏDOPHILES

IODARSENIC

du Dr GUIRAUD

SCROFULES-LYMPHATISME
MALADIES CUTANÉES

solution rigoureusement titrée et inaltérable de TRIIODURE d'ARSENIC
préparée selon les indications fournies à l'Académie de Médecine
(*Séance du* 19 *Avril* 1898 *et Novembre* 1905)

Par le Docteur F. GUIRAUD
lauréat (Médaille d'Or) de la Faculté de Médecine
Ex-Pharmacien de l'Hôpital de Bordeaux.

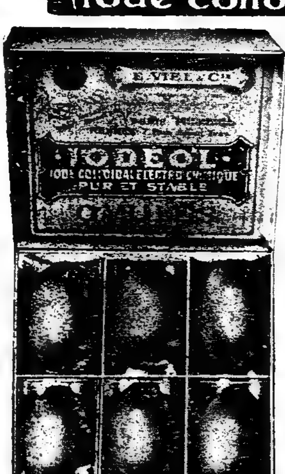
N. B. — *Médicament énergique : à prendre suivant les indications qui accompagnent chaque flacon*

ECHANTILLONS & LITTERATURE : Dr GUIRAUD 60, Cours d'Aquitaine, BORDEAUX
Henry ROGIER. 19, Avenue de Villiers, PARIS.

SALICAIRINE

AFFECTIONS GÉNITO-URINAIRES

OVULES A L'IODEOL
(iode colloïdal électrochimique VIEL)



Action antiseptique
de l'iode métalloïdique exaltée
par l'état colloïdal

Ni Toxiques

Ni Caustiques

Calment immédiatement les douleurs
tarissent les écoulements

Incomparablement plus efficaces que les ovules et tampons à l'Ichthyol et aux Balsamiques

Posologie : Une ovule chaque soir

E. VIEL & Co 3, Rue de Sévigné, PARIS

TANNO-GLUCOSIDE
de la SALICAIRE

DIARRHÉES ET ENTÉRITES
CHRONIQUES

TOUTES DIARRHÉES
Infantiles, Bacillaires (Flexner, His, Shiga)
Tuberculeuses, Grippales, Hémorragiques.

SÉDATIF RAPIDE
des douleurs intestinales, des épreintes et du Ténesme

Antihémorragique intestinal immédiat
PAS de contre-indications

Échantillon et Littérature :
E. VIEL & Cie, 3, rue de Sévigné, PARIS.

Le Gérant : **A. ROUZAUD.**

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE. — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 42. **Le Numéro : 1 Franc** (avec son **SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ**) 17 OCTOBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le **SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ**

France et Colonies	**35** fr
Belgique et Italie	**45** fr
Étranger 1re zone	**55** fr.
Étranger 2e zone	**70** fr

Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Liste alphabétique des candidats admis à l'épreuve orale.

1. M. Ab-El-Nour, Mlle Abricossoff ; MM. Alibert, André, Armand, Aubriet, Augier, Avril, Azalbert, Bachelier.

11. Baillis, Baldy, Mlle Bardy, MM. Baron (Pierre), Baron (François), Barthes, Barragué, Mlles Bastien, Baudry, MM. Béal.

21. Beaugeard, Breaux, Berdet, Bergouignan, Berton, Bertrand (Pierre), Bidoire (André), Blanche, Mlle Boegner.

31. MM. Bompard (Henri), Briau (Louis), Brongniart, Mlle Brosse, M. Bucquoy, Mlle Bucsan, MM. Buisson, Bureau (Robert), Bureau (Yves), Busser.

41. Cadilhac, Mlle Cahen, MM. Cahen (Robert), Calmels, Canonne, Carvaillo, Casaubon, Cazès, Chadourne, Champenois.

51. Chaperon, Chauveau, Chazel, Mlle Choquart, MM. Chureau, Cofino, Cohen-Deloro, Colin, Cordier, Corman.

61. Coudrain, Cournaud, Couvelaire, Mlle Cuénin, MM. Darfeuille, Darré, Mlle Dartin, MM. Davioud, Degos, Delage.

71. Delthil, Delvaille, Deransart, Derot, Mlle Desbrousses, MM. Descomps, Desgrez, Deslandres, Desoille, Dublineau.

81. Ducas, Dulac, Duminil, Duncombe, Dupuy, Elbaz, Even, Falaize, Faraut, Farret.

91. Fenal, Ferrand, Filliol, Flahault, Fleury, (Jean), Folliasson, Fouquet, Fourniat, Franzt, Mlle Frey.

101. MM. Funck, Gallais (Pierre), Ganem, Garnier (Pierre), Gaucher, Gaulier, Georges (Maurice), Gerson, Goldberg, Gomet.

111. Gorostidi, Grenaud, Grinda, Guédé, Guérin (Philippe), Guillon Guillot, Hébert (Jean), Hébert-Suffren, Mlle Houzeau (G.).

211. MM. Hurez, Imbert, Joly, Laborde, Mlle Lacan (S.), MM. Lafitte, Lançon (J.), Lançon (R.), Mlle Landowski, MM. Langenhagen (de).

131. Lapiné, Mlle Laurent, M. Leconte (H.), Mlle Lefilliâtre, MM. Lejeune, Lemaire, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Mlle Lequin, MM. Lereboullet.

141. Levaxelaire, Lévy (A.), Mlle Lévy, MM. Litchenberger, Liège, Lièvre, Loeb, Louvel, Luzuy, Lyonnet.

151 Mlles Maas, Maldan, MM. Mâle, Marmasse, Martin (B.-V.), Martin (P.-V.), Massot, Maximin, Mayer, Merklen.

161. Méry, Meurisse, Mevel, Michel-Béchet, Milleret, Minot, Moraux, Mouchet, Mourrut.

171. Mugnier, Nativelle, Nedelec, Mlle Nicolle, MM. Odinet, Ombrédanne, Padovani, Pannier, Papaïonnon, Parent.

171. Paris (Pierre), Paris (Raymond), Parlier, Pascal, Pellé, Perin, Perono, Petrignani, Peynet, Pichard.

191. Pinoche, Plessier, Poumailloux, Pommeau-Deillly, Priollet, Puech, Querneau, Quivy, Racine, Ragu.

201. Mlle Rappoport, MM. Rault, Ravier, Renard, Richier, Rivoire, Robin, Rollet, Roseau, Mlle Rosenbuan.

211. MM. Rosier, Rossert, Mlle Roudinesco, MM. Rouquès, Roy, Rudolf, Saingery, Saint-Pierre, Salavert, Sallé.

221. Mlles Sazerac de Forges, Scherrer, MM. Schwob, Sébileau, Sée, Segond, Seidmann, Servel, Sèze (de), Sicard (André).

231. Sicard (Robert), Sigwald, Soulié, Sordille, Stéhelin, Tariel, Thiébaut, Topart, Tournant.

241. Triau, Troncin, Vanier, Veslot, Vincent, Von Der Horst, Vuillième, Weill (Jean), Mlles Weill (Suzanne), Wertheimer.

251. MM. Willemin (Louis), Wolff (André), Mlle Wolff, M. Zad oc Kahn, Mlle Zimmer.

Concours de l'externat. — *Composition du jury.* — MM. Pruvost, Hutinel, Moreau, Leblanc, Girode, de Gaudart d'Allaines, Moulonguet, Gatellier, qui ont accepté ; Velter, qui n'a pas encore fait connaitre son acceptation.

Premier Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et d'urologie. — Les 25, 26 et 27 octobre prochain se tiendra à Bucarest, sous la présidence de M. le professeur N. Gheorghiu, le premier Congrès national d'obstétrique, de gynécologie et d'urologie.

Les principales questions mises à l'ordre du jour du Congrès sont les suivantes : Le cancer génital. — La prophylaxie de l'infection puerpérale. — La stérilité consécutive aux affections vénériennes. — Formes cliniques et traitements des tumeurs extra-utérines. — La constante d'Ambard. — La pyélonéphrite gravidique.

Pour les adhésions et les renseignements, écrire au Commissariat général du Congrès, *Institut Maternitatea Spitalul Filantropia, B. dul Mihail Ghica*, 4, à Bucarest.

Congrès médical australien. — La 2e session du Congrès médical australien aura lieu à Dunedin (Nouvelle-Zélande) du 2 au 9 février 1927, sous la présidence du professeur L. E. Barnett.

Ce Congrès est divisé en douze sections : Médecine, chirurgie, obstétrique et gynécologie, pathologie et bactériologie, médecine préventive, ophtalmologie, otologie, neurologie, médecine infantile, médecine militaire et navale, orthopédie, radiologie.

Pour tout ce qui concerne ce Congrès, s'adresser au Dr W. P. Gowland, secrétaire général, Australasian Medical Congress, Dunedin, New Zealand.

Candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1925. — *A*) Troupes métropolitaines. — 1° *Section de médecine*. — *a*) A huit inscriptions : MM. Massot, Verney, Soulier, Laverre, Geay, Noix, Wiltz.

b) A quatre inscriptions : MM. Demarle, Coissieux, Chrétin, Edmond, Berteaux, Bastouil, Pasquet, Stora, Dickson, Raboutet, Vidal, Izac, Tupain, Botrel, La Balme, Bernier, Lafforgue, Entz, Grizaud, Pales, Blanc, Jammes, Serres, Prat-Carrabin, Badelon, Aymes, Lagrange, Goudal, Klipffel, Carel, Billant, Baque, du Cournau de Carritz, Ristorcelli, Belicha, Rossi, Castelbon, Mauvais, Perrin, Sakon, Morard, Bournique, Aulezy, Fabry, Corrazini, Gouyraud, Monfort, Allehaut, Berthon, Vaillant, Soleil, Mary, Paget, Maillefer, Roux, Apperce, Moulinié, Gonnet, Cantegrit, Lamy, Gonini, Vachaumard, Lamoureux Pecastaing, Juzaud, Andréani, Desbiez, Beaudiment, Bergougnioux, Fourcade.

c) Candidats P. C. N. : MM. Lartigue, Dhers, Baylot, Paulus, Froment, Raffali, Faure, Chauderon, Gau, Roux, Devoivre, Prat, Masson, Siegfried, Rouvier, Tricaud, Bergondi, Sohier, Joubert, Abadie, Groc, Durand, Favre, Rovegno, Lubineau, Loubet, Negre, Luxiol, Balay, Bastide, Raymond, Anthoine, Revol, Batie, Huc, Hilaire, Jacquier, Mouillard, Valatx, Giraud, Millant, Verrière, Dumond, Simonin, Oiseau, Conze, de Saint-Ferréol, Morizet, Moutier, Tronyo, Bastard, Guillier, Gabas, Rousseau, Dancenis, Hannequin, Fumaroli, Long, Malossane, Moroni, Breyton, Delmas, Dubroca, Domerc, Mahe, Ponsot, Pigeanne, Gillet, Duroux, Counil, Clerc, Cochard, Jauze-Fredon, Dugue, Tissandier, Lehmann, Jeanpierre, Château, Duval, Cornillet, Rivet, Duprat, Lévy, Montane, Pages, Durand, Portalier, Senegas, Silvestre, Adrian, Fonteix, Thomas, Millet, Sol, Grandis, Escoubes, Roumagnou, Ornières, Bernard et Thoulon.

2° *Section de pharmacie.* — *a*) A quatre inscriptions : MM. Chalono et Champ.

b) Sans inscriptions (stagiaires) : MM. Kerboriou, Couloumа, Robert Vanhems, Chaignon, Deveze, Jacquet, Peron, Henaff, Le Faou, Chabrand, Rolland, et Galland.

B) TROUPES COLONIALES. — *a*) A huit inscriptions : M. Rabaud.

b) A quatre inscriptions : MM. Le Hir, Cousin, Charpentier, David, Terreau et Minier.

c) Candidats P. C. N. : MM. Hervé, Le Huludut, Gailhbaud et Pujo.

Au cas où les intéressés ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, le numéro du 6 octobre du *Journal officiel* leur tiendra lieu de lettre de nomination.

Les élèves ne seront définitivement admis à l'Ecole du Service de santé militaire qu'après avoir satisfait complètement aux examens unversitaires correspondant à leur scolarité.

Tous les élèves admis à la suite du concours de 1925 se présenteront au médecin inspecteur directeur de l'Ecole du Service de santé militaire le 15 octobre 1925, à 8 heures du matin, munis du diplôme de bachelier pour les sections de médecine et de pharmacie, du certificat P. C. N., pour les sections « médecine » (métropolitaine et coloniale) et de leur livret militaire le cas échéant.

Comité national de l'enfance (37, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris, 8e). — Les cours de l'Ecole centrale de puériculture commenceront *le samedi 7 novembre, à 4 heures au Musée Social, 5, rue Las Cases, 7e arrondissement.*

Concours pour l'emploi de médecin directeur des sanatoriums publics. — Un concours sur titres est ouvert pour l'emploi de médecin directeur des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire ; 2° un extrait de leur acte de naissance ; 3e une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'Etat ; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 5 novembre 1925 au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 12.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 francs, atteindre 16.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

Académie royale de médecine de Belgique. — Un arrêté royal du 5 août 1925 agrée la nomination de M. le Dr Rouffart (E.), agrégé de l'Université de Bruxelles, membre correspondant, en qualité de membre titulaire, et celles de MM. les professeurs Th. Madsen, de Copenhague, et P. Teissier, de Paris, en qualité de membres honoraires étrangers de l'Académie royale de médecine de Belgique.

Concours. — Un concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des 4 circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère aura lieu dans la première semaine de novembre.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins 28 ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins-traitants.

Le traitement annuel de début est fixé à 25.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les 2 ans, jusqu'au maximum de 30.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient en outre d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs, des indemnités familiales : 600 francs par enfant.

Pour tous renseignements s'adresser au secrétariat permanent du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, préfecture Quimper.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lagèze, Levrat, Rebou, Barral, Vachez, Mlle Gaumont, MM. Charachon, Bozonet, Denis Pasquier, Bousselin, Lyonnet, Bauvry, Dubouloz, Freydel, Treppoz, Christy, Garcin, Regad, Bruyère.

Internes suppléants : MM. Carle, Imbert, Boyer, Pipard, Etienne Martin, Mlle Guillemin, M. Rousset, Mlle Weill, MM. Bernet, Bouisset, Janin, Brunat, Vallin, Armanet, Thevenon, Aulagner, Burlet, Goujon, Mlle Palot, MM. Carcassonne, Meynert, Bard, Nova, Mlle Mercier MM. Roman, Monier.

Le jury était composé de MM. Cordier, Chalier, Gaté, Leriche, Cotte, Santy et Rhenter.

Nécrologie. — Dr Georges RAISIN (de Bourg).

(*Voir la suite page* 1535)

TRAVAUX ORIGINAUX

Etude comparative des techniques de Rogers modifiée et de Holger Mollgaard. Chimiothérapie de la tuberculose

Par MM. G. CAUSSADE, A. TARDIEU et A. GRIGAUT.

Sous la double impulsion de Sir Léonard ROGERS (de Calcutta) et de Holger MOLLGAARD (de Copenhague), la chimiothérapie anti-tuberculeuse a conquis, au cours de ces dernières années, un rehaut incontestable d'intérêt et d'actualité. En effet, après l'échec d'un certain nombre de médications qui ont été successivement préconisées, puis abandonnées, deux méthodes nouvelles, totalement différentes, ont surgi, qui se disputent présentement la priorité, dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Ce sont, d'une part, le procédé de sir Léonard ROGERS, modifié par quelques auteurs, qui utilise les divers dérivés de l'acide morrhuique et, d'autre part, celui de Holger MOLLGAARD ou aurothérapie à l'aide du thio-sulfate double d'or et de sodium [1] (Sanocrysine) associé à la sérothérapie antituberculinique.

Nous nous proposons, au cours de cet article, de comparer et de discuter les principes, et aussi les résultats, de ces deux méthodes. Chacune d'elles compte de nombreux partisans et des adversaires.

1° Technique de Holger Mollgaard.

Il est aisé de formuler, sur le principe même de l'aurothérapie, un certain nombre de critiques sérieuses que suggère la lecture de la *Chemotherapy of Tuberculosis* (1). Cette technique n'est, en effet, qu'un procédé, d'ailleurs indirect, de tuberculinothérapie intra-pulmonaire. L'injection veineuse de « Sanocrysine » provoque une réaction vive, générale et surtout focale, qui libère, au sein même des foyers tuberculeux du poumon, ou à leur périphérie, une quantité indéterminée de tuberculine. Cette nouvelle tuberculinothérapie, en quelque sorte aveugle, est d'un maniement infiniment délicat : si elle apporte souvent, au dire de l'auteur danois, une amélioration durable, elle n'en est pas moins, parfois, fort dangereuse.

Voici ce que Mollgaard écrit, à propos de la Sanocrysine, dans son livre récent et très documenté : « Le point de départ de toute tuberculinothérapie est la découverte de Robert KOCH : le cobaye tuberculeux est rapidement tué par l'injection de petites doses de tuberculine ou de bacilles tuberculeux tués ; ces mêmes doses n'ayant aucun effet sur l'animal sain. Sans entrer dans la théorie de la tuberculine, on doit comprendre cet effet comme étant la conséquence de la formation d'une toxine, sous l'influence de la tuberculine injectée, d'une part, et d'autre part, en raison du manque d'immunité de l'animal. Comme la dissolution du bacille tuberculeux dans l'organisme doit être suivie nécessairement de la libération de tuberculine, il faut s'attendre à ce que *l'injection d'une substance bactéricide, même à petites doses, tue le cobaye aussi rapidement que l'injection de tuberculine elle-même. L'introduction, dans un organisme gravement infecté, de tout composé chimique qui détruit le bacille tuberculeux, doit produire une intoxication très sévère*, à moins que l'on puisse, au moyen de quelque choc, neutraliser les toxines libérées ». (*Chemotherapy of Tuberculosis*, p. 50.)

Ainsi d'après MOLLGAARD lui même, l'injection de « Sanocrysine » qu'il préconise, repose, très exactement, sur le principe général de la tuberculinothérapie, dont il essaye d'atténuer les réactions violentes à l'aide d'un sérum.

Les médecins danois qui ont pratiqué l'aurothérapie, selon cette technique s'accordent à en signaler les dangers. C'est ainsi que le Dr SECHER, médecin chef du Bispebjerg Hospital, de Copenhague, qui a introduit la Sanocrysine en clinique humaine, écrit, dans la seconde partie de la *Chemotherapy of Tuberculosis (Symptomatology and dosage of the Sanocrysin*, p. 164): « Le traitement par la Sanocrysine réclame un contrôle sérieux des malades à cause des *grandes difficultés d'estimer, a priori, l'état pathologique et le mode de réaction de l'individu. De nombreuses complications et réactions peuvent se produire après les injections.* Etant donné qu'il est très malaisé de prévoir le mode de réaction individuel des sujets, il est nécessaire d'imposer l'alitement pendant toute la durée du traitement. Le contrôle porte essentiellement sur l'étude de la fièvre et sur l'analyse répétée des urines. Trois ordres de symptômes peuvent être observés, à la suite de l'administration du thio-sulfate double d'or et de sodium : l'hyperthermie, les érythèmes et l'albuminurie. Et SECHER consigne que la réaction thermique qui dépend du nombre de bacilles tuberculeux influencés est d'un pronostic d'autant plus sévère qu'elle est plus persistante. Les sujets dépourvus de résistance à l'infection ne supportent pas le traitement et le médecin danois relate qu'une dose variant de 0 gr. 25 à 0 gr. 50, est parfois suffisante, pour déclancher une fièvre continue, sur laquelle la médication antithermique usuelle n'exerce plus aucune action, En outre, coïncide une violente reviviscence de la maladie à laquelle, quelquefois, le malade succombe.

Les réactions pulmonaires dépendent des conditions anatomo-pathologiques : les plus fortes, s'exprimant par l'augmentation de l'expectoration et des râles, surviennent dans les cas de « pneumonie ». C'est alors, dit l'auteur, que la Sanocrysine exerce, sans aucun doute, une influence excitante sur l'inflammation tuberculeuse, bientôt suivie d'une « aggravation manifeste de la condition générale du phtisique ». Dans la règle, les réactions pulmonaires doivent être considérées comme un facteur défavorable. SECHER et Ch. WURTZEN mentionnent aussi que dans quelques cas de tuberculose miliaire, les réactions focales, consécutives aux injections, ont entraîné la mort : chaque petit foyer du poumon était le siège de nombreux râles, indices de l'exsudat produit. Une plus parfaite illustration de la réaction d'Herxheimer peut être imaginée malaisément.

En France, quelques auteurs et, notamment, M. RIST (2) et M. LYONNET (3) se montrent sceptiques sur l'action curative du sérum antituberculinique de MOLLGAARD et se tiennent, selon l'expression de M. RIST, dans « *une grande mais amicale réserve* ».

Des considérations biologiques et cliniques, exposées dans la *Chemotherapy of Tuberculosis*, il résulte que les patients susceptibles d'être traités par l'aurothérapie, doivent être examinés minutieusement : les cas graves, l'hyperthermie, sont des contre-indications à la Sanocrysine que l'on est autorisé à adopter dans le seul but de donner « une chance au malade », Les lésions d'autres organes que les poumons contre-indiquent encore la Sanocrysine et, particulièrement, les affections du cœur et des reins.

Dans un chapitre important, SECHER insiste sur le dosage du médicament car, dit-il, « si les fortes doses sont nuisibles, les doses trop faibles, incapables de tuer les micro-organismes, ne le sont pas moins, en raison de leur pouvoir de ranimer l'inflammation ». Ce phénomène fâcheux, d'ailleurs, est bien connu dans la thérapeutique de la syphilis, principalement en ce qui concerne la cure des cas récents et divers expérimentateurs se sont élevés, à maintes reprises, contre l'application de trop faibles doses. CITRON soutient ainsi que les difficultés les plus sérieuses et les plus fréquentes du traitement arsénobenzolique sont imputables à une cure

[1] Ce corps — ainsi que le remarque M. LYONNET (de Lyon) — a été découvert en 1845 par deux chimistes français, FORDOS et GELIS. (LYONNET, *Lyon médical*, n° 27, 5 juillet 1925, p. 25.)

imparfaite. Dans le domaine de la tuberculose, les expériences entreprises sur la Sanocrysine, démontrent le bien fondé de cette manière de voir. L'observation suivante, due à SECHER, concerne une jeune fille de 17 ans chez laquelle les quatre cinquièmes du poumon sont fortement atteints. La température oscille entre 37° et 38° : mais après l'injection de 0 gr. 50 de Sanocrysine, l'hyperthermie se chiffre à 40° tandis que l'état général s'aggrave. La médication antipyrétique demeura inefficace et cette jeune fille mourut peu après de méningite.

Cependant les observations très minutieuses et si suggestives des médecins danois montrent nettement que la *Sanocrysine exerce*, sans aucun doute, et dans un assez grand nombre de cas (17 sur 64), *une influence favorable sur l'évolution de la phtisie commune, peu fébrile et traitée dès le début.*

Ajoutons que, du point de vue expérimental, Sir Almroth WRIGHT, dans une communication aux Journées Médicales de Bruxelles, en 1925, rapportant le résultat de ses recherches personnelles sur la Sanocrysine, déclare que le thio-sulfate d'or et de soude, qui ne détruit pas le bacille tuberculeux, cultivé en milieu sanguin, ne saurait être considéré comme spécifique de l'infection tuberculeuse.

Dans l'état actuel de nos connaissances relatives au traitement de la phtisie pulmonaire, la rénovation de l'aurothérapie, ingénieusement réalisée par Holger MOLLGAARD, doit être considérée, croyons-nous, comme une méthode de tuberculinothérapie indirecte, ne comportant incontestablement, que des indications limitées. Elle ne s'adresse qu'aux cas récents et se montre dangereuse dans la cure de la phtisie pulmonaire fébrile ou rapidement évolutive, avec atteinte grave de l'état général. Elle est radicalement inefficace dans les bacilloses locales.

***

La doctrine de Sir Léonard ROGERS, qui repose sur l'action des dérivés de l'huile de foie de morue sur les lésions de la lèpre et de la tuberculose, apparaît plus généralement intéressante. Elle a déjà rallié de nombreux auteurs et semble marquer, réellement, un progrès sérieux dans la découverte du traitement médicamenteux de la tuberculose. Dans une conférence faite à la Faculté de Pharmacie de Paris, devant la Société Chimique de France, le 11 décembre 1924, M. E. FOURNEAU, de l'Institut Pasteur (4) faisant la mise au point de l'état actuel de la chimiothérapie, disait : « Pour le moment, et cela se « conçoit, nous ne sommes guère plus avancés qu'au dé« but des travaux de KOCH. Il n'existe aucune indication « précise qui permette de s'orienter dans un sens ou dans « l'autre. Si l'on voulait à tout prix choisir une voie, ce « serait peut être dans le domaine des acides gras supé« rieurs non saturés qu'il faudrait chercher.

« La *lèpre*, qui par tant de côtés se rapproche de la tu« berculose, semble en effet influencée par l'huile de « chaulmoogra. La constitution des acides chaulmoo« griques et hydnocarpiques provenant de cette huile par « saponification n'est pas encore établie avec certitude : « on sait cependant, qu'ils contiennent un noyau cyclique « à cinq atomes de carbone et qu'ils sont actifs sur la « lumière polarisée. Ils diffèrent donc sensiblement des « acides gras. C'est surtout sous la forme de leurs éthers « éthyliques (Antileprol) découverts dans les Usines BAYER « qu'ils sont actuellement employés, mais aussi, sous « forme de leurs sels de sodium. Ces sels ont été recom« mandés par Sir Léonard ROGERS, aussi bien dans le « traitement de la lèpre que dans celui de la tuberculose, « et déjà un grand nombre de recherches ont été effec« tuées dans cette voie ainsi que dans celle des acides « d'huile de foie de morue, sans qu'aucune conclusion « définitive puisse en être tirée.

« Les sels d'or tels que le Krysolgan, les sels de cuivre « (comtesse von LINDEN), les terres rares (FROUIN), l'arse« nic, le gaïacol, l'iode, etc. ne sont pas de véritables « agents curatifs directs ; ils permettent sans doute à « l'organisme de se défendre, ce qui n'est pas négligeable « du reste. »

Nous verrons ultérieurement que les dérivés de l'acide morrhuique, grâce à leur structure chimique, peuvent être considérés, dès maintenant, comme doués, tout au moins, d'un pouvoir anti-toxique manifeste qui les rend très utiles dans la cure de la tuberculose pulmonaire,

***

2° La technique de Sir Léonard Rogers et ses modifications successives.

Sir Léonard ROGERS (5) qui, en 1919, étudiait l'action de l'huile de chaulmoogra et de ses dérivés (chaulmoograte, hydnocarpate et gynocardate de soude) dans le traitement de la lèpre, fut frappé par les réactions violentes que détermine l'injection de ces médicaments. Il tenta, avec le plus grand succès, de leur substituer un produit voisin, dérivé de l'huile de foie de morue : le morrhuate de soude qui, expérimenté chez les lépreux, se montra doué des mêmes propriétés bactériolytiques.

Ce n'est qu'ultérieurement, en se basant sur les caractères communs, bactériologiques et anatomo pathologiques, de la lèpre et de la tuberculose, qu'il eut l'heureuse idée d'appliquer à cette dernière, le même traitement, par les injections sous-cutanées ou intra-musculaires, de morrhuate de soude. Disons incidemment avec LEURET (6), que les dérivés de l'huile de chaulmoogra le gynocardate de soude, en particulier, sont sans action sur les lésions tuberculeuses.

La même médication, modifiée dans ses détails d'administration, a été adoptée par BOELKE (7). Elle consiste à injecter, par voie sous cutanée, une solution aqueuse, à 3 pour cent, de morrhuate de soude, fraîchement préparée. Cet auteur débute par une dose minime (0 cc. 1), qu'il augmente progressivement d'un dixième de cc, à chaque injection. La dose maxima injectable est d'un cc. Localement, se produit une réaction (rougeur et tuméfaction) qui, lorsqu'elle est très prononcée, indique qu'il faut diminuer la dose. Les injections sont habituellement pratiquées tous les quatre ou cinq jours. Il n'y a pas intérêt à employer la voie endo veineuse qui ne fournit, même à dose triple ou quadruple, que des résultats de même ordre et qui, en outre, a le désavantage de produire des phénomènes de phlébite oblitérante.

John HUME (8), qui emploie des doses plus élevées dès le début (0 cc. 5), ne dépasse cependant jamais la dose maxima de 1 cc. ; il recommande de poursuivre le traitement pendant une très longue durée, variant de six à huit mois, et il insiste sur la nécessité de n'utiliser que des solutions parfaitement limpides « J'ai trouvé, dit-il, ce remède très précieux dans les cas avancés ; mais il est surtout efficace dans la tuberculose au début où il provoque un arrêt complet de la maladie. Les malades ne doivent pas être impatients d'en finir avec leurs injections. Sous leur influence, ils se sentent plus forts et éprouvent une sensation de bien-être, que ne procure aucune autre méthode. »

Cependant, tous les auteurs qui ont étudié l'action du morrhuate de soude, ne se montrent pas également enthousiastes. WINGFIELD, après avoir résumé ses observations personnelles, déclare que, dans l'ensemble, elles ne sont pas très encourageantes. KELYNACK et PATERSON sont tout à fait défavorables à la médication ; ROSS OWEN, FENWICK et WATSON, n'apportent que des conclusions indécises. Après un essai portant sur 140 tuberculoses pulmonaires, traitées par le morrhuate de soude, selon la méthode de ROGERS, Ch. LLOYD pense que ce médicament est sans action, dans presque tous les cas où les lésions sont avancées ; mais qu'il lui a été d'un réel secours chez les autres malades ; parmi les nombreuses

thérapeutiques anti-tuberculeuses qu'il lui a été donné d'expérimenter, il accorde toute sa préférence à la nouvelle méthode.

D'autres auteurs publient des résultats plus précis. C'est ainsi que Muir, cité par Rogers, a noté, sous l'influence du morrhuate de soude, la disparition presque complète des adénopathies tuberculeuses ; il insiste sur les poussées fébriles ainsi que sur les réactions focales qu'il détermine. Dans la phtisie pulmonaire, il a observé des réactions similaires, consistant en une augmentation temporaire de l'expectoration, bientôt suivie d'une diminution de la quantité des crachats et des bacilles. L'augmentation du poids du corps et de la force musculaire lui paraît incontestable : mais il n'ose pas prétendre, cependant, à la guérison complète.

R. Knowles, pratiquant systématiquement l'analyse bactérioscopique des crachats de ses malades en traitement, consigne l'aspect granuleux, la perte de l'affinité tinctoriale ainsi que la diminution, puis la disparition des bacilles de Koch.

Dans la tuberculose chirurgicale (épididymaire, osseuse et ganglionnaire), Caleb Davies, ainsi que Brierley, eurent des effets remarquables : cependant, Cochrane, moins affirmatif, ne parle que d'amélioration temporaire.

En 1920, Gunguli (9) a publié une statistique portant sur trente-sept cas de phtisie traités par la méthode de Rogers : quatre cas de tuberculose au début ont profité d'une amélioration stable, s'accompagnant de la disparition du bacille dans les crachats : quatorze phtisiques avancés ont pu être déclarés guéris : trois cas de phtisie avancée ne subirent aucune amélioration, tandis que quatre autres moururent. Les douze derniers furent considérés comme améliorés.

Max Biesenthal (10), Fine (11) et Tewksbury (12), rapportant leurs résultats, s'accordent à reconnaître au morrhuate de soude une action bactériolytique manifeste.

Voici enfin l'opinion exprimée par Rogers lui-même : « 1° Dans les formes aiguës, à évolution rapide, lorsque la cure de repos n'améliore pas, ainsi que dans les formes hémoptoïques, les résultats sont nuls ou mauvais. 2° Dans un certain nombre de cas graves, l'amélioration est remarquable, comportant la disparition des bacilles dans les crachats. 3° Dans les formes de début, les résultats sont bons. Le morrhuate de soude sera donc indiqué chez les malades qui ont été vus au dispensaire et qui doivent attendre, pendant des mois, leur admission au sanatorium : chez ceux qui sont sortis améliorés du sanatorium mais qui demeurent exposés aux rechutes. »

***

Deux d'entre nous (13) proposaient, en décembre 1924, à la Société de Thérapeutique, une modification de la technique de Sir Léonard Rogers, destinée à la rendre plus pratique, plus aisément maniable et peut-être plus efficace.

Le morrhuate de soude offre, en effet, de sérieux inconvénients qui risquent d'entraver sa vulgarisation. C'est un produit instable qui se présente en solution aqueuse, rapidement altérable et qui ne peut être injecté qu'en solution faible (3 p. 100) très fraîchement préparée. Il détermine souvent des réactions fébriles, de la tuméfaction et de la rougeur au point de l'injection et surtout, ainsi qu'y insiste Boelke, il provoque parfois des réactions violentes dans les foyers tuberculeux. C'est un sel de soude totalement insoluble dans l'huile, qui n'est utilisable qu'en injections hypodermiques ou intra-veineuses, et la voie trachéale, qui semble bien être la voie d'élection pour le traitement de certaines lésions pulmonaires, lui est absolument interdite.

Les inconvénients du médicament de Rogers et surtout l'impossibilité de l'injecter par la voie trachéale, nous ont naturellement conduits à la recherche d'un autre dérivé de l'acide morrhuïque. Dans son mémoire, Sir Léonard Rogers mentionne les essais de son collègue Muir, relatifs à l'emploi de l'éther éthylique de l'acide morrhuïque, en insistant déjà sur sa plus grande stabilité et sur son absorption plus lente. L'impression de Muir est que « les réactions produites par l'éther éthylique sont « moins intenses et que ce corps paraît même plus actif « que le sel de sodium ».

Avant de l'introduire en clinique phtisiologique, nous avons cependant entrepris, par des expériences pratiquées sur les animaux, l'étude pharmacodynamique et toxicologique du morrhuate d'éthyle. Ce corps est constitué par les éthers éthyliques des acides gras polyéthyléniques (acides clupanodoniques, acide théranique de Heyerdahl) contenus dans l'huile de foie de morue. *L'abondance des doubles liaisons éthyléniques que renferme la molécule de ces acides, explique la propriété anti-toxique du morrhuate d'éthyle, telle qu'elle se manifeste, en clinique humaine, notamment à la période ultime de la phtisie.*

L'éther éthylique de l'acide morrhuïque est un corps stable et très pur que l'on obtient par distillation dans le vide. Sa grande solubilité dans l'huile le rend parfaitement maniable. Sa toxicité est très faible : il faut en injecter, par voie veineuse, seize centicubes et demi, pour provoquer la mort d'un chien chloralosé pesant 11 kgs. *La dose mortelle* est donc de *un gramme cinquante par kilogramme d'animal.* Il offre encore un pouvoir cardiotonique bien mis en évidence chez le chien par l'étude des tracés sphygmographiques. Cette propriété, pour ainsi dire inattendue, le rend très utile chez les phtisiques qui présentent si souvent des signes de défaillance cardiaque.

Par ailleurs (14), nous avons fait l'étude comparée des lésions pulmonaires qui surviennent à la suite de l'injection intra-veineuse de morrhuate d'éthyle ou de morrhuate de soude, chez le chien et le lapin. L'histologie nous a permis d'opposer les altérations nécrotiques, dues au morrhuate de soude, en solution à 3 p. 100, tel que l'emploie Rogers, aux lésions vraiment minimes, à prédominance thrombosique, déterminées par l'injection veineuse, même à doses élevées de morrhuate d'éthyle pur. Ces divergences ont leur cause dans la nature essentiellement différente des deux médicaments : le morrhuate de soude n'est, en somme, qu'un savon instable qui possède les propriétés nécrotiques et lytiques des savons, tandis que le morrhuate d'éthyle est une combinaison éthérée qui jouit de la stabilité générale des éthers d'acides gras.

Ces recherches nous autorisaient à introduire, sans aucun risque, l'éther éthylique de l'acide morrhuïque en clinique humaine. Voici la posologie que nous avons adoptée : nous employons toujours une solution à 25 p. 100 dans l'huile d'olives soigneusement lavée et purifiée. Par voie sous-cutanée ou intra-musculaire, nous administrons quotidiennement, pendant une période de 20 jours, une dose variant de 2 à 4 centicubes, selon les cas. Après un arrêt de 6 à 8 jours, pendant lequel on note soigneusement la courbe thermique, nous recommençons une nouvelle série. Cette technique ne nous a jamais présenté le moindre inconvénient. Elle s'adresse aux cas avancés et s'accompagnant d'une fièvre élevée, tout aussi bien qu'aux cas récents. Elle n'exerce aucune influence fâcheuse sur l'évolution des formes hémoptoïques et ne comporte aucune contre-indication formelle.

Par la voie trachéale, quel que soit le procédé adopté, nous injectons la même solution à 25 p. 100 renfermant, en outre, des traces de goménol. Nous donnons ainsi quotidiennement 10 à 12 centicubes, en une injection transglottique ou en deux injections trachéales par la méthode de Mendel simplifiée. La médication intra trachéale ne contre indique nullement le traitement par la voie hypodermique et, chez les malades atteints de lésions ulcéreuses anciennes, s'accompagnant de fièvre plus ou moins élevée, les deux voies d'administration, utilisées concurremment, nous ont donné des résultats satisfaisants.

L'injection veineuse de la même solution détermine des réactions générales assez violentes : elle comporte des risques d'aggravation locale et d'œdème péri-tuberculeux qui la contre-indiquent dans presque tous les cas.

Par la voie rachidienne, ce médicament injecté à la dose de 5 à 10 centicubes *pro die*, n'engendre aucun trouble fâcheux et l'on est en droit de l'employer, dans l'état actuel de nos connaissances, relatives au traitement de la méningite tuberculeuse. Nos essais, dans ce sens, ne nous permettent certes pas de parler de son efficacité possible : mais ils nous autorisent à affirmer l'innocuité absolue de la méthode.

Enfin, le procédé si intéressant de Forlanini, dont les indications sont encore malheureusement trop restreintes, peut être heureusement associé à la méthode de ROGERS modifiée.

Quant aux résultats cliniques que nous avons obtenus dans la cure de la phtisie pulmonaire, grâce à l'emploi du morrhuate d'éthyle, en injections hypodermiques ou par la voie trachéale, voire même par l'association des deux méthodes, ils sont, dans leur ensemble, extrêmement encourageants. Empressons-nous de dire, d'ailleurs, qu'ils sont tout à fait superposables à ceux que Sir Léonard ROGERS avait notés avec le morrhuate de soude. Ils sont également voisins, quoique bien moins rapides, de ceux que Holger MOLLGAARD consigne dans les cas où la sanocrysine exerce une action favorable.

Nous avons insisté déjà sur les difficultés que soulève, en clinique, l'affirmation de la guérison, ou même de l'amélioration, de lésions tuberculeuses avérées du poumon. Ce fait tient à ce que nous ne possédons pas un seul critère véritablement indiscutable. D'une manière générale, les résultats nettement heureux, obtenus dans la cure des tuberculoses externes, quel que soit d'ailleurs le traitement institué, ne constituent pas, croyons-nous, un argument irréfutable qui plaide en faveur de l'action spécifique de tel ou tel médicament. Nous avons eu maintes fois l'occasion, personnellement, de voir régresser, et même guérir des tuberculoses locales, sous l'influence des traitements les plus variés. En ce qui concerne les lésions tuberculeuses du poumon, le problème est encore beaucoup plus délicat et il n'est pas possible d'affirmer la guérison en se basant sur les modifications des signes généraux, fonctionnels ou physiques, consécutifs à une application thérapeutique. L'augmentation de poids, celle de la force musculaire, la diminution de l'étendue du foyer d'auscultation, l'atténuation des signes fonctionnels, les modifications radioscopiques ou bactérioscopiques et même la chute de la fièvre, tous symptômes d'apparence favorable, s'observent communément chez de nombreux tuberculeux avérés et surgissent parfois spontanément sans l'intervention d'aucune thérapeutique. La résolution de ces œdèmes périphymiques, lésions banales et étendues, siégeant autour d'une épine tuberculeuse minime, décrite par l'un de nous, est d'observation banale. Il est bien évident que l'on ne saurait affirmer la régression du processus tuberculeux sur la constatation de la disparition de ces œdèmes. *L'affirmation clinique de la guérison de la tuberculose pulmonaire par l'emploi d'une thérapeutique quelle qu'elle soit*, répétons-le, *est l'un des problèmes les plus difficiles qui se posent à l'esprit du clinicien.* Seule l'épreuve extrêmement prolongée du temps peut être considérée comme un élément sérieux d'appréciation, d'ordre statistique.

Parmi les signes qui militent en faveur de l'action du morrhuate d'éthyle, nous n'insisterons donc pas sur ces petits symptomes d'amélioration que l'on obtient aisément avec la plupart des médications anti-tuberculeuses, avec la cure hygiéno-diététique et le simple repos et qui peuvent survenir aussi sous la seule influence de la psychothérapie : la disparition des sueurs nocturnes, le retour de l'appétit, l'augmentation du poids et de la force musculaire, l'euphorie respiratoire et même la disparition de l'asthénie, sont de constatation tout à fait banale.

Avec la méthode de ROGERS modifiée on relève encore la réduction de la quantité de l'expectoration, les modifications morphologiques des bacilles et la diminution de l'étendue des lésions, tous signes qui ne constituent pas, non plus, des critères indiscutables permettant d'affirmer l'efficacité du médicament. Tous les cliniciens avertis savent que ces modifications surgissent souvent spontanément chez les phtisiques.

Bien plus intéressante est l'action quasi constante qu'exerce électivement le morrhuate d'éthyle sur la fièvre des tuberculeux. Sous son influence, nous avons vu diminuer progressivement, et même disparaître, des fièvres qui persistaient depuis de longs mois. Empressons-nous d'ajouter, d'ailleurs, que dans la majorité des cas, l'interruption de la médication est bientôt suivie de la reprise de l'hyperthermie. Ce n'est qu'après plusieurs séries et au bout de plusieurs semaines, que la température tend à se stabiliser. Le Dr C. PHOTIADI (de Crête) nous signale qu'à la suite d'une application de morrhuate d'éthyle, une fièvre hectique qui persistait depuis sept mois, en dépit des traitements les plus divers, se stabilisa rapidement aux environs de la normale. Ce médicament n'est pas, insistons sur ce fait, un antithermique banal, au même titre que la quinine ou la cryogénine, par exemple ; il ne modifie nullement les fièvres non tuberculeuses et nous l'avons vu demeurer inefficace dans des cas de pneumococcie et de gonococcie fébriles.

A cette propriété anti-thermique, pour ainsi dire spécifique, le morrhuate d'éthyle ajoute un pouvoir cardiotonique bien mis en évidence au cours de notre expérimentation sur le chien et qui a été notée, en pratique phtisiologique par MM. P. RENAULT et J. RICHARD (15).

Il n'est pas possible, dans l'état actuel de nos recherches, d'affirmer que les dérivés de l'acide morrhuïque sont doués d'un pouvoir bactéricide direct, vis-à-vis du bacille de Koch. Certains auteurs (1) et Sir Léonard ROGERS lui-même (16) ont invoqué le rôle de la lipase pulmonaire : ils pensent que ce ferment constitue un moyen de défense naturel de l'organisme, contre le bacille tuberculeux. Rien ne nous paraît moins établi. Personnellement, lorsque nous pratiquons une injection hypodermique de morrhuate d'éthyle, nous agissons dans un but anti-toxique : et lorsque nous en faisons une injection trachéale, chez un phtisique, nous n'avons d'autre prétention que celle de réaliser le pansement d'un ulcère. Ce sont les conditions anatomiques spéciales, bien mises en évidence dans le poumon tuberculeux par MM. LETULLE et BEZANÇON, qui nous conduisent à la critique de ce que l'on a dénommé la lipasothérapie. Comment admettre, en effet, que dans un territoire plus ou moins étendu du poumon, où ne persistent plus de vaisseaux réellement perméables, une lipase problématique puisse encore exercer ses fonctions ?

La seule action démontrée du morrhuate d'éthyle est celle qu'il exerce sur les phénomènes toxiques qui accompagnent l'infection tuberculeuse. L'influence favorable sur la fièvre, même à la phase ultime de la maladie, est déjà suffisante à justifier son emploi. Des expériences en cours nous autorisent, en quelque mesure, à penser que ce corps est également doué d'un pouvoir bactéricide direct qu'il ne nous est pas possible présentement d'affirmer.

En résumé : grâce à sa structure chimique qui lui confère des propriétés anti-toxiques manifestes, le morrhuate d'éthyle est un anti-thermique, spécifique de la fièvre des tuberculeux, doué, en outre, de propriétés cardiotoniques. D'une grande maniabilité et d'une innocuité absolue, ce corps, qui ne comporte aucune contre-indication formelle, est susceptible de rendre des services appréciables, dans la cure de la phtisie pulmonaire, à tous ses stades, et peut être associé, avec intérêt, aux modes de traite-

(1) Récemment, MM. J. Pernet, M. Minvielle et M. Pomaret, préconisant l'emploi des éthers éthyl-chaulmoogriques et éthyl-morrhuiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, ont invoqué le rôle de la lipase pulmonaire.

ment qui ont fait leurs preuves : la cure d'air, le pneumothorax artificiel.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Holger Mollgard. — Chemotherapy of Tuberculosis (Nyt Nordisk Forlag. Arnold Busck. Kjobenhavn. 1924.) — Cf. aussi : G. Poix. Traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire. (*Presse médicale*, n° 44, 3 juin 1925.) — F. Bezançon et P. Caublot. Le livre de Holger Mollgaard sur la chimiothérapie de la Tuberculose et le traitement par la Sanocrysine. (*La Médecine*; n° 8, mai 1925.)

(2) M. Rist. — Séance du 14 février 1925 de la Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose. (*Revue de la Tuberculose*, n° 2, mars 1925.) — M. Rist. Le traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire. (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 19 juin 1925. — Cf. aussi : L. Bernard. A propos d'une nouvelle méthode chimiothérapique contre la tuberculose. (Acad. de médecine, 16 juin 1925.)

(3) B. Lyonnet. — L'or, si puissant dans le monde, serait-il aussi un remède de la tuberculose. (*Lyon Médical*, n° 27, 5 juillet 1925.)

(4) E. Fourneau. — Etat actuel de la chimiothérapie. (*Bulletin* de la Société Chimique de France, 11 décembre 1924.)

(5) Sir Léonard Rogers. *Indian Med. Research*, nov. 1919, p. 236 ; *Brit. Méd. Journ.*, 8 février 1920 ; *British med. Journ.*, n° 3287, 29 déc. 1923 ; *The Lancet*, 28 juin 1924. — Cf. aussi : la *Revue documentaire* : Rouillard. Chaulmoogratès et morrhuates de soude. Leur emploi dans le traitement de la lèpre et de la tuberculose (*Presse médicale*, n° 94, 22 novembre 1924, p. 929.)

(6) Leuret. — Traitement de la tuberculose par le gynocardate de soude. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 24, 25 déc. 1922).

(7) Boelke. — Traitement des affections tuberculeuses ; efficacité des injections de morrhuate de soude (*The British Med. Journ.* n° 3287, 29 déc. 1923.)

(8) John Hume. — Le traitement de la tuberculose par le morrhuate de soude. (*The Lancet*, n° 5625, 26 juillet 1924.)

(9) Gunguli. — *Ind. Med Gaz.* 1910. Tome IV, p. 131.

(10) Max Biesenthal. — The Use of Sodium Morrhuate in Pulmonary Tuberculosis. (*Americ. Revue Tuberc.*, décembre 1920-21, t. IV, p. 781.)

(11) Fine. — The treatment of Pulmonary Tuberculosis with Sodium Morrhuate. (*Amer. Rev. Tuberc.*, déc. 1922, t. VI, p. 934.)

(12) Tewksbury. — Sodium Morrhuate in the Treatment of Pulmonary Tuberculosis. (*Amer. Rev. Tuberc.*, déc. 1922, T. VI, p. 929.)

(13) A. Grigaut et A. Tardieu. — Le morrhuate d'éthyle dans le traitement de la tuberculose. (*Bulletin* de la Société de Thérapeutique, séance du 10 décembre 1924.)

(14) G. Caussade, A. Tardieu et A. Grigaut. — Etude d'anatomie expérimentale comparée des morrhuates d'éthyle et de soude. (*Bulletin et Mémoires* de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 9 janvier 1925.)

(15) Paul Renault et Jean Richard. — Les nouvelles médications antituberculeuses. (*Journal de médecine de Paris*, n° 36, 5 septembre 1925.)

(16) E. Bossan. — La lipase pulmonaire. Son rôle dans la tuberculose. (*Bulletin* de la Société de Thérapeutique. Séance du 14 janvier 1925. Cf. aussi à ce sujet, J. Pernet, M. Minvielle et M. Pomaret. Les éthers éthyl-chaulmoogriques et éthyl-morrhuiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin et Mémoires* de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, séance du 8 janvier 1925.) — M. Pomaret. Etat actuel du traitement des tuberculoses par les chimiothérapies anti-lépreuses. (*Le Progrès Médical*, 18 avril 1925, n° 16.)

L'Architecture religieuse en France à l'époque gothique, par R. de Lasteyrie. Ouvrage posthume publié par les soins de M. Marcel Aubert.

L'Architecture religieuse à l'époque gothique est publié en 10 fascicules, qui formeront, la publication terminée, deux beaux volumes in-8 colombier, très richement illustrés. Ces deux volumes ne se vendent pas séparément.

Prix actuel de la souscription à l'ouvrage complet : soit, en 10 fascicules à 15 fr. ; soit, en 2 vol. brochés, livrables à l'achèvement de chacun d'eux : 146 fr. Les fascicules ne se vendent pas isolément. Le prix de l'ouvrage sera majoré à la clôture de la souscription. Le fascicule I vient de paraître. Librairie Auguste Picard, 82, rue Bonaparte, Paris.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Introduction à la sémiologie des maladies du système nerveux chez l'enfant (1)

Par **P. LEREBOULLET**

L'importance du système nerveux dans la physiologie et dans la pathologie de l'enfant est considérable. Qu'il s'agisse du cerveau, de la moelle ou des nerfs périphériques, qu'il y ait lésion anatomique ou trouble fonctionnel, le système nerveux a un rôle de premier plan dans la pathologie de l'enfant.

Que vous ayez à observer des enfants atteints d'arriération cérébrale congénitale, qu'ils présentent les différents symptômes de ce qu'on appelle les encéphalopathies chroniques de l'enfance, qu'ils soient atteints de méningite tuberculeuse ou de méningite cérébro-spinale, qu'ils offrent les signes d'une hémiplégie, reliquat d'une affection de la première enfance, d'une paraplégie complète ou relative consécutive à une poliomyélite, d'une paralysie liée à une polynévrite diphtérique, il y a une série de circonstances où une maladie avérée *du système nerveux* central ou périphérique joue son rôle.

Dans d'autres cas, ce sont surtout les *réactions du système nerveux* à une maladie antérieure, à une infection générale ou à un traumatisme, que l'on observe ; elles se traduisent en clinique par ces *états méningés* si fréquents chez l'enfant et si souvent curables, par du délire, quelquefois par des convulsions, par des syndromes choréiques, etc.

Dans des cas plus nombreux encore, nous avons affaire à des enfants dont le système nerveux est anormal, parce que, sans lésion définie, sans stigmates anatomiques décelables, ces enfants présentent un syndrome fonctionnel qui est l'expression de leur tempérament nerveux.

Je fais allusion, chez les tout jeunes enfants, à ceux que nous appelons les *spasmophiles* et qui présentent un nervosisme habituel entraînant un habitus particulier ; chez l'enfant plus âgé, ce sont les diverses manifestations du *tempérament névropathique* avec lesquelles on doit souvent compter. Ce sont divers syndromes bien étudiés dans ces dernières années ; chez les grandes filles, notamment, c'est l'*anorexie mentale*, si importante à bien connaître. Ce sont les multiples tares mentales au premier rang desquelles l'état si particulier, décrit par M. Dupré, la *mythomanie*, la manie du mensonge, de la fabulation, dont nous voyons des exemples nombreux chez les grands enfants, et qui peut aboutir à toutes sortes de conséquences fâcheuses dans le milieu familial ; nous n'en voyons que trop souvent les exemples autour de nous.

Eh bien, dans tous ces cas, chez les enfants spasmophiles, chez les enfants névropathes de la moyenne enfance, chez les enfants anorexiques ou mythomanes, il y a un système nerveux taré, troublé. Ces quelques exemples vous montrent que le système nerveux, soit par des lésions anatomiques définies et évidentes, soit parce qu'il réagit à d'autres lésions, à d'autres tares viscérales, soit enfin parce qu'il est fonctionnellement troublé, par un

---

(1) Leçon faite le 10 mars à l'hôpital des Enfants-Malades, et recueillie par le Dr Laporte.

mécanisme d'ailleurs assez difficile à définir, joue un rôle important dans la vie pathologique de l'enfant.

Ce n'est pas tout. Le système nerveux, central ou périphérique, intervient encore d'autre façon chez l'enfant ; c'est ainsi que le système nerveux règle dans une large mesure la croissance et la nutrition de l'enfant. Il intervient donc dans les troubles de la croissance, que nous voyons sans cesse.

Ces anomalies de croissance, ces dystrophies infantiles nous les avons placées pendant longtemps (c'était la mode d'hier) sous la dépendance des glandes endocrines. Nous avons vu et décrit des dystrophies d'origine thyroïdienne, d'origine hypophysaire ou surrénale, ou ovarienne ; et nous avons apporté à l'appui de cette description des preuves nombreuses, mais de valeur inégale ; nous nous sommes alors aperçus que cette conception était insuffisante, et que les endocrines, — surtout l'hypophyse — n'intervenaient que réglées par d'autres actions, qu'il fallait nécessairement admettre le rôle du système nerveux pour expliquer les troubles observés. C'est parce que le système nerveux central, et surtout le cerveau moyen ou mésocéphale, est troublé, que bon nombre de troubles dystrophiques surviennent. Le cerveau est le grand régulateur trophique de la croissance et c'est à son action sur le fonctionnement des glandes endocrines et, d'une manière générale, sur la nutrition qu'il faut souvent rapporter les troubles observés chez l'enfant.

On a saisi récemment son action dans certaines dystrophies de la puberté, non seulement dans les dystrophies staturales, c'est-à-dire les gigantismes, les acromégalo-gigantismes, ou, inversement, les nanismes, mais aussi dans certaines dystrophies pondérales, certaines obésités infantiles.

Avec M. Boulanger-Pilet, nous avons notamment étudié le rôle du système nerveux, principalement du cerveau, dans la production de ces dystrophies, particulièrement dans certaines obésités des jeunes filles, dans les dystrophies par excès de croissance qui ont été si bien étudiées par M. Hutinel.

De la même façon encore, le système nerveux central semble régler d'autres processus, certains accidents périphériques, certains troubles vaso-moteurs des extrémités, certains troubles cutanés ; il est une série de manifestations dans lesquelles le système nerveux sympathique intervient, mais il intervient réglé par le système nerveux central.

Ce qui fait l'intérêt de cette vaste pathologie nerveuse de l'enfant, c'est qu'il ne s'agit pas là d'une simple curiosité, d'une constatation anatomo-clinique sans portée, on peut remonter aux causes, saisir le rôle d'une infection et notamment de celle qui conditionne le plus souvent ces troubles, l'hérédo-syphilis, à laquelle peut être opposé un traitement actif.

***

L'importance du rôle du système nerveux et de ses réactions varie selon l'âge de l'enfant.

On a depuis longtemps montré qu'à la naissance le système nerveux central n'est pas complètement développé, notamment le cerveau cortical, le cerveau conscient. Il y a longtemps que Parrot a insisté sur les modifications macroscopiques du cerveau de l'enfant, que Vignal les a étudiées histologiquement et qu'il en est ressorti cette conclusion que le cerveau de l'enfant était développé assez imparfaitement au point de vue de sa substance grise corticale, que sa substance blanche était insuffisamment myélinisée et que la myélinisation des faisceaux partis de l'écorce ne se faisait que progressivement et après la naissance.

L'enfant nouveau-né est donc insuffisamment développé au point de vue cérébral, et longtemps on a vécu sur cette idée, soutenue par Virchow, que le *nouveau-né est un être spinal*, ayant évidemment des réactions réflexes aux différentes influences extérieures, mais ne les percevant pas consciemment; si Buffon a pu noter que, dès la naissance, la pupille de l'enfant se contractait à la lumière, il ne s'ensuit pas que l'enfant se rende compte qu'il voit.

Mais l'enfant est-il purement et simplement un être spinal, a-t-il simplement une moelle, un bulbe qui fonctionnent ? C'est un point sur lequel on a discuté à la suite d'un travail de M. André Collin, qui a montré que, si chez l'enfant le développement cérébral faisait défaut, les corps opto-striés semblaient déjà en fonctionnement actif. La preuve en est facile à donner ; le nouveau-né n'est pas du tout comme les adultes qui ont, à la suite d'une encéphalite, par exemple, perdu l'usage de leurs centres striés, il n'a pas ces manifestations de tremblement, de raideur, d'hypertonie, qui dépendent de l'altération ou du non fonctionnement des corps striés. Je ne veux pas insister sur ce point qui a été récemment l'objet d'un intéressant travail de MM. Lesné et Charles Richet fils ; je veux seulement faire ressortir qu'à la naissance, le cerveau cortical est peu développé et que l'enfant est un être réflexe, vivant avec ses corps opto-striés, son bulbe et sa moelle, mais non avec son cerveau cortical. Très rapidement, d'ailleurs, celui-ci intervient dans la vie de l'enfant, et peu à peu on le voit marcher, parler, avoir un développement intellectuel évident, ce qui prouve que son cerveau même s'est développé et fonctionne.

Il en résulte ceci, c'est que chez tous les jeunes enfants de la première année, et même chez certains enfants plus âgés, nous avons des difficultés particulières à apprécier les réactions du système nerveux, parce que, précisément, nous ne sommes pas guidés par la réaction consciente de l'enfant ; nous ne pouvons pas analyser, par exemple, d'une manière précise chez le tout jeune enfant l'état des fonctions motrices et surtout des fonctions sensitives, et même l'état des réactions réflexes.

Progressivement, l'analyse de la parole, de la marche, des douleurs, devient plus précise. Mais cette analyse sémiologique reste longtemps extrêmement complexe.

Il faut retenir de toute cette discussion que le cerveau ne se développe que progressivement, que le système nerveux est en perpétuelle évolution chez l'enfant, et qu'il en résulte des difficultés sémiologiques particulières.

Mais, pendant cette phase de développement où le cerveau devient peu à peu un cerveau conscient, il subit déjà l'action de causes morbigènes nombreuses dont certaines existent avant la naissance et qui peuvent profondément modifier son fonctionnement.

Il y a là quelque chose de particulier au système nerveux, et qui montre que sa pathologie est plus importante encore que la pathologie des autres viscères. En effet, si on considère ce qu'est l'enfant au point de vue des viscères en général, on dit, — et ceci est vrai — que l'enfant est un sujet vierge, neuf, chez lequel les organes sont relativement sains, les fonctions organiques relativement satisfaisantes ; par suite, la vie peut se poursuivre facilement et il résiste mieux que l'adulte aux causes morbigènes. Il est classique de dire que l'enfant résiste aux infections parce qu'il a un bon foie, de bons reins un bon cœur, que, s'il supporte merveilleusement les médicaments, c'est pour la même raison. Si ses organes sont touchés par des causes héréditaires, ils ne le sont

d'ordinaire qu'à un faible degré. Tout ceci dans l'ensemble est exact.

Le cerveau, au contraire, à l'inverse des autres viscères, même chez l'enfant en santé, est déjà très souvent touché par des causes multiples héréditaires, et alors que, chez un enfant hérédo-syphilitique par exemple, la plupart des organes fonctionnent bien, il faut faire une exception pour le cerveau.

***

Quand nous pratiquons l'*examen clinique d'un enfant*, notre raisonnement cérébral doit passer par différentes phases. Nous constatons d'abord des *symptômes*. C'est, par exemple, pour le système nerveux, la paralysie d'un muscle, ou d'un groupe musculaire, l'existence de contracture, ou d'hypotonie, ou d'hypertonie, parfois l'existence de convulsions ou celle du mal de tête.

En groupant les symptômes, nous arrivons à faire un diagnostic de *syndrome*. C'est ainsi qu'en constatant une paralysie des deux membres inférieurs, nous arrivons souvent au diagnostic de paraplégie spasmodique, à celui d'hémiplégie infantile par constatation d'une paralysie du bras et de la jambe du même côté, à ceux de tétanie, de chorée.

Notre tâche n'est pas finie ; il nous reste — et c'est le point le plus important — à savoir pourquoi ce syndrome s'est constitué, à essayer de fixer les raisons d'être de ce syndrome, d'une part aux points de vue anatomique et physiologique, et, d'autre part, au point de vue étiologique.

L'*enquête anatomo-physiologique* nous montre par exemple qu'une hémiplégie infantile doit correspondre à une lésion cérébrale du côté opposé, liée à un processus de méningo-encéphalite ou d'artérite; qu'une monoplégie répond à une lésion destructive de la corne antérieure de la moelle par poliomyélite aiguë. De même nous arrivons au diagnostic anatomique de méningite pour expliquer un syndrome méningé, au diagnostic de tumeur cérébrale dans d'autres cas où nous voyons à la fois des vomissements, la céphalée et des troubles oculaires et nous pouvons parfois localiser cette tumeur en tel ou tel point.

Au temps de Charcot, on se servait exclusivement de la méthode anatomo-clinique ; mais il y a des cas ou nous sommes amenés à faire un *diagnostic physio-pathologique*, comme celui d'une tétanie, d'une épilepsie, etc., par irritation du cortex, nous allons même plus loin, et dans le mongolisme par exemple, chez certains arriérés mentaux, nous dépistons les tares endocriniennes, notamment l'insuffisance thyroïdienne.

Il faut enfin remonter à l'*étiologie* et beaucoup plus souvent qu'autrefois, nous arrivons à la fixer. C'est souvent l'infection, le plus souvent l'hérédo-syphilis, quelquefois une méningite cérébro-spinale, une poliomyélite, plus rarement une tuberculose cérébrale qui est à l'origine de ces syndromes nerveux. Dans ces dernières années l'encéphalite épidémique a donné l'explication de maints troubles nerveux. Dans certains cas, on arrive à conclure à une tumeur intra-cranienne du troisième ventrieule ou de l'hypophyse, sur laquelle on peut agir par la radiothérapie profonde, ou, plus rarement, par la chirurgie.

Grâce à un examen ainsi poussé, on arrive à un diagnostic précis et parfois à une thérapeutique efficace.

***

L'examen ne doit pas se borner là, il doit être complété par l'*interrogatoire* et la *recherche du passé personnel et familial* du malade. On trouve souvent dans l'interrogatoire des parents quelques lueurs qui peuvent conduire au diagnostic étiologique, qui aident au diagnostic de la lésion nerveuse elle-même. Le système nerveux de l'enfant est souvent taré dès la naissance : 1° Il peut y avoir *transmission à l'enfant de tares nerveuses et mentales, héritées des ascendants*. C'est ce que M. André Colin appelle la transmission du semblable ; elle est, suivant M. Féré, à la base de la famille névropathique. Un homme très intelligent, mais porteur de tares mentales, peut transmettre ses tares sans transmettre son intelligence. Il faut chercher s'il y a dans les antécédents de l'enfant des troubles vésaniques, ou simplement des tares névropathiques. Certaines tares indélébiles sont ainsi transmises, telle l'épilepsie assez souvent rencontrée chez les ascendants ; la mythomanie, l'excitabilité névropathique sont parfois héréditaires ; et longue est la liste de certaines maladies familiales du système nerveux : amyotrophies familiales, hérédo-ataxie cérébelleuse, idiotie amaurotique familiale, etc. ; elles restent toutefois exceptionnelles.

2° Il faut aussi chercher l'*hérédité des toxi-infections*. La *syphilis* joue un rôle considérable dans les tares nerveuses, mais très souvent il s'agit d'une syphilis de deuxième génération, grand-maternelle ou grand-paternelle. Le paludisme intervient quelquefois. La tuberculose ne paraît pas avoir un rôle bien précis. De plus en plus non seulement l'hérédité de graine est contestée, mais même l'hérédité dystrophique est mal établie et il ne semble pas que le système nerveux de l'enfant d'une tuberculeuse soit particulièrement taré.

En revanche, la contagion tuberculeuse par les ascendants pendant la première enfance joue un rôle considérable dans l'éclosion de méningites, etc. Aussi la recherche de la tuberculose familiale doit-elle toujours être faite avec soin, sinon au point de vue de l'hérédité, du moins à celui de la contagion.

L'alcoolisme est une cause de tares nerveuses, depuis l'idiotie jusqu'au simple tempérament névropathique. Le saturnisme intervient quelquefois.

La tare nerveuse héréditaire liée à un antécédent familial nerveux ou mental est incurable. En revanche la tare nerveuse liée à l'hérédo-syphilis, à l'alcoolisme, à un trouble accidentel dans le développement, est dans une certaine mesure curable, en tout cas plus accessible au traitement.

Très souvent d'ailleurs l'enfant a une double hérédité ; le père est syphilitique, la mère est nerveuse par exemple et cette double hérédité a des résultats particulièrement fâcheux.

3° L'enquête étiologique doit porter également sur les *incidents relatifs à la naissance de l'enfant* et *à la grossesse de sa mère*.

Celle-ci a-t-elle eu de l'albuminurie ?

A-t-elle présenté des crises d'éclampsie?

L'accouchement a-t-il été laborieux ?

Les difficultés du travail amènent des troubles circulatoires cérébraux et parfois des hémorragies qui semblent *l'origine de* la maladie de Little et de certaines hémiplégies cérébrales infantiles. L'application de forceps peut déterminer des paralysies obstétricales du plexus brachial.

La *naissanee avant terme* non seulement indique à l'habitude la syphilis, mais à elle seule elle peut être la source de lésions nerveuses. C'est ainsi que mon maître Brissaud avait pensé que la naissance avant terme pouvait entraîner le non développement ou l'agénésie du

faisceau pyramidal et par suite la maladie de Little, théorie non vérifiée par la suite, mais qui met en relief le rôle possible de la naissance avant terme.

4° Il faut tenir compte encore de *l'influence des maladies du premier âge*. Très souvent l'arriération intellectuelle, les paraplégies, etc., relèvent d'une encéphalo-méningite du premier âge, avec ou sans hydrocéphalie. Dans d'autres cas, il y a eu une affection plus tardive. C'est vers l'âge de 2 ou 3 ans que l'enfant a fait une méningite cérébro-spinale, ou une encéphalite épidémique qui ont laissé des séquelles nerveuses.

D'autres ont eu des bronchopneumonies à répétition, des troubles digestifs, des maladies infectieuses comme la rougeole ou la coqueluche, qui sont responsables des troubles nerveux ultérieurement constatés. Le rôle étiologique de la coqueluche dans les hémorragies méningées qu'elle peut provoquer au cours d'une quinte est bien connu.

Nombre d'enfants, présentant des troubles parétiques des membres inférieurs depuis quelques semaines, ont eu antérieurement une diphtérie méconnue et il s'agit d'une polynévrite diphtérique. Une sérothérapie antidiphtérique faite à propos peut alors les guérir.

5° Il faut tenir compte du *milieu familial*, non seulement au point de vue des tares héréditaires, mais encore au point de vue de l'éducation. L'enfant nerveux trouve souvent dans sa famille un milieu de culture approprié au développement de ses tendances névropathiques propres, d'où se déduit une thérapeutique active consistant à soustraire, au moins temporairement, cet enfant au milieu familial ; l'isolement est souvent la première mesure thérapeutique à ordonner.

***

L'*examen de l'enfant* ne diffère que par peu de points de celui des malades adultes.

1° L'exploration de la *motilité* de la tête et des membres permet de se rendre compte de l'existence de paralysies ou de contractures, de constater la raideur de la nuque par exemple ou inversement l'atonie musculaire, si caractéristique parfois, l'hypotonie particulièrement significative dans certaines hémiplégies infantiles. On peut, dans d'autres cas, juger aussi de l'état d'atrophie de certains muscles ou de certains groupes musculaires, apprécier l'existence et le degré du tremblement, des mouvements choréiques, des mouvements athétosiques, de certaines secousses convulsives, de crises comitiales avérées. Et ces constatations précises sur la motilité commandent souvent à elles seules le diagnostic.

2° La recherche de la *sensibilité* est beaucoup plus difficile et la plupart des enfants se prêtent mal à cette exploration qui permet toutefois de rechercher la douleur spontanée ou provoquée et d'en tirer certaines conclusions précises.

3° L'étude des réflexes donne peu de renseignements. Chez le nourrisson, certains réflexes, qui sont pathologiques chez l'adulte, ne le sont pas, notamment le réflexe de Babinski, le signe de l'orteil, qui peut rester en extension toute la première année et même une partie de la deuxième année, sans signifier l'existence d'un trouble organique du faisceau pyramidal.

L'étude des autres réflexes est difficile à faire et les modifications présentées n'offrent pas grande signification. L'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, lors de polynévrites diphtérique ou de poliomyélite, a toutefois sa valeur ; de même l'exagération des réflexes et la trépidation épileptoïde aident souvent au diagnostic d'hémiplégie spasmodique infantile.

4° La recherche des *troubles vaso-moteurs* et *trophiques* a parfois son importance chez l'enfant, comme chez l'adulte, et certains syndromes sympathiques sont chez lui particulièrement nets.

5° L'étude de *l'intelligence et du caractère*, la recherche de *l'état psychique* est très importante. Nous n'avons pas l'habitude de la faire assez minutieusement à l'hôpital et pourtant il y aurait toute une enquête à faire. MM. André Collin et Heuyer ont insisté sur l'utilité de bien connaître l'état psychique du jeune écolier. Cette étude est facilitée par les méthodes d'examen que nous possédons actuellement, grâce surtout aux tests de M. Binet, qui sont d'un usage général et aux recherches plus récentes de M. Clarapède qui a, avec tant de détails, étudié la psychologie de l'enfant. Nous pouvons actuellement fixer les aptitudes cérébrales, psychiques et morales, de manière très suffisamment précise.

6° Il faut également étudier chez l'enfant les *organes des sens*. L'examen de *l'œil*, notamment, a une grande importance, parce qu'il révèle, d'une part, la présence de stigmates plaidant en faveur de l'hérédosyphilis, d'autre part, souvent l'existence de troubles d'hypertension crânienne à leur début, et permet d'affirmer la présence d'une tumeur cérébrale, par la stase papillaire, et par conséquent d'en tirer, comme conclusion, l'utilité d'une trépanation décompressive ou même d'une opération plus directe. *L'exploration des oreilles* n'est pas non plus sans conséquences utiles.

7° L'utilité de *l'exploration électrique* pour différencier les troubles simplement pithiatiques des troubles organiques n'est plus à démontrer. Elle aide à déterminer quels sont les groupes musculaires touchés dans la poliomyélite, dans les polynévrites et il faut souvent y recourir.

8° Il est utile souvent de pratiquer la *ponction lombaire*, qui est une méthode inoffensive chez l'enfant et qui nous donne sans cesse des renseignements intéressants. Il faut très souvent recourir à la ponction lombaire pour compléter son diagnostic actuel par le diagnostic rétrospectif d'une maladie du système nerveux et notamment d'une hérédosyphilis causale.

9° Il est bon enfin de recourir à *l'enquête humorale*. C'est tout d'abord la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann et de Hecht.

Il est assez fréquent de voir la réaction négative dans le sang être positive dans le liquide céphalo-rachidien, ayant alors une signification particulièrement importante.

L'examen d'un enfant atteint de troubles nerveux suppose un examen complet de tout son organisme. Il peut en effet révéler d'autres tares viscérales, et notamment des tares endocriniennes. En matière d'arriération mentale, de mongolisme, il faut souvent tenir compte de l'état de myxœdème léger, d'hypothyroïdie, qui peut intervenir dans la production des symptômes et qui peut mener à une thérapeutique efficace.

***

Vous voyez que l'examen d'un enfant atteint de troubles nerveux est souvent assez compliqué, qu'il doit être méthodique et complet, porter non seulement sur ce qu'on voit, mais sur ce que peut révéler un interrogatoire attentif ; il est très souvent utile parce qu'en montrant l'existence d'un trouble nerveux défini, en montrant à l'origine de celui-ci souvent une cause infectieuse sur laquelle on peut agir, il permet de faire une thérapeutique au moins


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéïtes
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)

NOUVELLES (*Suite*)

Nomination d'élèves du service de santé de la marine. — Ont été nommés élèves du service de santé de la marine à la suite du concours de 1925 :

Ligne médicale. — Candidats à 4 inscriptions. — Le Breton (E.-C.-M.), Chrétin (F.-J.), Pouderoux (J.-H.-M.), Margou (E.-J.-J.), Pasquet (P.-A.), Duval (A.-L.-M.), La Folie (R.-A.-E.), Lemeillet (C.-A.-J.), Moreau (P.-A.-A.), Jonchère (H.), Chabrillat (A.-F.-A.), Billaut (M.-C.-A.-M.), Le Hir (T.-G.-M.-J.), Comby (H.-J.-M.), Carré (L.-A.), Chevalier (L.-P.-B.), Le Bihan (A.-F.-M.), D'Anella (M.-M.), Legrand (H.-V.-B.), Le Merdy (P.-E.), Badelon (L.-E.-A.), Roy (E.-C.-M.), Le Scouëzec (P.-E.-J.), Pape (J.-E.), Lafferre (M.-H.-P.), Lorre (A.-J.), Touya (M.-M.-E.), De Tanouarn (E.), La Balme (J.-P.), Morvan (A.-L.-H.), Samara (A.-M.), Le Gallou (M.-P.-F.), Baille (R.-J.-A.), Chaillou (J.-A.-R.), Guiard (E.-J.-M.), Grizaud (H.-J.-G.), Aymès (P.-G.-M.), Rozès (P.-J.-M.), Bastouil (M.-M.-A.-F.), Manciet (J.-A.-A.), Castelbou (P.-V.-A.), Richet (P.-E.), Casteigt (M.-P.-P.-E.) Aillaud (G.-A.-M.-C.), Berthon (G.-T.), Baqué (L.-M.), Charpentier (H.-M.), Proust (J.-E.), Suignard (P.-F.-M.), Cluzet (G.-J.-J.), Boutareau (J.-C.), Conlonjou (J.-A.-R.), Mary (P.-P.-L.), Rossi (J.-B.-A.), Letac (R.), Michaud (C.-P.), Carel (J.-H.-L.-A.), Pales (L.), Ourradour (Y.-A.), Demange (Marcel), David (J.-J.), Maclaud (J.-E.), Taillard (P.), Jammès (A.-A.-J.), Lamy (J.-J.), Morard (G.-F.), Ortholan (H.-E.-B.), Heyriès (N.-G.-G.), Andréani (P.-D.-V.), Dot (J.-E.-E.), Bergougnoux (G.-R.-A.-L.), Perrin (A.-M.), Pral-Carrabin (P.-G.), Fave (L.-E.-L.), Tregouët (H.-A.-M.), Beaudiment (P.-A.-V.), Tereau (H.-M.-P.-M.), Lacroix (B.-F.), Drogoz (J.-J.-L.), Cantegrit (P.-B.-T.-M.), Fabry (B.-F.-E.), Aulezy (F.-A.-J), Mallet (R.-J.-A.-E.-T.), Labat-Labourdette (L.-E.-A.), Guillermin (L.-P.-J.), Debaille (C.-M.), Cousin (J.-F.), Favarel (Louis), Minier (J.-A.), Courmès (E.-N.-J.), Favarel (Robert), Parfaite (R.-B.), Munier (H.-L.-L.), Gaugier (P.-J.-R.), Pieraggi (A.-L.).

Ligne pharmaceutique. — Candidats munis de la validation de stage. — Mongionge (M.-F.-C.), Jean (M.-L.-M.), Dewannieux (R.-J.), Demange (Roger), Mahoudo (F.-M.-M.), Mazurlé ((J.-F.-Y.-M.), Berthou (J.), Prigent (T.), Kerboriou (M.-L.-G.), Chaignon (E.-P.-F.), Auffret (L.-C.), Guénaff (L.-C.), Le Breus (A.-E.).

Ces élèves devront être rendus à Bordeaux le lundi 19 octobre 1925, et se présenter, avant onze heures, au médecin général, directeur de l'école, cours de la Marne.

BIBLIOGRAPHIE

La protection sociale de la santé. L'action médico-sociale, par G. Ichock. Préface du Prof. Calmette. 1 vol. in-8°, 420 p. Prix : 20 fr. Librairie Marcel Rivière, 31, rue Jacob, Paris.

Sous ce titre, le Dr Ichock a écrit un excellent livre où le lecteur trouvera exposé, sous une forme concise, simple, sans phraséologie prétentieuse, tout l'effort accompli depuis la fin du siècle de Pasteur par des hommes pénétrés de sentiments altruistes, comme Duclaux, Casimir-Périer, Cheysson, Pierre Budin, Brouardel, Landouzy, Jules Siegfried, pour ne citer que les morts.

Il y trouvera aussi le programme de ce qui reste à réaliser pour sauver la France des fléaux sociaux dont elle souffre : crise de natalité, mortalité infantile, tuberculose, insalubrité des habitations, alcoolisme, etc.

A la fin de ce volume substantiel on trouvera des indications bibliographiques pour chaque chapitre, contenant, à côté d'un choix d'ouvrages de fond et d'articles de revues, les dispositions législatives en usage en France et à l'étranger.


Sirop Roche
CACHETS "ROCHE" DE THIOCOL
COMPRIMÉS ROCHE DE THIOCOL


IODOGENOL PEPIN

partiellement efficace, qui peut favoriser indirectement la croissance et la nutrition de l'enfant. En permettant d'apprécier l'existence et le degré du retard intellectuel, de s'opposer à ses conséquences fâcheuses par une éducation psychique appropriée, il rend également service. C'est seulement en le pratiquant avec soin qu'on peut, en pathologie nerveuse comme ailleurs, faire utilement acte de médecin et de thérapeute.

MÉDECINE PRATIQUE

Le traitement des escarres des paralytiques généraux

Par le Dr A. RODIET

Médecin chef de l'asile de Ville-Evrard.

Dans les services d'asile, le traitement des escarres chez les malades longtemps alités et gâteux, les paralytiques généraux surtout, est une des préoccupations du médecin. Actuellement, où les nouvelles méthodes de traitement nécessitent des injections intramusculaires de sulfarsénol, de bismuth ou de novoarsénobenzol, les escarres sont inévitables chez certains de ces aliénés à circulation ralentie, quelles que soient les précautions antiseptiques employées par les médecins. Ces plaies, qui ne troublent pas toujours la sérénité du malade inconscient et dément, par leur cicatrisation lente et la suppuration continue qu'elles entraînent, lassent la patience du thérapeute.

Aussi, n'est-il pas superflu de rappeler les meilleures méthodes de traitement et d'indiquer celles qui donnent les meilleurs résultats.

Tout d'abord, on ne saurait trop insister sur l'obligation où se trouve le chef de service de pouvoir compter sur un personnel infirmier instruit et conscient de ses devoirs. Si, dans les salles de gâteux et de paralytiques généraux inconscients et malpropres, les infirmiers sont négligents, les escarres seront nombreuses, même chez des malades qui se lèvent chaque jour.

Ils devront savoir (les infirmiers) que : 1° pour éviter les escarres, il faut restreindre toutes les causes de compression sur la peau. Par suite, pour atténuer l'influence du poids du corps, on changera souvent le malade de position et dès que possible, on le fera lever dans un fauteuil. En outre, les draps du lit ou l'alèze seront bien tirés pour qu'ils ne fassent pas de plis, pouvant irriter la peau et on utilisera le matelas d'eau ou le rond de caoutchouc qui isolent du lit le siège du malade ; 2° qu'il faut tenir la peau très propre, prévenir le contact de l'urine et des matières fécales, faire de fréquents nettoyages et, dans tous les cas, changer le malade chaque fois qu'il aura gâté, puis essuyer et sécher la peau avec soin et saupoudrer le lit de poudre d'amidon et de talc ; 3° lorsque l'escarre s'est produite, et on sait que les régions le plus souvent atteintes sont les régions fessières, trochantériennes et malléolaires, il faut qu'elle soit pansée une ou plusieurs fois par jour, suivant qu'elle est plus ou moins étendue et qu'elle suppure plus ou moins.

Quels sont les antiseptiques donnant les meilleurs résultats ? Depuis la découverte de l'eau oxygénée, on l'a utilisé avec succès pour le lavage, soit pure, soit coupée par moitié. Quant aux pansements, ils sont multiples et n'ont pas tous donné les mêmes résultats, depuis la poudre iodoformée jusqu'à la poudre de Lucas-Championnière. Un traitement qui a été préconisé par Vigouroux et réussit fréquemment est le pansement quotidien avec la pommade au protargol, après lavage, ainsi formulée :

Protargol	10 grammes
Lanoline	åå 50 grammes
Vaseline	

Mais lorsque l'escarre est très étendue et suppure abondamment, la cicatrisation, même par ce procédé, ne se réalise pas. Aussi, employons-nous plus volontiers dans notre service la formule suivante :

Créosote	10 grammes
Vin aromatique	500 grammes

ou mieux encore la formule de Pautrier qui est très efficace dans tous les cas de plaies atones, et s'énonce ainsi : laver la plaie à l'eau de feuilles de noyer, ayant bouilli pendant cinq minutes, bien sécher ensuite et toucher avec une solution de :

Nitrate d'argent	0 gr. 50 centigr.
Eau distillée	25 cent. cubes

puis, laisser sécher quelques minutes, avant de terminer par un pansement avec gaze trempée dans la solution :

Ichtyol	20 grammes
Eau distillée	180 grammes

qu'on aura soin de recouvrir de taffetas imperméable.

Ce pansement, de même que le pansement au vin aromatique créosoté devra être renouvelé chaque jour. Ces deux procédés thérapeutiques sont, à notre avis, ceux qui réussissent le mieux, car ils désinfectent énergiquement la plaie, cautérisent les bourgeons charnus et favorisent la cicatrisation. La guérison s'obtient ensuite aisément avec la poudre de dermatol, lorsque l'escarre s'est limitée et ne s'étend plus en profondeur.

Même dans certains cas d'escarres très larges, à suppuration très abondante, on peut ainsi soulager les malades et rassurer les familles.

XXXIVe Congrès DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925).

PREMIÈRE QUESTION

Résultats éloignés de l'extirpation des cancers du rectum par les voies basses

Rapport de M. GAUDIER (de Lille).

Les différentes techniques empruntant la voie basse peuvent être réparties en trois groupes suivant qu'elles se proposent d'atteindre le néoplasme :

I. Par le sacrum ;
II. Par le périnée, avec ou sans résection du coccyx ;
III. Par les voies naturelles, vaginale ou rectale.

Les deux premières méthodes permettent de réaliser, soit une amputation, soit une résection. Par contre, la troisième méthode ne peut conduire qu'à une résection.

A. INTERVENTIONS PAR VOIE SACRÉE. — C'est l'ablation du rectum cancéreux suivant la technique classique de Kraske.

Encore très employée en Allemagne, cette méthode est en France de plus en plus abandonnée. On lui reproche sa gravité opératoire immédiate, en raison de la résection plus ou moins étendue du sacrum qui en constitue le premier temps ; ainsi est créée une brèche osseuse qui s'infecte facilement. On lui reproche encore de léser les dernières paires sacrées d'où l'apparition fréquente de troubles sphinctériens.

Aussi les chirurgiens se sont-ils ingéniés dès la première heure à modifier la technique de Kraske. C'est ainsi que Rose préconise l'ablation de toute la moitié inférieure du sacrum. Heinecke et Morestin conseillent une résection avec bascule et conservation d'un lambeau ostéoplastique. Zuckerkandl respecte le squelette et désinsère les muscles et les ligaments qui s'y attachent.

D'autres critiques ont été adressées à la technique de Kraske en ce qui concerne la reconstitution de la continuité de l'intestin.

Kraske employait la méthode circulaire. Elle a l'inconvénient de rendre la coaptation difficile, les deux segments à anastomoser étant de calibres différents. On peut, à la façon de Mayo, sectionner longitudinalement le bout supérieur, agrandir ainsi le diamètre de celui-ci et rendre de la sorte la suture d'exécution plus aisée ; mais les fistules secondaires sont encore fort à craindre.

Une autre méthode indiquée par Jaboulay est peut-être préférable. Elle consiste à invaginer le bout supérieur dans le bout inférieur et à en fixer les bords à la peau péri-anale après excision de la muqueuse du bout inférieur.

B. Interventions par voie périnéale. — C'est la voie tout indiquée quand on veut pratiquer une amputation, mais elle se prête aussi à la résection.

I. *Amputation.* — Après résection du coccyx, section des releveurs et ouverture du cul-de-sac péritonéal, le bloc du rectum et des tissus périrectaux est enlevé « en vase clos ».

C'est l'ancienne opération de Lisfranc modernisée et élargie par Quénu, Hartmann et Baudet.

Suivant les cas, suivant les chirurgiens et le sexe de l'opéré, cette technique présente quelques variantes :

Quénu et Baudet abaissent le bout intestinal inférieur et le fixent au périnée, avec ou sans anus iliaque préalable.

Kocher ne suture pas ce bout inférieur, mais l'abandonne à lui-même à travers les parties molles. D'autres opérateurs l'oblitèrent complètement par un ou deux plans de sutures.

Chacun de ces procédés a des inconvénients, soit qu'il crée un anus périnéal incontinent, d'un appareillage difficile, soit qu'il favorise la formation d'un foyer d'infection et de résorption septique.

En raison de la propagation du néoplasme, l'amputation périnéale peut nécessiter du même coup l'ablation de la prostate chez l'homme, et, chez la femme, celle de la paroi vaginale postérieure.

II. *Résection.* — Elle peut être pratiquée suivant la technique de Kocher ou celle de Cunéo. La première emprunte la voie coccygienne seule ; la seconde ajoute à l'incision postérieure une incision prérectale.

La continuité de l'intestin, dans les deux procédés, est assurée grâce à l'invagination du segment supérieur dans le segment anal ; les deux cylindres intestinaux sont suturés bout à bout.

C. Interventions par les voies naturelles. — Ces méthodes visent, d'une part, à éviter la brèche périnéale, et, d'autre part, à conserver l'appareil sphinctérien.

I. *Voie transanale.* — Préconisée par Hartmann, elle comprend les temps suivants :

a) Dilatation de l'anus ;
b) Résection circulaire du rectum au-dessus de la tumeur évaginée :
c) Abaissement de la tumeur ;
d) Résection haute de cette tumeur ;
e) Suture du bout intestinal supérieur à l'anus.

II. *Voie transvaginale.* — Imaginée et réalisée sur le cadavre par Nélaton, cette technique a été bien réglée depuis par Kehn (de Francfort) et son élève Liermann. En voici les gestes essentiels :

a) Ouverture du vagin le long de sa paroi postérieure,
b) Prolongation de cette incision sur le côté gauche de l'anus ;
c) Ouverture du Douglas ;
d) Abaissement et résection du rectum ;
e) Attraction du bout supérieur à travers l'anus, dépouillé de sa muqueuse ;
f) Suture à la peau de ce bout supérieur.

Au sujet de toutes ces résections, on peut dire que l'établissement d'un anus iliaque préalable est un facteur manifeste de succès. Cette dérivation des matières permet l'aseptisation de la tumeur et diminue les risques de fistulisation.

L'anus sera pratiqué avec éperon afin d'assurer une dérivation totale. Son obturation fera l'objet d'une intervention secondaire.

Traitement palliatif. — Quand le néoplasme est devenu inopérable, le chirurgien peut encore soulager le malade, en établissant en amont de la tumeur un anus artificiel.

Pour rendre le maximum de service, cet anus doit être situé sur le côlon gauche et permettre une dérivation complète. L'anse colique extériorisée et fixée à la paroi sera sectionnée complètement, de telle façon qu'après cicatrisation de la plaie opératoire l'anus artificiel présente deux bouches intestinales superposées : l'une afférente donnera passage aux matières, l'autre efférente permettra le lavage du bout colique inférieur.

On doit s'efforcer, en établissant cet anus, de le rendre aussi continent que possible. La chose n'est pas toujours aisée et le rapporteur indique rapidement les procédés les plus recommandables.

Résultats globaux des méthodes opératoires par voie basse. — La mortalité opératoire moyenne semble être de 20 p. 100, proportion calculée sur 2.400 interventions postérieures à 1900, époque de perfectionnement de la technique.

Après trois ans, les absences de récidives se montent à 25 p. 100. Une statistique récente, malheureusement sans indication du nombre des malades traités, donne sans récidive un cas après dix-huit ans, un cas après seize ans, deux cas après treize ans, un cas après douze ans, deux cas après dix ans un cas après neuf ans, trois cas après huit ans, quatre cas après sept ans, huit après six ans. La moitié des malades succombent au cours de la première année.

Les tumeurs de la face antérieure du rectum sont parmi celles qui récidivent le plus rapidement.

Le cancer réapparaît d'ordinaire dans les lymphatiques, le foie, le poumon, la rate, les cicatrices opératoires, plus rarement au niveau de la muqueuse intestinale.

La durée de la guérison dépend avant tout de la précocité du diagnostic et de l'opération. Et à ce sujet l'auteur rappelle qu'on doit tout mettre en œuvre pour arriver à faire de bonne heure le diagnostic du cancer rectal. Il insiste sur l'importance extrême de la radioscopie, de la cystoscopie et de la rectoscopie. Ce dernier procédé, dans 18 p. 100 des cas, a permis de constater la présence d'un néoplasme là où l'on n'avait traité jusqu'alors que des hémorroïdes.

Les soins pré et postopératoires ont une influence considérable sur l'avenir de ces malades.

Les guérisons durables atteignent 13 p. 100 pour les opérations périnéales et 24 p. 100 pour les opérations coccygiennes. Les amputations semblent donner de meilleurs résultats que les résections. La colostomie préalable améliore sensiblement les statistiques. Mais des complications à distance plus ou moins éloignées sont toujours possibles, telle l'incontinence des fèces par suppression ou lésion du sphincter ou de ses nerfs. Sur 200 cas d'extirpation du rectum, Gand signale les résultats suivants : continence, 25 p. 100 ; incontinence partielle, 65 p. 100 ; incontinence, 10 p. 100.

Le rétrécissement cicatriciel de l'anus est rare, mais la procidence du rectum avec prolapsus de la muqueuse est relativement fréquente.

Si l'on compare dans l'appréciation des résultats les différentes méthodes opératoires, il semble que les interventions par voie sacrée, utilisées surtout en Allemagne, mais aussi en Amérique et en Angleterre, donnent les plus longues survies.

L'âge joue certainement un rôle dans l'histoire des résultats tardifs, tant au point de vue de la résistance de l'opéré que dans l'apparition des maladies intercurrentes en relation directe avec la sénilité.

Cependant, l'âge avancé du sujet ne constitue que très rarement une contre-indication formelle. Il en va tout autrement des phénomènes de propagation et d'adhérences au sacrum supérieur, à l'utérus, à la vessie, aux ovaires et au vagin. Les chirurgiens français respectent d'ordinaire ces contre-indications. A l'étranger on passe outre souvent, et l'on cite le cas d'un opéré d'Exner qui, malgré un envahissement de la vessie constaté par l'examen cystoscopique, guérit. Il avait subi, avec l'ablation de son néoplasme, une résection de la vessie avec transplantation des uretères. C'est là un cas d'exception, mais il faut reconnaitre une amélioration certaine de la mor-

talité opératoire justement dans les interventions compliquées faites pour des cas complexes. Le mieux serait d'opérer en deux temps :

I. Exposition de la tumeur dans la plaie opératoire avec ou sans colostomie préalable.

II. Résection quelques jours après.

OPÉRATIONS PALLIATIVES. — L'établissement d'un anus de dérivation donne parfois des résultats très appréciables, à tel point que Reverdin, avec quelque exagération, ne voulait plus pratiquer d'autre intervention pour tout cancer rectal.

Vanverts, sur 17 cas d'anus palliatifs, a observé deux survies de plus de trois ans chez des malades, survie de trois ans et deux de quatre ans chez des malades inopérables.

Personnellement, le rapporteur cite une survie de six ans chez un de ses opérés, diabétique, dont la tumeur avait été jugée inextirpable.

La mortalité opératoire varie considérablement suivant l'état général des sujets ; elle oscille entre 6 et 30 p. 100 avec une moyenne de 17 p. 100.

Il est intéressant de noter que les malades qui ont survécu plus de deux ans à la création de leur anus de dérivation, voient souvent celui-ci devenir parfaitement continent. C'est le résultat d'une longue période de régime et d'une médication antidiarrhéique bien calculée. Une sensation annonciatrice due au développement d'une sensibilité spéciale de l'intestin permet la vidange régulière du tube digestif. Bon nombre de malades ont pu reprendre une vie presque normale.

Les métastases sont plus fréquentes après les opérations palliatives qu'après les interventions, radicales. Passé trois ans elles causent plus des deux tiers de la mortalité.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — D'une façon générale, on peut dire que plus « la voie opératoire est élargie », mieux elle permet une ablation totale et haute, et meilleurs seront les résultats à distance.

Si la voie sacrée donne les survies les plus longues, c'est parce que, de toutes les méthodes empruntant la voie basse, elle procure justement l'ablation la plus large. Elle apparaît ainsi comme la méthode de choix, puis viennent la voie coccygienne et enfin la voie périnéale.

Les résultats ne dépendent pas, du reste, uniquement de la méthode suivie, mais encore de la précocité de l'intervention, des soins apportés à la préparation du malade, de l'entraînement du chirurgien et de ses aides.

Le tableau suivant résume ces résultats :

	OPÉRATIONS palliatives.	VOIE périnéale.	VOIE coccygienne.	VOIE sacrée
Mort opératoire......	17 %	20 %	16 %	17,4 %
Survie après 3 ans....	5,3 %	13 %	24 %	32 %
Survie après 5 ans....	3,3 %	5 %	7 %	26 %
Survie après 10 ans....	1 %	3 %	3 %	10,5 %

Il est vraisemblable que ce qui s'est passé pour le cancer utérin se produira pour le cancer rectal et que la voie basse cèdera le pas à la voie haute et aux méthodes combinées.

Concurremment au traitement chirurgical par la voie basse, avant ou après l'intervention, qu'il s'agisse d'une extirpation du néoplasme ou simplement de la création d'un anus illiaque, on a eu fréquemment recours à la radio ou à la curie thérapie. Cette technique ne semble pas avoir enthousiasmé beaucoup de chirurgiens, et certains d'entre eux, comme Mandl, l'accusent même d'avoir provoqué des hémorragies secondaires.

Résultats éloignés de l'extirpation du cancer du rectum par les méthodes abdominales et les méthodes combinées.

Rapport de M. A. SCHWARTZ (de Paris).

Les techniques opératoires auxquels on peut recourir pour enlever un cancer du rectum par la voie abdominale sont : l'*amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif* ;

L'*amputation abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur à la région périnéale* qui donne un anus de siège normal mais incontinent ;

La *résection abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur et conservation de l'appareil sphinctérien* qui vise à rendre l'évacuation des matières aussi normale que possible ;

Enfin la *résection colo-rectale par voie abdominale seule* (procédé de Hartmann) dans laquelle le bout supérieur est abouché à la paroi et le bout inférieur simplement fermé et abandonné dans le bassin.

Les *facteurs qui conditionnent les résultats éloignés* de l'extirpation d'un cancer rectal interviennent soit indirectement en diminuant la mortalité opératoire, soit directement en supprimant les causes de récidive et se présentent ainsi.

1° GRAVITÉ RELATIVE DE L'ACTE OPÉRATOIRE. — Le nombre des guérisons durables dépend du nombre des malades qui échappent à l'intervention, avec cette réserve qu'une opération plus grave par elle-même peut donner un pourcentage plus élevé de guérisons durables. Mais quelle est la *mortalité opératoire* des opérations combinées ?

D'après les statistiques anciennes recueillies par Chalier et Mondor, Chalier et Perrin, Hartmann, la mortalité moyenne va de 30 à 37 et 41 p. 100. Sur 201 cas plus récents réunis par Schwartz la mortalité oscille selon les opérateurs entre 9 et 55 p. 100. Mais il ne faut pas attacher grande importance à ces statistiques car la mortalité varie avec le tempérament du chirurgien et sa conception de l'opérabilité. On constate en effet, dans les statistiques, que le chiffre de la mortalité croît parallèlement au chiffre de l'opérabilité. Et l'abdomino-périnéale n'est probablement grave que parce qu'on l'applique à des cas qui ne sont plus réellement opérables. Le rapporteur a pratiqué seize abdomino-périnéales avec six décès. or il est convaincu que dans cinq de ces six cas il a été trop entreprenant et aurait dû se borner à faire un anus palliatif.

2° OPÉRABILITÉ DU CANCER. — Le diagnostic de l'opérabilité qui a une telle influence sur l'issue de l'intervention est difficile et presque impossible cliniquement. Aussi dès 1897 Quénu préconisait la *laparatomie exploratrice,* mais une laparatomie latérale gauche. Le rapporteur estime que la laparotomie doit être médiane et large et même qu'elle doit être complétée par une incision du péritoine du mésorectum (premier temps de l'abdomino-périnéale) qui permettra d'introduire la main dans la concavité sacrée, d'étudier la mobilité du cancer et ses adhérences au sacrum.

D'autre part l'opérabilité du cancer est en rapport direct avec la précocité du diagnostic. Il est donc bon de rappeler la nécessité de pratiquer non seulement le toucher rectal mais encore la rectoscopie chez tout individu qui présente des phénomènes d'entérite inexpliquée ou des pertes de sang par l'anus.

3° SOINS PRÉPARATOIRES.

4° ANESTHÉSIE. — La rachi-anesthésie est ici particulièrement indiquée. C'est la méthode la moins shockante pour un malade soumis à un traumatisme opératoire long et sérieux.

5° TECHNIQUE OPÉRATOIRE SUIVIE. — Trois manœuvres opératoires ont un effet très important sur les résultats.

a. L'*abaissement du bout supérieur* est presque toujours difficile en raison de l'étendue nécessaire de la résection. On ne dispose plus que d'une anse courte, non fixée par ses vaisseaux et dont la mobilisation oblige quelquefois non seulement au décollement colo-pariétal mais à des sections vasculaires. Une gangrène ischémique du côlon peut en résulter. On a beaucoup discuté sur cette question de la gangrène, généralement attribuée à une ligature de la mésentérique inférieure placée à tort au-dessous et non au-dessus de l'anastomose avec la dernière sigmoïdienne. Mais le point critique de Sudeck n'a pas ici l'intérêt qu'on lui croit car le segment recto-sigmoïdien correspondant au point critique doit être enlevé. La gangrène est bien plutôt due au sacrifice intempestif du méso-côlon pelvien et de ses vaisseaux. En fait elle est fréquente. Rotter, Kroll, Brun, Cunéo l'ont observée fréquemment dans l'amputation avec abaissement.

b. La *conservation du sphincter* quand elle réussit a des avantages indiscutables mais on peut se demander si elle permet une exérèse assez large car sur certaines pièces opératoires après amputations abdominopérinéales, le rectum périnéal et le releveur adjacent sont quelquefois envahis. D'autre part la conservation du sphincter nécessite la fermeture à peu près complète de la brèche périnéale et cette fermeture expose à des accidents.

c. L'*hystérectomie préalable* pratiquée systématiquement en l'absence de toute adhérence ou d'envahissement néoplasique a des effets heureux sur les résultats éloignés parce qu'elle permet une opération plus large et rend la péritonisation du champ opératoire plus facile. L'opération est pratiquée en deux temps par Tixier qui a imaginé la méthode. Mais le rapporteur estime qu'il est préférable, dans la même séance opératoire, d'enlever d'abord l'utérus puis le colo-rectum.

d. La *largeur de l'intervention* est un des facteurs les plus importants d'un succès durable. Il faut dépasser partout les limi-

tes anatomiques du mal et enlever d'un seul tenant les tumeurs, les ganglions et les lymphatiques qui les unissent.

L'anatomie, surtout l'anatomie pathologique montrent, ici ce qui peut et doit être réalisé. Le canal ano-rectal est divisible en trois segments :

Le *supérieur, rectum péritonéal* est entouré en arrière de la séreuse par une lame cellulo-graisseuse qui s'étend en dehors jusqu'à l'uretère et contient vaisseaux et lymphatiques supérieurs du rectum.

Le *segment inférieur, périnéal* est caractérisé par sa fusion avec le plancher périnéal.

Le *segment moyen, génital* est en rapport :

En avant, chez l'homme, avec la prostate et la vésicule dont le sépare l'aponévrose de Denonvilliers *adhérente à la prostate* et, chez la femme, avec le vagin auquel il est étroitement accolé.

Latéralement avec des trousseaux fibreux, denses, venus des parois pelviennes et riches en vaisseaux et en nerfs.

Au point de vue de la distribution des *lymphatiques*, d'après des recherches récentes, il y a un haut et un bas rectum entre lesquels existe une zone étanche, mais du bas rectum partent des collecteurs longs qui vont directement aux ganglions recto-sigmoïdo coliques. D'autre part on connaît les anastomoses qui unissent les lymphatiques du rectum et ceux du système génital. Les ganglions qui peuvent être envahis dans le cancer rectal sont les inguinaux, les hémorrhoïdaux moyens et surtout les hémorroïdaux supérieurs dont l'atteinte est fréquemment observée, quel que soit le siège de la tumeur.

L'extension topographique des tumeurs du rectum est bien connue, mais il faut signaler l'infiltration précoce du tissu cellulaire péri-rectal. Les statistiques montrent d'ailleurs que la récidive se fait le plus souvent dans cette atmosphère celluleuse au niveau de la prostate et de la cloison recto-vaginale.

Ainsi l'anatomie pathologique nous enseigne qu'il faut faire une exérèse étendue en largeur et en hauteur.

Sans aller jusqu'à sectionner la mésentérique inférieure à son origine comme fait Moynihan, on tranchera le pédicule vasculaire au-dessus du ganglion le plus élevé du méso-rectocolique.

Au niveau du *segment périnéal* du rectum on doit enlever largement les muscles et la graisse de la région.

Dans les segments moyen et supérieur du rectum, il s'agit d'enlever toute la lame cellulo-graisseuse Sur le *segment pelvien* cela est facile. Sur le *segment génital* l'ablation est encore assez simple chez la *femme*, car emportant toute la paroi postérieure du vagin avec le rectum, on enlève la cloison recto-vaginale sans qu'il y ait à faire de décollement.

Les choses sont beaucoup plus compliquées chez l'*homme*. Ici il faut passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers et l'espace décollable est en arrière de cette aponévrose, non en avant. Pour arriver au but, il est nécessaire, passant par le périnée d'inciser sur la prostate. En outre latéralement il faut sectionner le vaisseau fibreux de l'hémorroïdale moyenne loin du rectum. On découvre et on attire l'uretère pour tendre sa portion terminale et on incise au-dessous de lui. Ainsi le doigt pénétrant jusqu'au plancher pelvien accroche en remontant le pédicule hémorroïdal moyen qui peut être lié loin du rectum.

La *section de l'intestin* est encore une manœuvre de grande importance. Il est préférable de n'y procéder qu'à la fin de la phase abdominale de l'opération quand le colo-rectum est complètement libéré.

Le bout inférieur étant refoulé dans le bassin, on pratique la *péritonisation* à l'aide d'un surjet aussi exact et serré que possible. On peut presque toujours d'ailleurs faire deux surjets l'un sur l'autre.

Quant à la conduite à tenir vis-à-vis de la *brèche périnéale* elle mérite d'être discutée. Les tissus de cette brèche, quelques précautions qu'on prenne, présentent souvent un peu de sphacèle superficiel, et il est certain que des accidents septiques graves peuvent se produire si la plaie est suturée. Le mieux est de la laisser complètement ouverte en la comblant avec un Mikulicz. D'ailleurs les statistiques prouvent que les décès opératoires relèvent presque toujours de phénomènes infectieux et que parmi ceux-ci la cellulite pelvienne domine.

Il parait maintenant possible, tirant parti des données précédentes, de dire par quelle méthode opératoire on a le plus de chances d'obtenir le meilleur pourcentage de résultats éloignés.

Avant tout, doit intervenir la notion du siège du cancer. Les cancers du segment périnéal, du segment génital et de la moitié inférieure du segment péritonéal sont justiciables d'une abdomino-périnéale avec sacrifice de toute la région inférieure et établissement d'un anus abdominal définitif.

Lorsque le cancer siège dans le segment supérieur du rectum péritonéal il n'est pas douteux, d'après les données anatomo-pathologiques actuelles, que le segment périnéal peut être considéré comme indemne et on a le droit de songer à le conserver. C'est ici que l'abdomino-transanale de Villard et l'opération de Hartmann trouvent leur indication et peuvent être mises en parallele, la première opération grave, mais laissant le plus souvent un anus continent, la seconde opération très benigne mais comportant l'anus abdominal définitif. L'avenir permettra de juger avec plus d'exactitude la valeur respective, en ce qui regarde les résultats éloignés de ces deux méthodes. Mais dès maintenant celle de Hartmann peut prétendre à une certaine supériorité au point de vue strict des guérisons durables. En outre il semble que le bout inférieur inutilisé puisse quelquefois, quand l'opéré va bien un an après l'intervention, être réunie au bout supérieur à l'aide d'une anse iléale exclue comme dans le procédé de Baldwin-Mori pour absence congénitale du vagin. Cette idée d'ailleurs a déjà été réalisée une fois en 1911 par Quinto Vignolo.

Pour terminer il est intéressant de comparer les résultats que donnent la voie basse et la voie abdomino-périnéale dans le traitement du cancer du rectum. De plus en plus la voie abdominale, qui seule permet une exérèse large conforme aux données de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire au mode de propagation du cancer, est préférée à la voie uniquement périnéale. Mais voyons ce que sont la mortalité opératoire, les récidives, les résultats éloignés que donnent ces deux méthodes.

La *mortalité opératoire* est dans l'ensemble moins élevée dans les opérations par voie basse que dans les opérations combinées. Mais cette mortalité, on l'a déjà noté, dépend dans une large mesure de l'entraînement opératoire du chirurgien, de sa technique, de sa conception de l'opérabilité.

La statistique de Gaudier portant sur 1.400 cas d'opérations sur la voie basse depuis 1900 comporte une mortalité opératoire de 20 p. 100. La statistique récente de Schwartz sur la mortalité des opérations combinées donne 26,8 p. 100.

Les *guérisons durables*, datant de trois ans, puvent être appréciées à l'aide des chiffres suivants :

Dans les statistiques de Chalier et Mondor on a 18,5 p. 100 de guérisons avec la voie périnéale et 31 p. 100 avec la voie sacrée. La statistique plus récente de Gaudier donne 13 p. cent de guérisons dans les opérations périnéales, 24 p. 100 dans les opérations coccygiennes et jusqu'à 32 p. 100 dans les opérations sacrées entre les mains de quelques chirurgiens.

Les *guérisons durables* obtenues par les méthodes combinées sont de 16,8 p. 100 dans la statistique de Chalier et Perrin, de 36 p. 100 dans la statistique de Schwartz.

Quant aux *récidives*, très fréquentes dans les statistiques anciennes d'opérations périnéales, elles ne sont plus que de 30 à 40 p. 100 dans la statistique de Gaudier alors que la moyenne relevée par Schwartz pour la voie combinée est de 21,8 p. 100.

En somme il semble qu'on puisse conclure ainsi :

Les opérations basses ont une mortalité opératoire moins élevée mais qui s'accroît dans la mesure où ces opérations s'élargissent. Les opérations abdominales ont une mortalité immédiate supérieure mais qui diminue lorsque les chirurgiens possèdent mieux la technique et ne s'attaquent qu'à des cas réellement opérables.

Par contre, si l'on envisage les récidives et les résultats éloignés, les méthodes abdominales ou combinées présentent une supériorité incontestable.

Traitement du cancer du rectum par les radiations.

Rapport de MM. Schwartz et Richard.

Les publications relatives à la radio et à la radiumthérapie du cancer du rectum sont rares ; les statistiques sont peu fournies et cela surtout comparativement au nombre imposant d'articles parus sur le traitement du cancer du col utérin.

C'est que le cancer rectal est un mauvais néoplasme, radio-résistant et d'un accès difficile. Des progrès sont nécessaires dans le matériel radiologique et dans les techniques roentgen- et curiethérapiques pour que cette affection fasse partie des cancers curables par les radiations. Présentement, les résultats définitifs sont exceptionnels : ce n'est là qu'une méthode adjuvante, favorisant l'acte chirurgical, mais ne le suppléant en aucun cas.

A. Roentgenthérapie des cancers du rectum. — Les débuts furent encourageants. Simonson, de Heidelberg, écrivait en 1913 que les rayons agissent sur les douleurs mais que la tumeur n'est pas influencée par eux. Actuellement, si la plupart des radiothérapeutes sont pessimistes, si quelques-uns comme Pfahler déclarent n'avoir jamais observé de résultats satisfaisants, il faut reconnaître cependant qu'avec les progrès de la

technique et du matériel, on est arrivé à obtenir des améliorations locales, des régressions du volume de la tumeur assez marquées pour avoir fait croire à la guérison.

Ces progrès sont dus à l'emploi d'appareils plus puissants, de filtres de métaux lourds, à l'éloignement de l'ampoule, toutes conditions permettant de concentrer sur la tumeur des doses considérables de rayons.

En 1921, Stark publie l'observation de trois cas traités de cette façon : un malade est amélioré pendant quinze mois puis voit sa tumeur évoluer à nouveau, un autre est amélioré passagèrement et meurt ; le troisième, traité après intervention, demeure indemne de récidive depuis deux ans. De cette publication qui fait date dans l'histoire du traitement du cancer rectal par les rayons, deux conclusions sont à retenir :

I. Nécessité d'établir un anus iliaque pour mettre la tumeur au repos et désinfecter le rectum ;

II. Possibilité d'obtenir par cette méthode une diminution du volume du cancer et de rendre opérables des cas qui ne l'étaient plus.

En 1922 Pibram déclare la radiothérapie inférieure à l'anus artificiel, mais ne songe nullement à associer l'un et l'autre. Il condamne la radiothérapie post-opératoire et signale quelques cas de cachexie rapide consécutifs à des irradiations massives, prolongés parfois toute une journée et très à la mode en Allemagne à cette époque.

Actuellement, on pense en France, avec Regaud, Proust et Béclère que ces doses brutales sont à rejeter. Dans les néoplasmes radio résistants, plus encore que dans les cas de tumeurs sensibles, il importe d'attaquer les cellules cancéreuses alors qu'elles ne sont pas sur la défensive, de les frapper pendant leur phase de reproduction. Un tel résultat ne peut être obtenu que par une irradiation courte, les doses devant être espacées sur un temps considérable.

En 1924, Stark, reprenant le travail signalé plus haut, annonce que les sujets qu'il a vu traiter par les rayons seuls ont tous succombé. Il cite deux nouveaux cas rendus opérables par la radiothérapie, cas datant de trois et quatre ans.

Récemment, Ernest May confirme les conclusions de Stark et conseille l'application de rayons après l'établissement d'un anus définitif, afin d'obtenir un résultat palliatif appréciable, ou, si possible, de rendre le malade opérable.

Holfelder, de Francfort, agissant par la roentgenthérapie seule sur vingt-deux cas inopérables en rend cinq opérables.

Il semble que ce soit là actuellement le but de la radiothérapie : élargir le champ de la chirurgie curatrice.

B. Curiethérapie du cancer du rectum. — *Méthode primitive.* — Pendant de longues années la technique radiumthérapique du cancer rectal fut identique à celle du cancer du col utérin. On introduisait dans la lumière du rectum un chapelet de tubes de Dominici de longueur égale à celle de la lésion.

En 1914, Delbet, Mocquot, Herrenschmidt et Hocq, présentent trois cas traités par cette méthode. Un premier malade est amélioré mais on le perd de vue. Un second malade, qui reçut quatre applications, voit se rétablir la perméabilité de son anus mais meurt cinq mois plus tard. Un troisième eut cinq applications sans amélioration.

La même année, Bérard avoue n'avoir jamais eu de guérison. Depuis, cette époque et jusqu'à maintenant, Barcat, Carro, Kreke, Bioglio, accusent les mêmes échecs.

Les causes de ces insuccès sont multiples :

a. Faible marge de radio sensibilité. Le cancer rectal est radio-résistant, la muqueuse rectale est radio-sensible.

b. Difficulté de l'exploration clinique, en dépit du rectoscope, du cathétérisme et de la radiographie, à telle enseigne qu'on n'est jamais certain de connaître les limites exactes du mal.

c. Situation des ganglions, toujours éloignés des tubes de radium.

A ces difficultés tenant au malade s'en ajoutent d'autres relevant d'une technique défectueuse.

a. Insuffisance de la filtration primaire et secondaire.

b. Trop courte durée d'application.

Malgré tout, on rencontre quelques cas de guérison obtenus de cette façon et se maintenant exceptionnellement depuis plusieurs années. (Husch. Schlesinger, Alglave, Bowing, Anderson, Laffont, Rubens-Duval et Appert.)

Si imparfaite que soit cette méthode palliative, elle apparaît susceptible d'être améliorée :

Un premier perfectionnement consiste à immobiliser en bonne place le chapelet radio-actif de façon à obtenir une irradiation maxima de la tumeur et une irradiation minima de la muqueuse saine.

Un second perfectionnement est la réalisation d'une excellente filtration primaire et secondaire. Plusieurs procédés ont été indiqués. Proust emploie un filtre de 2 millimètres de platine pour retenir tous les rayons β et γ mous, filtre entouré d'une mince lame d'aluminium et de caoutchouc pur exempt de toute charge métallique.

Un troisième point important est la durée d'application. Elle est d'ordinaire toujours trop courte ; elle devrait porter sur plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Enfin, il importe de désinfecter aussi soigneusement que possible le segment rectal afin d'éviter toutes complications septiques.

Méthodes des tubes nus. — Elle tend à obtenir une irradiation plus large et plus homogène. Imaginée par Janeway, elle consiste à introduire au sein de la tumeur de minuscules tubes de verre scellés à la lampe aux deux extrémités et contenant une très petite quantité d'émanation, un millicurie environ. La mise en place s'effectue à l'aide d'aiguilles qu'on implante dans la tumeur et dans la lumière desquelles ont été introduits les tubes d'émanation. Un mandrin permet de retirer l'aiguille tout en laissant le tube dans la profondeur des tissus cancéreux. Le rectoscope facilite ces manœuvres.

Cette méthode a un grand avantage. Par le grand nombre de tubes utilisés, elle permet une excellente irradiation homogène. Mais elle présente un grave défaut : l'absence de toute filtration qui crée autour de chaque tube une zone de nécrose provoquée par les rayons β, nécrose qui peut atteindre les vaisseaux et les nerfs, produire des hémorragies graves et des douleurs violentes.

Janeway et Quick ont obtenu des résultats encourageants en combinant l'emploi des « tubes nus » et des « tubes de Dominici ».

Sur 161 cas vérifiés histologiquement et traités par la méthode de Janeway, Quick relève quatorze guérisons, les plus récentes datant de cinq mois, les plus anciennes de cinq ans. Parmi les cas guéris figurent deux lymphosarcomes qui eussent disparu plus simplement par la rœntgenthérapie pénétrante.

Il convient de rappeler que les « tubes nus » demeurent indéfiniment dans les tissus. Ceci est sans importance puisque d'une part ils sont très petits ; deux millimètres de long sur un demi-millimètre de large, et que d'autre part ils perdent rapidement leur pouvoir radio-actif.

Méthode de Cesbron. — Elle consiste, pour remédier au défaut grave du « tube nu » à utiliser des aiguilles de platine chargées de radium ou d'émanation. Ce sont les aiguilles de Regaud.

Rubens-Duval et Oppert ont traité quinze cas par cette méthode. Ils eurent sept décès survenus dix-huit mois environ après le traitement. Huit malades sont actuellement vivants dont cinq non guéris. Les trois malades guéris cliniquement sont des femmes ; l'une présentait un épithélioma épidermoïde ano-rectal, la guérison se maintient depuis un an ; la seconde avait un cancer ampullaire à cellules prismatiques hautes, la guérison date de deux ans ; la troisième était atteinte d'un épithélioma cylindrique, sa guérison remonte à trois ans.

Méthode de Proust. — Frappé de ce fait que les méthodes précédentes ne visent que la tumeur et semblent négliger les ganglions, Proust proposa en 1921 l'application de tubes filtrés par décollement rétro-rectal. Les statistiques manquent, mais théoriquement cette technique marque un progrès. Il importe que les tubes soient nombreux pour produire une irradiation homogène et qu'ils n'utilisent que les rayons γ seul doués de propriétés électives.

Méthode de Brayet. — C'est une méthode mixte, à la fois radiumthérapique et chirurgicale (Schwartz, Richard, Bayet Neumann et Coryn). Elle comporte les temps suivants :

a. Création d'un anus iliaque et désinfection du rectum.

b. Opération huit jours plus tard : décollement rétro et latéro-rectal, immédiatement suivi de :

c. Radium-puncture par aiguilles de radium contenant 0966 de Ra-El, à parois de 0,5 millimètres de platine.

d. Pose de tubes de Dominici à parois de 2 millimètres de platine, entourés de caoutchouc pur, placés dans les régions ganglionnaires.

e. Extirpation du rectum quand elle est rendue possible par la curiethérapie.

Appliquée chez quarante malades, la méthode a donné huit guérisons. Sept de ces malades guéris ont pu subir l'amputa-

tion secondaire : le huitième, qui était inopérable, reste sans récidive après seize mois. Dans un seul cas l'examen histologique de la pièce opératoire a été donné : on ne trouve pas de cellules cancéreuses dans les coupes.

Méthode de Kelly. — C'est un perfectionnement de la méthode intra-rectale par chapelets de tubes filtrés. L'auteur utilise quatre portes d'entrée (sacrée, coccygienne, périnéale et pubienne) et place quatre appareils de surface analogues au « pack » de Quick maintenant les tubes à quatre pouces des téguments. Chaque porte reçoit dix grammes-heures (75 m c d).

Sur deux cents cas suivis, vingt-deux guérisons ont été obtenues, les unes après radiumthérapie pure, les autres après association de la radiumthérapie et de la chirugie.

C. Rœntgenthérapie et curiethérapie associées. — Inspirés par les essais de Kelly, de nombreux auteurs ont appliqué simultanément des tubes intra-rectaux et des rayons pénétrants, ces derniers jouant un rôle comparable à celui rempli par le « pack » de Quick ou les appareils de surface.

Perthes a ainsi obtenu deux guérisons sur cinq cas traités. Ces guérisons datent de plus de trois ans.

Pförringer utilise les rayons pénétrants et des tubes de mésothorium. Sur vingt-trois malades il n'a eu aucune guérison.

Rubens-Duval et Appert ont traité cinq cas par l'association radium et rayons. Voici les résultats.

De deux malades soignés par radiumpuncture et radiothérapie, l'un mourut un an après le traitement, l'autre est vivant mais non guéri cliniquement dix-huit mois après le traitement.

Deux autres malades qui furent traités par sonde radifère et radiothérapie moururent ou bout de six mois.

Le cinquième malade opéré et récidivé fut traité de la même façon. Il vit encore et paraît cliniquement guéri après trois ans Il était atteint d'un épithélioma cylindrique.

D. Association de la chirurgie et des radiations. — Le grande majorité des auteurs s'accorde à dire que dans les cas inopérables ou « limites » c'est l'association de la chirurgie et des rayons qui donne les meilleurs résultats.

Résumant l'opinion générale, Ernest May conseille :

1. L'établissement d'un anus iliaque gauche.
2. La radiothérapie pénétrante douze jours après l'intervention.
3. La cure radicale quatre semaines après l'irradiation.

De l'ensemble des travaux précédemment exposés paraissent se dégager les conclusions que voici :

a. Le traitement du cancer du rectum par les irradiations a fait depuis cinq ans d'incontestables progrès ; les résultats sont cependant moins bons que ceux obtenus dans le traitement d'autres cancers.

b. Toutes les fois qu'elle est possible, la chirurgie demeure supérieure à toute autre thérapeutique.

c. Dans les cas inopérables, c'est à l'association de la chirurgie et des radiations qu'il faut demander les meilleurs résultats : création d'un anus iliaque, irradiation lente et conduite aussi largement que possible, ablation de la tumeur toutes les fois que l'opération sera devenue praticable.

Discussion de la première question

M. L. Mayer (de Bruxelles). L'expérience de cent cas opérés depuis plus de trois ans amène l'auteur aux conclusions suivantes :

I. L'opération abdomino-périnéale est grave, chargée d'une forte mortalité. Elle n'améliore pas le pronostic éloigné. Ce procédé s'adresse aux tumeurs du côlon sigmoïde et non aux cancers du rectum.

II. Ceux-ci, quand ils sont haut situés, réclament une résection sacro-périnéale avec conservation du sphincter anal ; quand ils sont bas situés, ils relèvent de l'amputation cocci-périnéale.

III. La plupart des récidives se font au voisinage de l'anus ; les métastases viscérales et osseuses sont peu fréquentes, ce qui prouve que l'ablation abdominale de la chaîne ganglionnaire, théoriquement indispensable, demeure pratiquement inutile.

IV. Le cancer rectal évolue en général lentement, d'où la rareté du diagnostic précoce et la disproportion entre l'étendue des lésions et les signes cliniques.

V. Les survies de plus de cinq ans sont rares. L'auteur signale des cas guéris depuis plus de quinze ans et vérifiés histologiquement.

VI. Il préconise la technique suivante : anus iliaque provisoire, application rectale de 10 centigrammes de bromure de radium durant quarante-huit heures ; résection ou amputation basse dix jours après en position ventrale de Depage sous rachianesthésie ; fermeture de l'anus iliaque après six semaines ; vaccination qui réduit la mortalité au-dessous de 10 p. 100.

VII. La cure opératoire des hémorroïdes par le procédé de Withead est la meilleure mesure prophylactique du cancer du rectum. Le toucher rectal pratiqué systématiquement dans les cas d'hémorragies ano-rectales permettrait souvent le diagnostic précoce, et les succès opératoires deviendraient plus constants.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) a opéré 115 cancers du rectum, 58 chez l'homme, 57 chez la femme. Cette statistique s'étend sur une période de quarante neuf ans, sans compter les années de la guerre.

L'*âge* des opérés varie entre seize et quatre-vingt-trois ans, le plus grand nombre des cas concernant des sujets de cinquante à soixante-dix ans.

Variétés anatomiques. — 4 tumeurs étaient des sarcomes les 111 autres des epithéliomas cylindriques.

Siège. — 65 cas de cancers ano-rectaux et ampullaires, 49 cas de cancers sus-ampullaires, 1 cancer recto-sigmoïdien, 10 fois la cloison recto-vaginale était atteinte simultanément.

Technique. — *a.* Voie périnéale (Lisfranc) dans les cancers ne dépassant pas l'ampoule ;

b. Opération de Kraske dans les cancers sus-ampullaires.

c. Amputation abdomino-périnéale dans les cancers recto-sigmoïdiens.

C'est ce dernier procédé, imaginé par Quénu mais non encore appliqué par lui, que l'auteur a décrit à la Société de chirurgie en octobre 1896 sous le nom de sacro-iliaque et que Gaudier avait employé quelques mois plus tôt.

Résultats immédiats. — Les 115 cas ont donné 93 guérisons et 22 morts, soit une mortalité de 19.12 p. 100. Les tumeurs basses ont une mortalité de 7.25 p. 100, les tumeurs sus-ampullaires accusent un pourcentage beaucoup plus élevé, 47.8 p. 100.

Résultats ultérieurs. — *Morts tardives.* — 3 sujets atteints de cancers inopérables et traités par l'anus iliaque ont vécu un an, un an et demi et trois ans. Chez un autre malade, la récidive survint au bout de quinze mois et la mort six mois plus tard. Chez une deuxième opérée, récidive après un an, dans la cloison recto-voginale qui est largement réséquée. Six mois plus tard, prolapsus utérin traité par hystérectomie vaginale. Survie de deux ans et demi. Enfin, récidive inopérable.

Complications lointaines. — Rétrécissement de l'anus sacré et prolapsus. La première peut être traitée par la dilatation et, si celle ci est insuffisante, par une nouvelle opération. Contre le prolapsus il n'y a pas grand'chose à faire ; cependant on peut appliquer un bandage avec pelote spéciale et essayer de rééduquer l'intestin.

Résultats généraux. — *Récidives.* — L'auteur n'a pu avoir de renseignements que sur 42 opérés ; 35 fois la récidive est survenue dans un délai allant de cinq mois à six ans. Il y a eu 12 cas de survie prolongée : sept ans, douze ans et demi, treize ans, quinze ans, trente-trois ans, la mort étant survenue sans récidive du cancer, quatre ans et cinq ans chez des malades encore vivants et bien portants.

M. Zawadski (de Varsovie). En se basant sur les 40 cas qu'il a opéres et observés de 1915 à 1925, l'auteur apporte les conclusions suivantes :

1. Il faut avoir soin d'opérer précocement et de ne pas faire sans vérification les diagnostics d'hémorroïde, de polype, etc.
3. L'opération de choix est le procédé abdomino-périnéal avec ablation définitive du rectum et anus iliaque gauche définitif.
3. Il faut pousser les recherches qui permettront de découvrir les conditions dans lesquelles les malades peuvent obtenir une certaine sécurité contre les récidives et métastases.
4. Résultat du traitement par radium : les observations sont décourageantes. Au début les résultats sont bons, mais presque toujours le malade se cachectise rapidement surtout si les applications de radium ont été répétées.

M. Verhoogen (de Bruxelles), de 1909 à 1922, a opéré 143 malades dont 63 seulement ont été suivis. Sur ces 63 cas, 7 étaient considérés comme inopérables ; ils ont cependant bénéficié largement de l'intervention.

L'opération a été pratiquée par voie périnéale, 3 cas exceptés.

La mortalité immédiate a été de 20 p. 100. Il y a eu 7 guérisons définitives datant de cinq, six, douze et quinze ans, 50 récidives qui se sont produites presque toutes au voisinage du néo-rectum. A noter une récidive pelvienne et une récidive au niveau du foie.

La voie périnéale ne mérite pas une condamnation sans appel. Elle s'applique mieux que toute autre aux tumeurs bas situées ; les cancers élevés, sus-ampullaires, qu'on atteint que du bout du doigt réclament une intervention abdominale.

M. Neumann (de Bruxelles). **Deux années de radio-chirurgie du cancer du rectum.** — Cette méthode s'applique surtout aux cancers inférieurs, ampullaires et ano-rectaux. Elle comprend les temps suivants :

1. Création d'un anus iliaque.
2. Curiethérapie après établissement d'une voie d'accès.
3. Ablation de la tumeur.
4. Rœntgenthérapie pénétrante ou curiethérapie à distance en utilisant des appareils moulés de deux chocs d'épaisseur composés de cire vierge et de celluloïd et maintenant les tubes radifères à une distance prudente des téguments.

Sur 22 malades traités récemment, 11 sont morts dans les jours qui ont suivi l'opération ou à des distances variables par récidives ou généralisation ; 2 ont été perdus de vue. Il reste 9 malades vivants dont 1 commence une récidive ; les 8 autres sont cliniquemant guéris.

Sur ces 8, 7 ont pu subir une amputation secondaire ; le huitième considéré tout d'abord comme inopérable demeure guéri sans avoir subi d'opération secondaire au bout de seize mois.

M. Herzen (de Moscou) a vu, au cours d'une année, 17 cancers du rectum dont 10 opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La mortalité immédiate a été de 35 p. 100.

(A suivre.) Chastenet de Géry et Dabiau.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

(Suite)

I. Les indications des pelvitomies.

Par M. Rossier.

Indications des pelvitomies :

1° *Les rétrécissements pelviens* : Il est sage de s'en tenir à un conjugué vrai de 8 à 10 cm. 5.

La mensuration est actuellement facile et précise.

Il faut tenir compte de divers facteurs : dimensions du bassin et de la tête fœtale, lenteur de la dilatation, résistance des parties molles, caractère des douleurs, mécanisme normal ou anormal de l'engagement, calcul pour savoir si un écartement pubien ne dépassant pas 6 cm. sera suffisant au passage de la tête fœtale.

Les pelvitomies sous-cutanées ont réalisé un grand progrès en permettant d'attendre l'expulsion spontanée qui ménage infiniment mieux les parties molles de la mère.

Il faut renoncer au forceps au détroit supérieur et ne pas non plus attendre que le fœtus manifeste des signes de souffrance pour pratiquer la pelvitomie.

2° *L'excès de volume du fœtus avec défaut d'engagement de la tête* ou défaut de progression dans un bassin normal peut devenir une indication.

3° *La lenteur de la dilatation quand les eaux sont écoulées* est justiciable de la pelvitomie, qui facilite l'engagement et favorise la dilatation, quand, le bassin étant vicié, on n'a plus à compter sur la poche des eaux pour la dilatation, mais sur la bosse séro sanguine et sur le modelage si lent de la tête.

La pelvitomie est aussi indiquée quand la dilatation ne fait aucun progrès pendant 3 heures ou quand, la dilatation étant complète, la tête ne progresse pas après 3 heures de bonnes douleurs.

4° *Les présentations céphaliques défectueuees et persistantes* relèvent souvent de la pelvitomie.

5° Depuis qu'on pratique l'hébostéotomie sous cutanée *la fièvre n'est plus une contre indication.* La plaie opératoire en effet est minime et refermée immédiatement, elle se trouve en outre éloignée de la vulve.

6° *La primiparité n'est pas une contre-indication* si l'on réserve la pelvitomie pour les rétrécissements de 8 à 10 cm. 5 et si l'on attend l'accouchement spontané.

7° *Si le rétrécissement a moins de 8 cm. l'opération césarienne cervicale reprend ses droits quand il s'agit de cas fébriles.*

8° S'il y a de la fièvre d'origine génitale avec un conjugué vrai peu en dessous de 8 cm., on remplacera, dans la mesure du possible, l'opération césarienne par l'hébostéotomie, cette dernière opération ayant un pronostic plus favorable que la première.

Quand deux facteurs très défavorables (un rétrécissement sensiblement en dessous de 8 cm. et de la fièvre) se combinent on peut recourir à l'extirpation de l'utérus, à l'opération de Portes, à la fistule utéro-abdominale ou à l'opération césarienne supra-symphysaire avec tamponnement à la Mikulicz.

9° Enfin les opérations de Rotter, de Costa et de Rotter-Mangiagalli pourront être utiles lorsqu'on désire, hors de l'etat de grossesse ou après avoir pratiqué une opération césarienne, élargir le bassin d'une façon permanente.

II. Les pelvitomies, choix du procédé,

Par M. Le Lorier.

Principaux procédés :

1° Opérations destinées à produire un agrandissement temporaire de l'excavation pelvienne ou de l'un de ses détroits (symphysiotomie, hébostéotomie, l'ischio pubiotomie).

2° Opérations qui ont pour but d'obtenir un agrandissement, mais permanent du bassin sectionné : interposition entre les pubis écartés d'un coin cartilagineux osseux ou le plus souvent mixte résultant de la taille appropriée d'un lambeau pubo-symphysien ; interposition d'un greffon ostéo-cartilagineux emprunté à un autre point du squelette, ou même d'une pièce prothétique métallique ; taille judicieuse des pubis, soit par une section en partie verticale, en partie horizontale, soit par un clivage vertical, les parties ainsi dédoublées sont, après écartement, suturées l'une à l'autre ; double ischio-pubiotomie, puis luxation et fixation de toute la portion ainsi mobilisée.

3° Opérations qui visent à obtenir un agrandissement permanent du bassin sans section et donc sans ecartement, mais en s'attaquant au rétrécissement lui-même là où il est le plus accentué par un véritable « alésage. » (opération de Romala Costa, opération de Rotter).

L'opération la plus fréquemment pratiquée est l'hébostéotomie (1.137 cas retrouvés dans la littérature), la symphyséotomie vient après (552 cas). Cette dernière est d'ailleurs beaucoup plus meurtrière pour la mère.

Les pelvitomies méritent de conserver une place dans la thérapeutique obstétricale, car dans tous les procédés de traitement des dystocies pelviennes le chiffre de mortalité maternelle tend à s'abaisser de 3 à 1,5 pour 100. Les pelvitomies donnent plus de mortalité fœtale (7 à 8 pour 100) que les hystérectomies (5 pour 100), mais ce pourcentage dans les pelvitomies doit être abaissé par un meilleur choix des cas.

De plus : 1° elles laissent un utérus intact ; 2° elles améliorent un peu le bassin elles sont à la rigueur réalisables en cas d'urgence, dans des conditions médiocres de milieu et d'assistance.

On objecte que la mortalité n'est pas tout et que les complications post-operatoires suffiraient par leur importance et leur fréquence à faire rejeter les pelvitomies : hémorragies, hématomes, lésions vaginales, urétrales, vésicales, phlébite, suppuration de la plaie, accidents infectieux divers, incontinence d'urine, troubles de la marche, prolapsus, hernies.

Malgré cela, le rapporteur estime qu'il y a lieu de conserver les pelvitomies. Il croit l'hébostéotomie supérieure à la symphyséotomie parce que : 1° elle substitue une plaie osseuse à une plaie articulaire ; 2° sa technique est plus facile et s'adresse à des zones moins dangereuses ; 3° les accidents immédiats et éloignés sont plus rares ; 4° la mortalité maternelle et fœtale est plus faible ; 5° en cas d'intervention itérative, on peut changer de côté.

La mortalité maternelle s'abaisse de 4,7 pour 100 à 2,85 pour 100 en employant la voie sous-cutanée.

Pour qu'une pelvitomie donne de bons résultats il faut : 1° qu'elle soit pratiquée au moment opportun sur un terrain pas trop infecté ; 2° que la section du bassin soit faite avec toutes les précautions voulues pour ne léser aucun organe important ; 3° que l'hémostase soit suffisante ; 4° que l'écartement soit aussi limite que possible de façon à respecter l'intégrité des articulations sacro-iliaques, du périnée pré et péri-urétral et des parties molles en général ; que l'accouchement ait lieu autant que possible spontanément ; que les lésions résultant de l'intervention soient réparées de suite et le mieux possible.

L'insuffisance ou l'arrêt de la dilatation, bien loin de constituer une contre-indication a la pelvitomie, est, au contraire, une raison d'en hâter l'exécution : lorsque chez une femme en travail, ayant un détroit supérieur rétréci, la poche des eaux se rompt, il faut faire une pelvitomie si deux heures après la rupture des membranes la présentation ne vient pas appuyer sur l'orifice utérin et le dilater, malgré de bonnes contractions utérines.

VARIÉTÉS

Louis DUMUR

La Croix Rouge et la Croix Blanche (ou la guerre chez les Neutres). Albin Michel, éd.

Louis Dumur, avec ténacité et puissance, nous donne des romans impressionnants sur la guerre. Ce bel écrivain de la Suisse Romande aime la France d'un grand amour. Sa position lui a permis d'accumuler les renseignements pendant les hostilités. Surveillant la presse neutre, surveillant particulièrement son pays où tant d'intrigues se nouaient, il a su les choses les plus secrètes. Il nous les a révélées avec un art presque hallucinant. *Nach Paris, le Boucher de Verdun, les Défaitistes*, ont fait sensation à leur parution. Dumur nous promet encore *Dieu protège le Tsar*, roman sur la Russie tsariste : *Les Loups rouges*, roman sur la Russie soviétique : *La Victoire*, roman de 1918. L'œuvre sera ainsi considérable et l'auteur aura droit à notre reconnaissance.

Quand j'eus commencé son dernier : *La Croix Rouge et la Croix Blanche*, il m'a fallu, d'une seule traite, aller jusqu'au bout, risquant et supportant les réprimandes conjugales. Ce roman grouille d'une vie ardente, comme les précédents de ce peintre des foules, et l'intensité des heurts de sentiments dans les deux moitiés d'un peuple neutre nous paraît vraiment dramatique.

Voici la Suisse du début de juillet 1914. C'est la fête de la Confédération à Genève. Dumur nous en décrit les enthousiasmes et les splendeurs. Au banquet officiel, le Président Hoffmann chante l'union des civilisations germanique et latine.

« Tout homme d'Etat, digne de ce nom, dit-il, tout patriote sincère s'applique à prévenir les conflits. Il voit dans la conciliation des deux mentalités, des deux civilisations, le gage d'incessants progrès. Il ne ménage aucun effort pour resserrer toujours plus les liens entre les deux parties de la Suisse, entre Latins et Germains, et pour faire porter à cette heureuse union tous ses fruits. Nous parlons allemand, nous parlons français, nous parlons italien. Mais nous pensons suisse, et nous travaillons tous ensemble et dans une foi commune à l'élargissement du droit humain. »

Bobards ! dirait Campagnou. La guerre éclate et voici *les deux Suisses* immédiatement dressées l'une contre l'autre. L'armée et la Haute Administration sont germanophiles et cette germanophilie devient aussitôt indécente. Dumur nous montre l'Etat-Major suivant avec une joyeuse passion l'avance des armées allemandes et se désolant de la bataille de la Marne. « La France n'avait qu'à rester neutre et qu'à rompre son alliance immorale avec la Russie ce qui aurait tout arrangé. Quant à la Belgique, elle n'avait qu'à laisser passer tranquillement les armées allemandes, comme la proposition très honorable lui en a été faite ». Les ordres du jour du général Wille sont effarants. Il y fait l'éloge du « drill » et participe aux victoires allemandes. Comme par hasard, l'armée suisse est mise en position défensive surtout contre la France ; elle sera en partie licenciée et la frontière nord dégarnie au moment même où l'Etat-Major prussien songe à violer la Suisse. A Berne, le jour d'une victoire allemande, la foule animée assiège sous la tour de l'horloge le gros pilier où sont affichées les nouvelles, et commente les évènements avec une bourdonnante satisfaction. Quand c'est une victoire française, c'est presque le vide. Une censure implacable jugule la presse. « Défense d'offenser l'Allemagne, sous peine des plus sévères répressions, tel était le sens réel des décrets dont le texte officiel avait l'air de signifier : défense de porter atteinte à la neutralité. De fait

les rigueurs de la quadruple censure ne s'exerçaient que d'un seul côté. On faisait retirer des vitrines romandes les cartes postales représentant Joffre, alors que s'étalaient dans tous les kiosques et magasins de la Suisse allemande les portraits du kaiser, du Kronprinz et des généraux allemands. On interdisait les conférences sur Louvain et sur Reims. On saisissait la brochure Bédier sur les atrocités allemandes et celle de Reiss sur les atrocités austro-hongroises. On défendait le transport et l'exposition du livre *J'accuse*. On prohibait des documents officiels, comme la traduction allemande des rapports belges sur les violations du droit des gens. On interdisait l'emploi de certaines expressions jugées anti-neutrales et offensantes pour la dignité helvétique, telles que le mot « poilu ». On faisait des descentes chez les imprimeurs ; on confisquait des tirages ; on fourrait des écrivains au cachot... etc... » La Suisse romande, brimée, est, elle-même divisée en : *francophiles* dont les chefs étaient le colonel Secretan, directeur de la *Gazette de Lausanne* le vaillant et spirituel Philippe Godet, l'excellent romancier Benjamin Valloton, le dramaturge René Morax, le juriste André Mercier, le député Frédéric de Rabours, les brillants journalistes Albert Bonnard et Maurice Muret, le philosophe Millioud, l'ancien bâtonnier Vuille : *Neutralistes* qui se prévalaient de Bigorneau-Wagnière, de Paul Seippel, du fuyant et avantageux Bernard Bouvier, d'Ernet Bovet : *Germanophiles* : « c'étaient deux ou trois officiers supérieurs, des financiers, un venimeux publiciste, fils d'un ancien directeur du *Journal de Genève*, des diplomates à l'étranger, le ministre de Suisse à Berlin, M. de Claparède, le ministère de Suisse à Londres, M. Carlin etc... »

Tout ceci comptait peu en regard des énormes bataillons de la Suisse allemande. Les chefs en étaient tous ceux qui détenaient une part de la puissance civile et militaire, et, au-dessus d'eux, les conseillers fédéraux Hoffmann, Schalthess, Ferrer, Müller, le général Wille et son Etat-Major omnipotent. C'étaient la guerre entre les deux Suisses, mais combien à l'avantage de la Suisse germanique. A Bâle, la police arrêtait un déserteur alsacien et le livrait à la gendarmerie allemande. La position du Reusenstein, d'importance stratégique considérable pour la défense contre l'Allemagne, était négligée... et les travaux qui s'y exécutaient étaient tous tournés... du côté de la France. La Suisse officielle aidait nos ennemis à déchiffrer nos dépêches. Les bulletins confidentiels de l'Etat-Major, suisse, résumant tous les renseignements obtenus à toutes les frontières et à toutes les légations, étaient communiqués par les soins d'Egli et de Wattenwyl, aux deux attachés militaires d'Allemagne et d'Autriche, le major von Bismarck et le major von Einem, qui en faisaient l'objet de dépêches chiffrées à leurs grands quartiers respectifs. Louis Dumur nous apprend même cette chose prodigieuse : Il y avait, au service des renseignements de l'Etat-Major suisse un homme extraordinaire, doué d'un talent de déchiffreur d'écritures secrètes qui confinait au génie. C'était un Polonais galicien naturalisé suisse, qui s'appelait le docteur Lan-

gie et qui était, dans le civil, bibliothécaire à la Faculté libre de théologie de Lausanne. Sa connaissance des langues, son intelligence, surtout sa prodigieuse divination cryptographique faisaient de lui un instrument remarquable et peut-être unique en Europe. On le mit sur les dépêches que l'attaché militaire russe à Berne, le colonel Golovane, échangeait avec son gouvernement. Ces dépêches déchiffrées étaient ponctuellement remises à von Bismarck. « *Il arriva même que les Allemands, enchantés, transmettaient de Berlin à Berne des cryptogrammes russes que leurs services étaient incapables de déchiffrer, et que le génial Langie traduisait avec la même maestria que les autres* ». Quand le fameux « scandale des colonels » éclata, on fit tout pour l'étouffer et la justice eut pour mission de laver les coupables.

Jusqu'au bout, le livre de Dumur est poignant d'intérêt. Il nous montre les dessous de l'Agence des Prisonniers de Guerre de la Croix-Rouge, la naissance du défaitisme à Zimmerwald, la façon enfin dont l'Allemagne a monté de toute pièces le bolchevisme par la collusion entre la légation du Reich à Berne et Lénine, etc..

Ceux que la guerre intéresse et ils sont plus nombreux qu'on veut bien le dire, liront avec émotion le beau livre de Louis Dumur.

Paul Voivenel

BIBLIOGRAPHIE

Les Cités d'Art. Chaque ouvrage de cette collection publiée sous la direction d'Armand Dayot est un véritable pèlerinage d'art, d'histoire et d'érudition à travers les richesses, les beautés et le pittoresque des cités qui ont été, pendant des siècles, à la tête des tendances architecturales ou artistiques.

Ont déjà paru : *Rouen*, par R. Hénard. — *Bruges*, par D. Dumont-Wilden. — *Paris* : L'Art à Paris à travers les âges, par M. Poëte. — *Paris* : Les Thermes et les Arènes. — Le Palais et Notre-Dame. — Anciennes Eglises, par Marcel Poëte. — *Paris* : Palais et hôtels. — Places et avenues. Nouvelles églises, par Marcel Poëte.

Chaque volume orné de 24 illustrations hors texte et sous couverture illustrée : 12 fr. Editions Nilsson, 8 rue Halévy, Paris,

Les mécanismes subconscients, par Georges Dwelshauvers. 1 vol. in-16 de la Bibliothèque de Philosophie Contemporaine. 9 fr. (Librairie Félix Alcan.)

L'A. expose ses résultats sur la question si controversée de l'*image mentale*, qu'il a abordée avec des méthodes nouvelles et objectives. Il est parvenu à établir les rapports entre l'image mentale et les mécanismes de régulation moteurs.

Quel est le rôle des *attitudes motrices* dans la genèse de l'image mentale ? Inversement, quelle est l'indépendance des mécanismes moteurs par rapport à l'ordre de mouvement ?

Problèmes très importants, et pour la connaissance des rapports entre mécanismes subsconscients et activité consciente, et pour les applications de cette étude dans le domaine de la pédagogie expérimentale et de l'orientation professionnelle.

Collection **Les Beaux Pays.** Magnifiques ouvrages in-4, imprimés en deux teintes sur papier mat, teinté, spécialement fabriqué pour les volumes de cette collection Typographie en caractères neufs, la plus riche illustration qui se puisse imaginer : 180 héliogravures par volume dans le texte et en hors texte. Couverture en couleurs reproduisant en fac-similé, sur papier mat à grains, une aquarelle de Maître.

Viennent de paraître : Henri Ferrand : **La route des Alpes** (De la Méditerranée au Leman). Dans une édition parue en 1921, H. Ferrand avait présenté la Route des Alpes, du Leman à la Méditerranée. Mais depuis lors certains cols ont été ouverts à la circulation, et une refonte s'imposait. C'est donc un texte entièrement nouveau.

C. Holland : **La Belgique** (T. I.). L'ouvrage comprendra deux volumes vendus séparément. Le premier volume conduit sur les plages belges et à Bruges, Gand, Dixmude, Ypres, etc. Le deuxième volume, qui paraîtra l'an prochain, évoquera Anvers, Louvain, Namur etc.

G. Faure : **La route des Dolomites.** Ce volume admirablement

imprimé peut être considéré comme un des plus beaux des **Beaux Pays.**

Prix de chacun de ces volumes ; sur papier mat, broché : 18 fr Sur hollande numéroté 40 fr.

Pour paraître avant la fin de l'année : G. Faure : **Rome**. R. Blanchard : **La Corse.** Editions J. Rey 23, Grande Rue, Grenoble.

Les Champignons dans la nature, par J. Jaccottet. Illustré de 76 planches en couleurs de Paul Robert, fils et de 47 dessins à la plume du Dr E. Jaccottet. Préface de Ch.-E. Martin. Editions Delachaux et Niestlé S. A. 26, rue Saint-Dominique, Paris.

L'auteur s'est surtout attaché à mettre en garde contre toute confusion possible, indiquant pour chaque champignon comestible ses sosies vénéneux ou suspects, faisant ressortir les caractères qui les différencient ; de nombreux croquis du Dr E. Jaccottet précisent ces descriptions.

Ce volume est puissamment animé par les planches en couleurs de M. Paul Robert, fils. Présenter chaque champignon avec ses caractères spécifiques, afin d'éviter toute confusion — qui pourrait être dangereuse — et cependant le laisser dans son milieu, l'entourer des plantes et des fleurs qui croissent avec lui ; le faire sortir en quelque manière du terrain où vous le trouverez, lui donner ses teintes et ses poses « naturelles » : l'artiste s'est joué de ces difficultés.

Voici le plan général du volume.

Préface introduction : Histoire, croyances populaires. — Distinction des champignons vénéneux et comestibles. — Récolte, préparation, conservation. — Utilisations diverses. — Champignons nocifs. — Culture par l'homme et par les fourmis.

Les champignons dans la nature : Leur situation parmi les êtres. — Classification élémentaire. — Tableau des familles des Basidiomycètes. — Tableau des principaux genres des Agaricacées.

Description détaillée des genres et des espèces : Confusion entre les espèces comestibles et vénéneuses. — Recettes culinaires. — Description de 300 espèces avec croquis.

Table des principaux auteurs, avec abréviations usitées.

Table alphabétique des noms français et latins avec indications des planches.

76 *planches en couleurs* avec les noms français et latins et l'indication de *comestibles, vénéneux* ou *suspects.*

Conditions de souscription jusqu'au 31 octobre, fr. 65, payables à la souscription. Le prix de l'ouvrage sera porté à 80 fr. à la mise en vente.

CHEMINS DE FER DE L'ÉTAT ET SOUTHERN RAILWAY

Pour se rendre en Angleterre.

Avec le maximum de confort. — Avec ***le minimum de dépense.***

Prendre la ligne : Paris-Saint-Lazare à Londres, par Dieppe-Newhaven.

Services rapides de jour et de nuit tous les jours (dimanche et fêtes compris) et toute l'année.

Grands et puissants paquebots à turbines munis de postes de T.S.F. ouverts à la correspondance privée.

Transbordement direct entre les trains et les paquebots à Dieppe et à Newhaven.

Les voyageurs de 1re et de 2e classe, porteurs de billets d'aller et retour de Paris et Rouen à Londres, via Dieppe-Newhaven ont la faculté d'effectuer leur voyage de retour via Southampton-Le Havre, sans supplément de prix. Cette facilité s'étend aux voyageurs des mêmes classes de la ligne Le Havre-Southampton, qui désireraient revenir par Newhaven-Dieppe.

Interprètes : Des interprètes en uniforme sont à la disposition du public à l'arrivée et au départ des trains-paquebots, dans les gares de Paris-Saint-Lazare et de Londres-Victoria.

FONDÉ EN 1873. — N° 43. Le Numéro : 50 Centimes 24 OCTOBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. — *19 octobre.* — M. BILLAUT (J). De la mort subite ou suspecte. — M. CARREGA (N.). Essai de la chirurgie des tumeurs péripharyngées.

(Thèses vétérinaires.) — M. MANOURY. Au berceau d'une race. — M. THORY. Ferrure du cheval.

20 octobre. — M. POTEAU (V.). Etude du traitement des tumeurs malignes du larynx. — M. JESOYER (Ch.). Etude sur quelques cas de sacro-coxalgie. — M. CHASTANG. Etude sur le traitement des fractures récentes fermées. — M. AUROUSSEAU. Tumeurs malignes du testicule. — M. DEHERGNE (P.). Traitement du moignon dans l'opération de l'appendicite à froid.

M. CNUDDE (A.). L'ulcus gastro-duodénal et l'insuffisance rénale. — M. TERRIS. Sténoses fonctionnelles du duodénum. — M. GARNIER (Marcel) La méningo-épendymite du nourrisson. — RUSESCO (A.). Etude sur le développement de la taille chez le nourrisson.

M. MARQUET. La crise cataméniale. — M. POULET (R.). Température, tension artérielle après la ponction lombaire. — M. BUCQUET (Pierre). La mastite syphilitique. — Mlle HARMELIN. Etude du chimisme gastrique chez le nourrisson.

(Thèses vétérinaires.). — M. CAPDEBIELLE. L'élevage au Maroc région de Fez).

21 octobre. — (Thèses vétérinaires.) — M. LOTARD. Rapports sur les animaux domestiques. — M. BONNEMAISON. Avantages de la scie-fil dans quelques dystocies fœtales.

Hôpital Beaujon. (Professeur : M. CARNOT.) — CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Six conférences, du lundi 26 au samedi 31 octobre, tous les matins, à 10 heures.

Notions nouvelles et démonstrations pratiques sur la pathologie de la vésicule biliaire.

Lundi 26 octobre. — M. le professeur Carnot : Les techniques d'exploration ; les notions nouvelles sur la physiologie de la vésicule biliaire.

Mardi 27 octobre. — M. le professeur Carnot : Les infections biliaires ; les porteurs de germes biliaires, typhose et lambliose vésiculaires. Les cholécystites et péricholécystes.

Mercredi 28 octobre. — M. le docteur Libert : La lithiase vésiculaire ; les calculs pariétaux ; la cholestérine vésiculaire.

Jeudi 29 octobre. — M. le docteur Libert : cancer vésiculaire ; cytologie biliaire.

Vendredi 30 octobre. — M. le docteur Vignal : Les notions nouvelles sur la radiologie de la vésicule.

Samedi 31 octobre. — M. le professeur agrégé Mathieu : Les notions nouvelles en chirurgie vésiculaire ; la physiologie des cholécystectomisés.

XXXVe Congrès de l'Association Française de Chirurgie. — Le XXXVe Congrès se réunira à Paris en 1926, le premier lundi octobre.

Le bureau sera ainsi constitué : président, M. J.-L. Faure ; vice-président, M. Bégouin (de Bordeaux) : secrétaires : MM. Peraire, Mouchet, Chifoliau et Deniker.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes ;

Pathologie des ménisques du genou. — Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. — Rapporteurs ; MM. Tuffier (de Paris) et Chavannaz (de Bordeaux).

Traitement des arthrites gonococciques en évolution. — Rapporteurs : MM. Mondor (de Paris) et Michel (de Nancy).

Assistants de consultation. — « Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique à Paris seront vacantes au 1er janvier 1926. Les docteurs en médecine comptant 4 années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au Bureau du Service de Santé de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, à Paris ».

Hôpital Laënnec. — Service du Dr Henri BOURGEOIS : *La diathermie en oto-rhino-laryngologie.* — Le Dr H. BOURGEOIS, avec la collaboration du Dr G. POYET, commencera, le lundi 19 octobre 1925, une série de 8 leçons.

Ce cours, dont le nombre des auditeurs est limité à six, aura lieu tous les matins, à 10 h. 30, et, en outre, le 19 et le 21 octobre, à 16 heures.

Programme du cours : 1. Principes électriques. 2. Appareils de diathermie. 3. Physiopathologie, techniques. 4 Tumeurs. 5. Tuberculose des premières voies respiratoires. Lupus. 6. Amygdalites chroniques. 7. Rhinite hypertrophique, synéchies nasales, oblitérations choanales, polypes naso-pharyngiens. 8. Sténoses vélo-pharyngées.

Les deux premières leçons seront faites par M. Walter, ingénieur E. S. E.

Prix du cours, 300 fr. — S'adresser au Dr G. POYET.

Hôpital Tenon. — *Cours spécial de curiethérapie et de radiothérapie pénétrante.* — Le docteur PROUST, chirurgien de l'Hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs COLIEZ, DARBOIS, HUFNAGEL, HOUDARD, MALLET, MAURER, PSAUME et DE NABIAS, commencera, le lundi 16 novembre 1925, à 10 heures du matin, à l'*Hôpital Tenon* (salle Dalloz), et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences suivies d'applications pratiques concernant :

La curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.

1re *Leçon.* — Lundi 16 novembre. M. PROUST. Principes généraux de la curiethérapie. — Travaux pratiques : M. MALLET, Les minéraux radio-actifs. Les phénomènes de radio-activité, rayons Alpha, Bêta, Gamma. Descendance du radium. — 2e *Leçon.* Mardi 17 novembre, M. PROUST, Principes généraux de la radiothérapie pénétrante. Action des radiations sur les tissus. — Travaux pratiques : M. MALLET, Démonstration sur les décharges dans les gaz raréfiés (tubes à rayons X) — 3e *Leçon.* Mercredi 18 novembre, M. MALLET. Le rayonnement Gamma. Sa mesure, ses propriétés physiques et biologiques. — Travaux pratiques : M. MALLET, Les mesures en radio-activité. — 4e *Leçon.* Jeudi 19 novembre, M. MALLET. L'instrumentation curiethérapique. Son utilisation. Principes de dosimétrie. — Travaux pratiques : M. MALLET, Détermination ionométrique du rayonnement Gamma dans les tissus. — 5e *Leçon.* Vendredi 20 novembre, M. COLIEZ. Les appareils de radiothérapie pénétrante. Les sources de courant à haute tension. Interrupteurs et bobines. — Travaux pratiques : M. COLIEZ, Etude pratique des appareils de radiothérapie pénétrante. Mise en marche des appareils. — 6e *Leçon.* Samedi 21 novembre, M. COLIEZ. Des appareils de radiothérapie pénétrante (*suite*). Contacts tournants. Tension constante. — Travaux pratiques : M. COLIEZ

Entretien des appareils. Etude pratique des principaux incidents de fonctionnement. Dépannage. — 7e *Leçon*. Lundi 23 novembre, MM. Mallet et Psaume. Les techniques de curiethérapie superficielle et profonde par foyers externes. — Travaux pratiques : M. Mallet. Construction et emploi des appareils à foyers radioactifs externes. — 8e *Leçon*. Mardi 24 novembre, M. Mallet. Détermination de la qualité et du pouvoir de pénétration des rayons X. Applications biologiques et thérapeutiques. — Travaux pratiques : M. Mallet. Etude spectrographique du faisceau. Détermination de la longueur d'onde moyenne. — 9e *Leçon*. Mercredi 25 novembre, M. Coliez. Etude des lois de la répartition du rayonnement X dans les tissus. Mesures pratiques du rayonnement X et de son absorption. Ionométrie. Technique générale des applications thérapeutiques. Travaux pratiques : M. Coliez. Expériences pratiques sur la loi du carré des distances, la diffusion, l'absorption. — 10e *Leçon*. Jeudi 26 novembre, M. Coliez. Etude de la répartition rayonnante dans les applications curiethérapiques internes. Techniques de radiothérapie et de curiethérapie profondes. — Travaux pratiques : M. Coliez. Recherches du taux de transmission en profondeur d'une installation de radiothérapie suivant différents localisateurs et filtres. — 11e *Leçon*. Vendredi 27 novembre, M. Hufnagel. Technique générale des biopsies. — Travaux pratiques : M. Hufnagel, Fixation d'une biopsie. Congélation et examen extemporané. Inclusion, à la paraffine. Coloration des préparations. — 12e *Leçon*. Samedi 28 novembre, M. Hufnagel, Les examens de laboratoire dans le diagnostic et le traitement des tumeurs — Travaux pratiques : M. Hufnagel, Examen des coupes au microscope et projections. Ce cours est gratuit, mais les élèves désireux de prendre part aux démonstrations pratiques auront à verser un droit de 150 francs. — Se faire inscrire le matin au laboratoire de curiethérapie de l'hôpital Tenon (salle Duflocq).

13e *Leçon*. Lundi 30 novembre, M. Maurer. Les indications du traitement curiethérapique dans le cancer de la prostate et de la vessie. — Travaux pratiques : M. Maurer. Examens cystoscopiques de vessies de malades atteintes de néoplasmes utérins et de lésions vésicales. — 14e *Leçon*. Mardi 1er décembre, M. de Nabias. Curiethérapie du col de l'utérus. — Travaux pratiques : M. de Nabias, Démonstration technique des applications de radium pour cancer du col. Résultats anciens, présentation de malades.

15e *Leçon*. Mercredi 2 décembre, M. Houdard, Technique de l'application abdominale du radium dans le cancer du col de l'utérus. — Travaux pratiques : M. Coliez, Mise en traitement par la radiothérapie d'une malade atteinte de cancer du col. Application de curiethérapie à distance par champs localisés pour cancer du col. — 16e *Leçon*. Jeudi 3 décembre, M. de Nabias, Traitement du cancer de la langue. — Travaux pratiques : M. de Nabias. Démonstration de la technique des applications de radium dans le traitement du cancer de la langue. Résultats anciens. présentation de malades. 17e — *Leçon*. Vendredi 4 décembre, MM. Mallet et Psaume. Radiothérapie et curiethérapie des tumeurs cutanées. — Travaux pratiques : M. Mallet, Présentation de malades traités. Indications techniques. — 18e *Leçon*. Samedi 5 décembre, M. de Nabias, Curiethérapie du cancer du rectum. — Travaux pratiques : M. de Nabias, Curiethérapie du cancer du rectum. Présentation de malades. — 19e *Leçon*. Lundi 7 décembre, M. Coliez, Radiothérapie des splénomégalies et de la lymphogranulomatose. — M. Mallet, Curiethérapie dans les tumeurs des organes hématopoïétiques. — Travaux pratiques : M. Coliez, Technique de traitement dans les splénomégalies et la lymphogranulose. Présentation de radiographies et de malades traités.

20e *Leçon*. Mardi 8 décembre, M. de Nabias, Curiethérapie du cancer du sein et du cancer de l'œsophage. — Travaux pratiques : M. de Nabias, Applications de radium et démonstrations techniques. Résultats anciens. Présentation de malades. — 21e *Leçon*. Mercredi 9 décembre, M Proust, Radiothérapie des sarcomes. — Travaux pratiques : M. Mallet, Présentation de clichés radiographiques de tumeurs et d'ostéo-sarcomes. 22e *Leçon*. — Jeudi 10 décembre, M. Darbois. Traitement radiathérapique des fibromes de l'utérus. — Travaux pratiques : M. Darbois, Visite du laboratoire central de radiologie de l'hôpital Tenon. Traitement d'un fibrome. — 23e *Leçon*. Vendredi 11 décembre, M. Mallet, Accidents locaux et généraux dus aux irradiations. — Travaux pratiques : M. Mallet. Séance de projections. — 24e *Leçon*. Samedi 12 décembre, M. Proust, Les indications de la radiothérapie dans le goitre exophtalmique et les adénopathies bacillaires. — Travaux pratiques : M. Darbois, Traitement du goitre exophtalmique et des adénites bacillaires. Présentation de malades et indications techniques.

Bureau d'hygiène de Vitry. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour Vitry-sur-Seine.

Le traitement alloué est fixé à 18.000 fr. par an. Augmentation triennale de 1.500 fr. Inspection des écoles, 2.000 fr. Interdiction de clientèle privée.

Les candidats ont un délai de vingt jours, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes.

Inauguration d'un dispensaire antituberculeux à Lyon. — Lundi 12 octobre, fut inauguré le nouveau local du dispensaire du IIIe arrondissement, situé 5, rue Rachais en plein quartier populeux de la Guillotière, cette cérémonie fut présidée par M. Herriot, maire de Lyon.

Elle donna l'occasion au Prof. Paul Courmont, entouré de ses collaborateurs, de développer devant les notabilités présentes, les considérations qui motivent l'extension et la multiplication des dispensaires antituberculeux en fournissant des chiffres précis qui montrent bien la diminution de la mortalité tuberculeuse dans les quartiers pourvus de cet organisme de lutte.

Le Maire de Lyon répondit en assurant l'œuvre des dispensaires de toute sa sollicitude et de celle du Conseil Municipal pour soutenir, encourager et développer l'institution.

Une visite détaillée des différentes parties du service fit voir aux invités combien l'organisation d'un local de dispensaire comporte de simplicité pratique et peut atteindre avec des moyens peu compliqués des résultats importants dans leur ensemble.

Cette inauguration, fut un réconfort pour tous ceux, qui, médecins, visiteuses, hommes publics, s'intéressent au problème de la lutte antituberculeuse.

E. P.

TRAVAUX ORIGINAUX

La tétanie par hyperpnée

Par R. TURPIN.

L'histoire de la tétanie par hyperpnée débute avec les recherches de Collip et Backus (1), de Grant et Goldmann (2). Avant ces expérimentateurs, sans doute, étaient connues les contractures que détermine la respiration forcée, mais ce sont eux qui eurent le mérite de montrer presque simultanément que les phénomènes neuro-musculaires provoqués par une hyperventilation pulmonaire suffisamment prolongée étaient analogues à ceux de la tétanie.

Collip et Backus n'observèrent ces symptômes que sur quelques-uns des sujets qui s'étaient prêtés à leurs expériences. Grant et Goldmann purent réaliser cette tétanie expérimentale avec signes de Chvosteck, d'Erb, de Trousseau sur les vingt-quatre sujets qu'ils étudièrent.

Au cours de leurs expériences, même, survint un spasme tétanique généralisé d'une durée de trente secondes, sans conséquences graves.

Ces études furent également poursuivies à l'étranger par Davis, Haldane et Kennaway (3), par Freudenberg et Gyorgy et en France par G. Bourguignon, Ch, O. Guillaumin et nous-même (5).

Les conséquences chez l'homme de l'hyperpnée volontaire et prolongée sont intéressantes en particulier à deux points de vue.

D'une part, en effet, cette épreuve est venue enrichir l'histoire des tétanies expérimentales et c'est ce fait que je me suis efforcé de mettre en valeur dans une monographie récente (7).

D'autre part, elle a donné aux neurologistes un nouveau moyen d'investigation clinique, car les malades atteints d'une affection du système nerveux réagissent à l'hyperpnée suivant des modalités diverses, fonction des lésions qu'ils présentent. MM. G. Guillain, Th. Alajouanine et Thévenard (12) ont d'ailleurs montré dans une communication récente la valeur de cette méthode dans l'étude de l'épilepsie, et M. H. Claude, H. Codet, M. Cénac et M. Montassut (13) ont appliqué cette épreuve au diagnostic de l'épilepsie psychique.

Ce mode d'investigation, d'après les conclusions de Joshua Rosett (8) basées sur plus d'un million d'essais, est entièrement inoffensif quand on l'utilise de façon judicieuse. Une réserve cependant doit être faite pour l'épilepsie en raison des accès que cette épreuve peut déterminer.

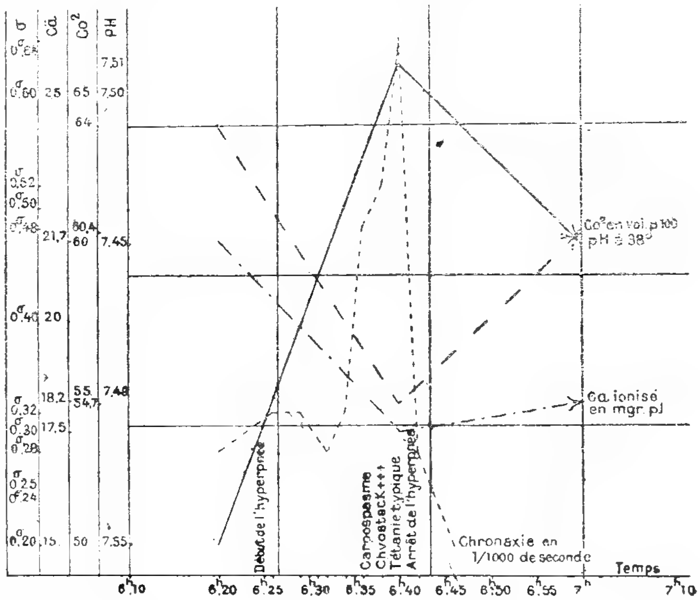
Il est intéressant de remarquer que ces études ont permis d'interpréter avec exactitude certains faits observés en pathologie humaine. Des observations incontestables montrent que de façon exceptionnelle, l'encéphalite léthargique peut déclancher des accès de tétanie par le mécanisme de l'hyperpnée. Une telle éventualité est rapportée en effet dans les observations de Barker et Sprunt, de Hass, de H. Anderson et Stanley Graham.

Ces derniers auteurs en particulier ont pu écrire : « J. S..., âgée de cinq ans, fut admise avec une hyperpnée marquée consécutive à une encéphalite léthargique antérieure de quelques mois. A l'acmé de l'hyperpnée, celle-ci datant d'environ deux mois, apparut un signe de Chvosteck.... »

***

Les caractères de la tétanie par hyperpnée sont actuellement assez bien définis. Notons cependant que des variations individuelles importantes peuvent être observées et que la fréquence des symptômes semble fonction de l'entraînement du sujet. Celui-ci étant placé dans le décubitus dorsal doit faire des inspirations aussi profondes que possible suivies d'une expiration forcée. Les symptômes consécutifs sont d'autant plus rapides que le rythme respiratoire est plus accéléré.

Des impressions subjectives sont tout d'abord perçues. C'est une sensation de fourmillements qui débute toujours au niveau de l'extrémité distale des membres supérieurs, puis qui gagne la face externe des jambes et les pieds. A ce moment survient en général une trémulation légère et transitoire des paupières et des peaussiers de la face, surtout à droite ; parfois même apparaissent au niveau des mains quelques mouvements involontaires de caractère athétosique. Mais rapidement se modifie l'attitude des mains ; celles-ci étant légèrement fléchies sur l'avant-bras, les doigts en extension s'infléchissent, le pouce surtout, vers la face palmaire. Bientôt les doigts sont étendus, serrés les uns contre les autres, l'articulation métacarpo-phalangienne est légèrement fléchie, le pouce est entraîné en adduction forcée vers la paume de la main creusée en gouttière ; cette attitude réalise l'aspect dénommé par Trousseau « en main d'accoucheur ».



Ces symptômes apparaissent en moyenne dix à quinze minutes après le début de l'hyperpnée. En même temps on observe un signe du facial total et bilatéral et un pedo-spasme souvent intense au point de rendre intolérable le port des chaussures : cambrure de la face dorsale du pied alors que les orteils se fléchissent vers la plante creusée en gouttière ; exagération des réflexes tendineux, clonus du pied et de la rotule.

Parallèlement se modifie la physionomie du sujet ; le masque, du fait de la contracture des muscles de la face, prend un aspect figé. Les fentes palpébrales, à droite surtout, sont rétrécies et la contracture de l'orbiculaire labial ébauche le signe du « museau de carpe » d'Escherich. Il en résulte un certain degré de gêne de la parole,

encore accentué par l'irritation laryngo-trachéale que détermine l'hyperpnée.

Un quart d'heure environ après le début de l'expérience ces différents symptômes sont des plus nets. Le mouvement volitionnel est d'autant plus entravé que la rigidité musculaire est plus marquée. A mesure que celle-ci s'accentue, les réflexes tendineux tout d'abord exagérés sont de plus en plus difficiles à mettre en valeur. Les réflexes cutanés sont légèrement exagérés.

Mais en même temps que ces troubles de la motilité volontaire et réflexe, sont observés des troubles de la sensibilité. Le sujet éprouve une sensation d'engourdissement, de contracture au niveau des membres. Cette dernière est en général assez atténuée, parfois cependant elle s'exagère, devient intolérable, s'accompagne au niveau d'une articulation d'une impression d'arrachement, de rupture, à tel point douloureuse que l'expérience ne peut être poursuivie. Par ailleurs est exagérée la sensibilité au tact, à la douleur, à la chaleur, au froid.

De façon assez précise le sujet se plaint d'étourdissements, de vertiges, il chancelle, s'il est demeuré debout, mais ces impressions sont très légères si l'épreuve est effectuée dans la station couchée. Par contre assez précoce est la diminution modérée du pouvoir d'attention, et d'une façon plus générale, de la conscience même du sujet soumis à cette épreuve.

A ce stade cependant un sujet résistant et entraîné peut poursuivre plus longtemps l'hyperpnée volontaire. Les contractures s'exagèrent encore, les mains se placent en pronation forcée, les avant-bras sont fléchis à l'extrême sur les bras qui sont appliqués contre le thorax.

Dès que l'hyperpnée est suspendue les contractures s'atténuent. Toutefois durant cinq à dix minutes environ, la face conserve son aspect figé; les extrémités distales des membres supérieurs surtout sont agitées d'un tremblement rapide qui pourra persister plus d'une demi-heure avec sensation de fourmillement et hypersudation.

A l'aide de citrate de caféine, il est possible de réduire le temps de latence qui précède l'apparition des signes de tétanie et les phénomènes neuro-musculaires observés sont plus accentués. Les bromures exercent une action inverse. Quant au phéno-barbital administré par Joshua Rosett à certains des épileptiques soumis à ces expériences, il influença plus l'état mental des sujets, dont le pouvoir d'attention fut plus longtemps soutenu, que les troubles moteurs. La rigidité musculaire apparue plus tardive et légèrement moindre, les mouvements involontaires assez fréquents dans l'hyperpnée ne furent pas observés.

***

Les contractures de l'épreuve de l'hyperpnée n'intéressent avec une égale intensité les membres supérieurs que chez les ambidextres. Elles débutent à droite et sont plus marquées de ce côté chez les droitiers ; c'est l'inverse chez les gauchers. Ce fait, qui montre déjà le rôle de la qualité d'un système neuro-musculaire dans la répartition et le degré des contractures de l'hyperventilation, est encore plus manifeste chez des malades atteints de lésions du système nerveux.

Chez ceux-ci on peut apprécier le temps de latence des phénomènes, l'intensité des mouvements involontaires anormaux qui peuvent apparaître au cours de l'épreuve, les variations de la conscience, du pouvoir d'attention, la tendance au sommeil et surtout la sensibilité élective de certains systèmes neuro-musculaires à l'égard des troubles humoraux que détermine l'hyperventilation.

Dès à présent il apparaît plus que probable que cette épreuve est susceptible d'extérioriser certains états morbides du système nerveux qui ne sont pas, dans les conditions ordinaires d'examen, objectivés par des symptômes définis.

D'après leurs caractères même, il est possible d'expliquer les symptômes que détermine l'épreuve d'hyperventilation pulmonaire, par une inhibition partielle et transitoire des fonctions du cortex cérébral et des noyaux centraux. C'est à ces troubles que peuvent être rattachés : la libération du tonus musculaire, l'apparition éventuelle de mouvements involontaires de type athétosique, le caractère plastique de la rigidité musculaire, la diminution du pouvoir de discrimination tactile, l'affaiblissement de la faculté d'attention et de la conscience même du sujet.

Les perturbations humorales qui résultent de l'hyperpnée détermineraient ainsi une inhibition transitoire des fonctions de certains centres nerveux.

Mais il faut admettre que ceux-ci ne sont pas tous affectés au même titre, puisque les contractures intéressent inégalement les muscles squelettiques. Selon toute vraisemblance, à l'état normal, la sensibilité des centres corticaux à l'égard de l'épreuve d'hyperventilation est fonction de leur degré d'activité et de différenciation, de la fréquence et de la perfection des gestes qu'ils commandent ; à l'état pathologique, l'instabilité d'un centre est en rapport direct avec l'altération de ses éléments anatomiques.

Cette interprétation permet d'expliquer la prédominance de la contracture au niveau des mains, main droite chez le droitier, main gauche chez le gaucher, et d'une façon générale au niveau des groupements neuro-musculaires particulièrement éduqués ; ceux-ci sont en effet plus spécialement subordonnés que d'autres au contrôle des centres nerveux supérieurs.

Il est intéressant de noter, par ailleurs, qu'en plein accès de tétanie, la volition d'un sujet peut encore s'exercer dans un groupe musculaire dont l'antagoniste est contracturé et manifester sa prédominance sur la rigidité par un mouvement. Les fonctions du cortex cérébral, au cours de l'épreuve d'hyperventilation, dominent donc les fonctions du pallidum et du thalamus plus sensibles aux troubles humoraux ainsi provoqués.

Par contre, pour certains auteurs, le striatum serait relativement stable si l'on juge sa participation au cours de l'épreuve d'après les quelques mouvements involontaires, parfois de type athétosique, qui peuvent être observés.

Il n'en est plus de même à l'état pathologique. Sous l'influence de l'hyperpnée, se précise la moindre lésion des voies pyramidales, s'exagèrent les mouvements involontaires, les contractures d'origine pallidale ou thalamique et même s'accentuent les troubles psychopathiques.

***

Afin d'expliquer le mécanisme des symptômes de l'hyperpnée, Davies, Haldane et Kennaway, en 1920, firent intervenir le rôle probable de l'anoxémie, car les fâcheux effets observés disparaissaient sous l'influence d'inhalation d'oxygène. Ils rattachèrent ces manifestations en partie à l'augmentation de stabilité de l'oxyhémoglobine, en partie à la vaso-constriction.

Cette hypothèse parut confirmée par des expériences ultérieures de Bazett et Haldane (9).

Ces auteurs constatèrent, en effet, qu'un sujet placé dans un bain, dont la température initiale de 37°2 s'élevait de 0°13 par minute, présentait rapidement de l'hyperpnée, des signes de tétanie et des modifications sanguines et urinaires comparables à celles que détermine l'hyperventilation pulmonaire. Or, tous ces symptômes s'atténuaient sous l'influence d'inhalations d'un mélange contenant 14,3 % d'oxygène et 8,5 % de CO^2.

A ce propos peuvent être rappelés les travaux de Hill et Flack (10). Ces auteurs, dès 1910, avaient montré, en effet, que les suites désagréables d'une respiration forcée pouvaient être atténuées par les inhalations d'oxygène. Moriss, par ailleurs, insista sur l'hyperexcitabilité neuromusculaire consécutive à toutes causes d'anoxémie.

Ces diverses constatations expérimentales, dans l'ensemble assez concluantes, n'ont pas été confirmées par les recherches récentes de Wilhem Schloss (11). Chez certains malades récemment opérés, Schloss, étudiant l'action préventive de l'hyperpnée sur les complications respiratoires de l'anesthésie, avait constaté l'apparition de symptômes de tétanie latente ou manifeste. Or, l'inhalation d'oxygène, de 180 litres à 300 litres, ne modifia pas les contractures observées.

A ce propos, Schloss émet l'hypothèse, car il n'a poursuivi aucune expérimentation pour confirmer cette opinion, que la tétanie respiratoire peut être liée à l'augmentation du taux du phosphore sanguin.

Sans doute Embden a montré que la contraction musculaire libère un excès d'acide phosphorique, et la tétanie par hyperpnée s'accompagne d'un jeu excessif des mouvements respiratoires. Pour que l'action déterminante du phosphore soit confirmée, il faudrait prouver qu'une contraction musculaire sans hyperpnée est capable d'entraîner l'apparition de la tétanie. Ce fait, s'il était constaté, permettrait à certains auteurs d'invoquer une pathogénie commune à l'origine de la tétanie par hyperventilation pulmonaire et de la tétanie parathyréoprive que Greenwald rattache à l'augmentation du taux du phosphore sanguin.

Les recherches que nous avons poursuivies sur la tétanie respiratoire ne nous permettent pas de fournir de nouveaux faits à l'appui ou à l'encontre des théories de l'anoxémie ou de l'intoxication par le phosphore. Mais des observations publiées se dégage encore trop d'incertitude pour que l'une de ces deux conceptions puisse être admise sans conteste. Dans son récent article, d'ailleurs, Joshua Rosett note simplement que l'inhalation d'oxygène permet une hyperpnée plus active et par suite une apparition plus rapide des signes de tétanie.

Par contre, les recherches que nous avons poursuivies avec Ch.-O. Guillaumin (5) nous permettent d'insister dans la genèse des symptômes de l'hyperventilation sur le rôle de l'hyperalcalinité sanguine et de sa conséquence : la carence en ions calcium.

Nous n'exposerons pas ici le détail des perturbations physico-chimiques du sang et des urines, déjà publiées dans des communications antérieures : nous nous bornerons à rapporter le protocole d'expérience suivant, qui témoigne des variations de l'équilibre acido-basique du sang et du taux du calcium ionisé, calculé d'après la formule de Rona et Takahashi.

Le 3 mai 1924, à 18 h. 20, l'étude du plasma de S... donnait les valeurs suivantes : concentration en ions H + du plasma : pH = 7,35 à 38° ; Teneur en bicarbonates du plasma vrai : 64 vol. de CO^2 à 0° 760 m/m % ; milligrammes de Ca ionisé par litre de plasma : 21,7.

Ces chiffres sont normaux dans l'ensemble ; le taux des bicarbonates, peu élevé, ne dépasse pas la limite supérieure normale. D'après Van Slyke, la réserve alcaline oscille normalement entre 55 et 65 vol. % ; d'après Bigwood, ces variations physiologiques peuvent être un peu plus étendues, de 51 à 66 vol. %.

La valeur élevée du taux des bicarbonates de S... tenait vraisemblablement au fait qu'ayant pris deux heures plus tôt un repas léger, il se trouvait en période digestive.

Aussitôt après cette mesure, début de l'hyperpnée volontaire.

Les manifestations cliniques apparaissent suivant le mode exposé précédemment et, après quinze minutes d'hyperventilation, s'installe un état de tétanie typique.

L'examen d'un second échantillon de sang prélevé à ce moment indique les variations suivantes :

Concentration en ions H + du plasma : pH = 7,51 à 38° ;

Teneur en bicarbonates du plasma vrai ; 54,7 vol. de CO^2 à 0° 760 mm. % ;

Milligrammes de Ca ionisé par litre de plasma : 17,5.

L'hyperventilation pulmonaire a déterminé une déperdition excessive d'acide carbonique, car l'effet compensateur de la régulation neutralisatrice s'est trouvé débordé et la concentration en ions H + a été affectée.

La réserve alcaline de S.... est, en effet, réduite de 9.3 vol. de CO^2 % après un quart d'heure d'hyperventilisation. Elle semble, dans les conditions de l'expérience, avoir alors atteint son maximun de rendement, puisqu'elle n'a pu éviter une élévation du pH de 0,16. Ces modifications de l'équilibre acides-bases ont déterminé une chute du taux du calcium ionisé du plasma, dont la valeur initiale est réduite de 19,3 %. Somme toute, hyperalcalinité sanguine décompensée, non par viciation du mécanisme de la régulation neutralisatrice ; mais par déficit exagéré d'acide carbonique, avec diminution du taux de l'ion calcium.

A 18 h. 41, le second prélèvement ayant donc été effectué alors que les signes de tétanie étaient très marqués (Chvosteck, carpo et pédospasmes), S... cesse l'hyperpnée et son rythme respiratoire redevient normal. Progressivement, les symptômes précédents s'effacent, mais un tremblement assez intense leur succède, en sorte que le troisième échantillon sanguin ne peut être prélevé qu'à 19 h. ; le signe de Chvosteck était disparu depuis dix minutes.

L'examen du plasma nous donne alors les valeurs suivantes :

Concentration en ions H + du plasma : pH = 7,45 ;

Teneur en bicarbonates du plasma vrai : 60,4 vol. de Co^2 à 0° 760 mm. p. % ;

Milligrammes de Ca ionisé par litre de plasma : 18,2 ;

Ces valeurs sont encore nettement anormales. Toutefois parallèlement à l'atténuation des signes de tétanie, le pH diminue et tend vers sa valeur normale antérieure, de même que s'élèvent la réserve alcaline et le taux du Ca ionisé.

Nous assistons, somme toute, à une évolution de ces valeurs en sens inverse de celle qui accompagne l'apparition des signes de tétanie.

Les variations du pH notées au cours des mêmes expériences par Grant et Godmann d'une part, Davies, Haldane et Kennaway d'autre part, sont de même sens, mais plus marquées. Les premiers de ces expérimentateurs rapportent en effet, le chiffre de 7,65 : les seconds de 7,79.

◆

Ces derniers auteurs évaluèrent le pH sanguin en fonction des variations de la tension du CO^2 alvéolaire au cours de l'hyperventilation. La mesure directe du pH du plasma que nous avons effectuée est d'une rigueur suffisante pour que les chiffres que nous rapportons puissent être considérés plus proches de la réalité.

***

La tétanie par hyperpnée étant ainsi définie par ses caractères cliniques et son syndrome humoral, nous avons complété son étude à l'aide des données de l'électrodiagnostic.

Classiquement l'excitabilité neuro-musculaire est mesurée par l'intensité du courant continu nécessaire pour obtenir le seuil des contractions. Ce mode de mesure est basé sur la loi de Dubois Raymond, d'après laquelle le temps de passage du courant n'interviendrait pas dans l'excitation.

Or les travaux de Hoorweg, puis de Weiss ont démontré que, contrairement à la loi de Dubois Raymond, le temps de passage du courant intervient dans l'excitation.

La loi qui exprime cette relation entre le temps de passage du courant et l'intensité nécessaire pour obtenir le seuil de la contraction est la loi de Hoorweg-Weiss.

Partant de ces données, L. Lepicque a donné une caractéristique d'excitabilité qui a reçu de lui le nom de « chronaxie » et qui est largement indépendante des contingences expérimentales.

G. Bourguignon (14) a mis au point une technique de mesure de la chronaxie chez l'homme aussi précise que sur les nerfs et les muscles à nu, malgré l'interposition des téguments.

Cette étude de la chronaxie dans la tétanie provoquée par hyperpnée volontaire a été effectuée avec M. G. Bourguignon parallèlement aux mêmes recherches que ce dernier poursuivait depuis plusieurs mois déjà avec J. B. S. Haldane (4). Les résultats que nous avons obtenus sont en tous points superposables à ceux de ces expérimentateurs.

Sans entrer ici dans le détail d'observations qui ont fait l'objet de communications antérieures, nous ferons simplement remarquer que la tétanie par hyperpnée s'accompagne constamment d'une augmentation de la chronaxie du nerf et du muscle.

Ces variations de l'excitabilité neuro-musculaire sont parallèles à l'intensité des signes cliniques et des perturbations physio-chimiques du milieu sanguin. Le graphique ci-contre met en valeur ces résultats.

Ces diverses considérations montrent tout l'intérêt et toute la portée de la nouvelle épreuve envisagée au cours de ce rapide exposé.

L'hyperpnée volontaire et prolongée fournit en effet au neurologiste un nouveau procédé d'investigation clinique ; elle permet au physiologiste d'étudier les rapports de l'excitabilité neuro-musculaire et des variations physico-chimiques de nos humeurs ; elle réalise enfin une véritable tétanie expérimentale qui se rapproche par de nombreuses analogies cliniques et humorales des tétanies infantile (6) et parathyréoprive (15).

BIBLIOGRAPHIE

1. Collip et Backus. — *Am. Journal Physiol*, volume 51, p. 551, 1920.
2. Grant et Goldmann. — *Am. Journ. Physiol.*, vol. 52, p. 209, 1920.
3. Davies H. W., Haldane J. B. S., Kennaway E. L. — *Journ. of. Physiol.*, vol. 54, p. 32, 1920.
4. G. Bourguignon et J. B. S. Haldane. — *C. R. Ac. des Sciences*, fév. 1925.
5. G. Bourguignon, R. Turpin et Ch.-O. Guillaumin. — *Soc. de Biol.* 14 mars 1925.
6. Lesné, E., Turpin R. et Guillaumin Ch.-O. — *Soc. de Pédiatrie*, 17 juin 1924 et *C. R. hebdomadaire des Séances de l'Ac. des Sc.*, t. 179, n° 12, 2 sept. 1924, p. 577.
7. R. Turpin. — La tétanie infantile. Recherches cliniques et expérimentales, février 1925. Paris, Masson et Cie, éditeurs.
8. Joshua Rosett. — *Brain*, vol. XLVII, part. 3, p. 292, 1924.
9. Bazett et Haldane. J. B. S. — *J. Physiol.*, 55, IV, 1921.
10. Hill et Flack. — *J. of Phys.*, 1910, t. XL, p. 347.
11 Schloss, Wilhem. — *Wien. klin. Wochenschr.*, 17 juillet 1924, n° 29, p. 717.
12. G. Guillain, Th. Alajouanine et Thévenard. — *Soc. méd. des hôp.*, 12 mars 1925, n° 9, p., 341.
13. H. Claude, H. Codet, M. Cénac et M. Montassut. — *Le Progrès Médical*, 11 avril 1925, n° 15 p. 542.
14. G. Bourguignon. — La chronaxie chez l'homme. 1 vol., Masson, 1923.
15. P. Sainton, G. Bourguignon, R. Turpin et Ch.-O. Guillaumin. — A propos d'un cas de tétanie parathyréoprive observé en clinique humaine. *Annales de médecine*, sous presse.

Les Vitamines

Par **Raoul LECOQ**

Longtemps controversée, l'existence des *vitamines* (découvertes par Funk, en 1911) est universellement admise aujourd'hui. Les expériences cruciales qui permettent de caractériser leur absence sont trop évidentes pour être contestées. L'emploi de régimes synthétiques, dont on connaît rigoureusement la composition, permet de reproduire avec certitude sur l'animal (réactif biologique) toute la série des avitaminoses : polynévrite, xérophtalmie, scorbut, etc. Aussi bien, des traces d'aliments ou d'extraits renfermant ces substances indispensables suffisent à faire disparaître les symptômes les plus graves : le scorbut est enrayé par quelques centimètres cubes de jus de citron ; quelques gouttes d'huile de foie de morue suppriment les manifestations du rachitisme expérimental. Ce qui distingue les vitamines des autres principes alimentaires c'est « qu'elles ne comptent pas comme source d'énergie. Leur action pourrait être justement comparée à celles des catalyseurs chimiques qui, en petites quantités, stimulent des réactions de grande envergure » (1).

Les seuls contradicteurs qui subsistent encore s'élèvent surtout contre la réunion sous un même vocable (arbitraire, leur semble-t-il) de corps très différents. Cependant, même s'il ne s'agit, en l'espèce, que d'une classification d'attente, on doit reconnaître qu'elle est commode, et qu'elle permet de rendre compte des expériences nombreuses faites sur un sujet des plus passionnants.

Les connaissances acquises sur ces facteurs indispensables à la nutrition sont devenues, ces temps derniers, particulièrement touffues. Nous avons été assez heureux pour obtenir de Funk une nouvelle classification de ces substances, que nous avons présentée il y a peu de temps à la Société de Chimie biologique (2). Par contre-coup, Mme Randoin et H. Simonnet ont été amenés à nous en donner une définition (3). Nous avons quelque raison d'être satisfait du résultat obtenu et ne croyons pas inutile de revenir sur ce sujet pour le compléter en quelques points que nous jugeons nécessaires.

***

(1) C. Funk (avec la coopération de R. Lecoq). *Histoire et conséquences pratiques de la découverte des vitamines*. Paris, Vigot éditeur, 1924, p. 24.

(2) C. Funk. — La classification des vitamines. *Soc. Chim. biol.*, Séance du 19 mai 1925.

(3) Mme Randoin et H. Simonnet. — Essai de définition des vitamines, *Soc. Chim. biol.*, Séance du 16 juin 1925.

Modifiant quelque peu la définition de Mme RANDOIN et H. SIMONNET nous retiendrons qu'on désigne actuellement sous le nom de *vitamines* un certain nombre de substances. encore indéterminées chimiquement et physiquement. dont l'organisme humain (ou animal) paraît incapable de faire la synthèse. Dans les conditions d'un régime normalement équilibré. ces substances. à doses minimes, se révèlent indispensables à l'accomplissement des phénomènes vitaux : croissance et entretien : leur absence (ou carence) suffit à déterminer des troubles de la nutrition caractéristiques (*avitaminoses*). Toutefois. ces diverses substances ne semblent pas également indispensables à tous les animaux : certains paraissent avoir la faculté de s'en passer ou d'en faire la synthèse ; d'autres, au contraire. se montrent plus spécialement sensibles à l'absence de telle ou telle d'entre elles. ce sont ces derniers que l'on choisit de préférence comme réactif biologique pour la caractérisation des dites vitamines.

***

Il est possible de retirer des aliments et de concentrer dans des extraits l'activité de ces substances. On a pu préparer de cette manière deux fractions actives : l'une soluble dans l'eau et dans l'alcool (*hydrosoluble*) et l'autre soluble dans les graisses ou lipides (*liposoluble*) : chacune d'elles paraît renfermer plusieurs vitamines.

FUNK réserve dorénavant le nom de *vitamines proprement dites* aux substances de la fraction hydrosoluble. qu'il considère comme renfermant de l'azote et se décomposant sous l'action des alcalis : il désigne sous le nom de *vitastérines* les substances non azotées et résistant aux alcalis de la fraction liposoluble.

Cependant. aussi bien identifiées qu'elles soient. il nous semble toujours qu'il est très difficile de parler de ces substances *au singulier* (1) : la preuve en est dans le dédoublement continuel des vitamines anciennement connues.

Quoi qu'il en soit. pour la commodité des expériences et des exposés. il n'est pas défendu de considérer comme définies toutes celles qui ont une entité suffisante. On les catalogue d'ordinaire sous les premières lettres de l'alphabet. en suivant l'ordre chronologique de leur découverte. Nous leur accolerons en outre quelques mentions particulières qui nous paraissent offrir l'avantage de fixer heureusement les idées des non initiés.

A. — Dans la *fraction liposoluble*. on admet la présence de trois variétés de substances. les vitamines ou vivastérines A. E et F.

La vitamine A est encore appelée *vitamine de croissance* (Wachstumsstoffe) ou antixérophtalmique ;

La vitamine E. est par excellence la *vitamine de fixation calcique* ou antirachitique (vitamine D de Mc COLLUM) ;

La vitamine F est la *vitamine de reproduction* (vitamine X de Evans et Bishop. vitamine E. de SURE).

B.— Dans la *fraction hydrosoluble*. on reconnaît la présence de trois ou quatre vitamines auxquelles on attribue les lettres B. C. D et G.

La vitamine B est dite aussi *vitamine d'entretien* (Erhaltungsstoffe) ou antinévritique ;

La vitamine C ou vitamine antiscorbutique est surtout une vitamine de *régulation sanguine* ;

La vitamine D. *vitamine des oxydations internes* ou respiratoires (Atmungsstoffe) fut aussi caractérisée par FUNK comme vitamine stimulant la croissance des levures ;

La vitamine G. antipellagreuse. dont l'existence est encore contestée. est sans doute la *vitamine de l'intégrité peaucière* (vitamine P de GOLDBERGER et TANNER).

***

Le rôle de la vitamine D dans la respiration des tissus (oxydations internes) demeure assez mal connu. ABDERHALDEN l'a très justement signalé et nous l'avons également observé. Nous pensons avoir l'occasion d'y revenir quelque jour : nous ne voudrions pas cependant oublier de mentionner l'action sensibilisatrice qu'elle peut avoir vis-à-vis de certains métaux. considérés jusqu'ici comme des convoyeurs d'oxygène. mais qui paraissent. en l'absence de cette vitamine. dépourvus d'activité.

Ce cas de sensibilisation d'une substance minérale par une vitamine n'est du reste pas isolé. On le retrouve dans la fixation de la chaux. en présence de la vitamine E dite antirachitique. et Mc COLLUM vient de l'entrevoir aussi pour la vitamine B qui interviendrait très heureusement en empêchant le chlore en excès de produire une sorte de xérophtalmie (1).

La suggestion de VIOLLE. considérant les vitamines comme des complexes de molécules mi-organiques et minérales. n'est donc pas si critiquable qu'on pourrait le penser à première vue (2).

***

Pour terminer. nous insisterons tout spécialement sur l'importance des *carences frustes* ou avitaminoses légères dans la vie journalière. en particulier chez les enfants. A côté des carences profondes dont les lésions sont si graves qu'il est parfois difficile de rendre aux tissus leur intégrité primitive. il existe. en effet. des symptômes bénins qui. le plus souvent. passent inaperçus et qu'on a grand tort de négliger.

Récemment encore. nous avons eu l'occasion d'observer successivement deux cas typiques de carences frustes chez la même fillette. L'enfant. qui avait hérité de sa mère d'une sensibilité intestinale particulière. était. pendant de longues périodes. condamnée. par crainte de troubles digestifs. à une alimentation cuite exclusive. Or, par deux fois. des manifestations scorbutiques frustes ont été enregistrées. Il s'agissait. dans le premier cas. d'une sensibilité osseuse (l'enfant ne voulait plus être prise sous les bras et soulevée jusqu'à hauteur de la tête) et. dans le second. d'une sensibilité gingivale (aux repas. la fillette disait souffrir des dents). sans qu'extérieurement rien d'autre ne put être remarqué. Chaque fois. la disparition des symptômes fut totale après 2 ou 3 jours de traitement au jus d'orange ou de raisin.

Ces simples faits. qui ont la valeur d'une expérimentation rigoureuse. nous montrent combien peut être utile *pour tous* la connaissance des vitamines.

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Le diabète infantile et son traitement (3)

(Première leçon)

Par M. P. LEREBOULLET

Professeur agrégé à la Faculté de médecine. Médecin des hôpitaux.

Le diabète infantile a été très étudié dans ces dernières années, et on peut, sans exagération, évaluer à un millier le nombre de cas publiés ; personnellement j'en ai observé plus de cinquante exemples et il est certainement

(1) R. LECOQ. — Carences multiples et avitaminoses. *Bull. Sc. pharmacol.*, 1923, 30, p. 17.

(1) Mc COLLUM, SIMMONDS et BECKER. — Further studies on the cause of ophtalmia in rats produced with diets containing vitamin A. *Journ. Biol. Chem.*, 1925, 64, p. 161.

(2) H. VIOLLE. — Les infiniments petits physiologiques (vitamines). *Presse médicale*, 1920, n° 4, p. 49.

(3) Leçon du 20 janvier 1925.

d'observation plus commune qu'on ne le dit volontiers. Il soulève toute une série de problèmes d'ordre clinique, diagnostique et thérapeutique, qui ont été notamment discutés récemment dans le rapport du professeur Rohmer et dans les leçons du professeur Nobécourt.

Le diabète infantile survient à toutes les périodes de l'enfance, plus fréquent toutefois à mesure que l'enfant avance en âge ; si l'on a publié des cas de diabète chez des nourrissons de trois semaines, un mois, la majorité sont apparus chez des enfants de 7 à 8, 10 et 12 ans.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, une obscurité assez grande entoure l'étiologie du diabète. Néanmoins, chez l'enfant, plus peut-être que chez l'adulte, on retrouve assez souvent deux antécédents. Le premier, c'est l'*hérédité*. « On naît diabétique plus qu'on ne le devient », a-t-on dit. Il y a en effet un facteur constitutionnel qui préside à l'apparition du diabète. Ce facteur constitutionnel est assez souvent manifeste chez les enfants diabétiques. Il y a quelques années, MM. Lion et Moreau ont groupé 30 observations de diabète infantile familial, c'est-à-dire survenu chez plusieurs enfants de la même famille. Pour ma part, j'ai vu 5 à 6 cas de diabète familial. Voici le plus net. Un père et une mère ont eu six enfants. Le quatrième est mort à 7 ans d'un diabète, survenu après la rougeole, qui eut une marche rapide. Le sixième a été suivi par moi, en décembre 1920 et janvier 1921, avec M. Blechmann et Mlle Blechmann.

C'était une petite fille de 9 ans qui a été prise de diabète à la suite d'une opération d'appendicite. Ce diabète a évolué d'une manière aiguë si bien qu'elle mourait, après 4 semaines, dans le coma.

Il y a quelques semaines, le cinquième enfant de la même famille, une jeune fille de 16 ans, a été prise brusquement de glycosurie atteignant et dépassant 100 gr. C'est un des plus beaux triomphes de l'insuline, car, mise immédiatement à l'insuline, la glycosurie a disparu et elle a pu supporter 200 gr. d'hydrates de carbone par jour sans réapparition de sucre.

Je voyais, avant-hier, un enfant de 9 ans et demi, diabétique depuis l'âge de 2 ans. Il a un frère atteint de crises convulsives et glycosurique (16 grammes de sucre). Un oncle paternel est diabétique. Le grand-père maternel a également le diabète de même que la sœur de celui-ci. J'ajoute que la mère, sans être en état de diabète permanent, a eu de la glycosurie au cours de sa grossesse.

Je pourrais vous citer encore bien d'autres cas, notamment celui d'une famille dans laquelle 5 enfants sur 8 ont été diabétiques.

Le *diabète familial est donc relativement fréquent* et il faut toujours rechercher les antécédents.

Un autre élément qu'on retrouve également et qui a dans certains cas un rôle déterminant, c'est l'*infection*. Ce rôle des infections dans la genèse du diabète a été souvent discuté, des observations le démontrent pourtant assez nettement. Assez souvent nous trouvons à l'origine du diabète une scarlatine ou une fièvre typhoïde, une rougeole, des oreillons, une coqueluche. On sait d'ailleurs que certaines de ces maladies touchent particulièrement le pancréas.

Voici une observation assez démonstrative à ce sujet que j'ai récemment publiée avec M. Lelong. Il y a quelques jours, je voyais une enfant qui, sans avoir jamais eu du diabète auparavant avait eu des oreillons en juin dernier. Elle eut consécutivement de la diarrhée et un grand amaigrissement. Secondairement est apparu un diabète grave avec coma qui nécessita le traitement par l'insuline ; elle sortit heureusement du coma, mais resta diabétique et nous avons dû la soigner avec d'assez fortes doses d'insuline pour que son diabète cesse son évolution consomptive.

Dans un autre cas, j'ai vu la *fièvre typhoïde* être le point de départ d'un semblable diabète. Dans plusieurs autres, ce fut une *appendicite* qui déclancha le diabète.

On peut d'ailleurs se demander si ces maladies infectieuses jouent simplement un rôle de cause occasionnelles et réveillent un diabète latent ou si elles le créent de toutes pièces.

Enfin, dans certains cas, il faut invoquer le rôle de la *syphilis*. Nous savons la fréquence des pancréatites dans l'hérédosyphilis congénitale. Le diabète pourrait naître de cette façon. En réalité il y a très peu de faits démontrant le rôle de l'hérédosyphilis dans l'étiologie du diabète. L'observation princeps et surtout citée est celle de Lemonnier. Le père avait la syphilis. La mère avait eu deux fausses couches et un accouchement prématuré. Chez la fille, âgée de 7 ans et demi, apparaît un diabète caractérisé par de l'amaigrissement, de la polyurie, s'élevant à 5 litres, de la polydipsie, de la glycosurie. M. Lemonnier prescrit un régime et le traitement spécifique par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium. Après deux mois, l'amélioration est manifeste, et la guérison est complète après 13 mois.

Ce cas est évidemment exceptionnel, mais il semble difficile de nier qu'il ne se soit agi d'un diabète syphilitique. D'ailleurs, d'autres cas indiscutables de diabète syphilitique ont été publiés chez l'adulte, notamment par MM. Carnot et Harvier qui ont rapporté un fait démonstratif de diabète par pancréatite syphilitique.

MM. Rathery et Fernet ont publié l'observation d'un garçon de 16 ans, dont le père était syphilitique. La mère avait subi un traitement spécifique pendant sa grossesse. La malade lui-même avait présenté à sa naissance des syphilides cutanées et été soumis à un traitement mercuriel. A 16 ans, il eut un diabète à évolution subaiguë, consomptif. On ne pensait toutefois pas à la syphilis, lorsqu'apparut une iritis syphilitique. Les réactions de Wassermann et de Hecht étaient négatives. Le traitement anti-syphilitique eut sur le diabète une heureuse action.

Il est difficile de nier le rôle de la syphilis dans l'éclosion de ce diabète, étant donnée l'efficacité du traitement.

M. Rathery, dans une revue récente, a rapporté un certain nombre d'observations semblables.

Mais, chez les enfants, nous ne retrouvons qu'exceptionnellement ce rôle de l'hérédosyphilis, c'est l'opinion de MM. Babonneix, Merklen, Nobécourt et de moi-même. Pour ma part, sur une cinquantaine d'enfants diabétiques, j'ai bien rarement pu incriminer la syphilis. Néanmoins, on note quelquefois que l'enfant est né avant terme, qu'il présente des malformations congénitales ; les réactions de Hecht et de Desmoulières peuvent être positives : ceci permet de suspecter le rôle de la syphilis dans quelques cas de diabète infantile et d'en tirer des conséquences thérapeutiques.

Ces faits restent l'exception.

Le diabète infantile a encore d'autres causes : dans certains cas, c'est le traumatisme, dans d'autres, ce sont des émotions qu'on peut incriminer dans l'éclosion du diabète.

Retenons surtout le rôle de l'hérédité ou de la familialité, celui des infections, celui de l'hérédo-syphilis.

Le diabète infantile a toutes les évolutions possibles. Il débute souvent brusquement : l'enfant est pris d'une grande soif, d'un grand appétit, et urine fréquemment.

ANALYSES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

La diathermie et ses applications oto rhino-laryngologiques. (Georges PORTMANN et Noël MOREAU. *Acta oto-laryngologica*, vol. VII, fasc. 4, août 1925.)

Les auteurs rappellent dans leur préambule que d'Arsonval, le premier, étudia les effets des courants de haute fréquence sur l'organisme, où ils déterminent une élévation locale de la température, à l'exclusion de phénomènes moteurs ou sensitifs. C'est seulement à la suite des expériences de Doyen et des travaux de Bordier et de Heitz-Boyer que la diathermie entre dans la pratique.

Portmann et Moreau montrent succinctement comment, en partant du courant alternatif on arrive aux courants diathermiques. Ils étudient de ceux-ci les effets sur l'organisme, effets variables selon que l'on emploie des électrodes de large dimension ou de surface minime, la chaleur, dans ce dernier cas, se condensant autour de l'électrode, en amenant la formation d'une escharre en profondeur, par coagulation des albumines cellulaires : c'est là *la diathermie chirurgicale*, ou *diathermo-coagulation* par opposition à la *diathermie médicale* dont les effets moins violents et non destructeurs sont plus largement répartis.

Après avoir étudié la répercussion des courants diathermiques sur l'organisme, et les complications dont ils peuvent être jugés responsables, les auteurs décrivent les électrodes le plus habituellement employées. Puis passant en revue fosses nasales, cavum, arrière-gorge, larynx et les diverses manifestations pathologiques dont ces cavités peuvent être le siège, ils donnent pour chacun de ces organes les indications opératoires, la technique à suivre, et les résultats par eux obtenus.

Ils terminent en extrayant de leur statistique personnelle qui repose sur plus de cent vingt cas, dix observations de malades traités par la diathermie. De leurs conclusions, retenons plus particulièrement que... la diathermo-coagulation a de nombreuses applications en oto-rhino-laryngologie, et cela par le fait que les cicatrices consécutives, souples et peu rétractiles, permettent la guérison ou l'amélioration des sténoses, au niveau des orifices ou des canaux naturels.

La diathermo-coagulation est la méthode de choix dans le traitement des synéchies nasales, des atrésies narinaires et choanales, de la tuberculose nasale chronique. Elle donne de bons résultats dans le traitement des affections de la trompe et du bourrelet tubaire. Elle conserve un léger avantage sur le galvano cautère dans le traitement de la tuberculose laryngée hypertrophiante non évolutive. Elle complète heureusement le traitement chirurgical des tumeurs bénignes ou malignes du larynx.

En ce qui concerne l'ablation des amygdales, l'amygdalectomie totale reste la méthode thérapeutique de choix, mais la diathermo-coagulation s'impose dans les cas où il y a contre-indication à toute intervention chirurgicale.

Enfin, elle semble avoir donné des résultats intéressants dans le traitement palliatif des cancers des cavités naturelles et du cou. Son action curative est encore à l'étude, et les effets obtenus sont de date trop récente pour en tirer des conclusions définitives. »

Résultats du traitement chirurgical des tumeurs malignes du maxillaire supérieur. (Gunnar HOLMGREN. *Acta otolaryngologica*, vol. VII, fasc. 4, août 1925.)

Depuis son ouverture, en 1910, la Clinique otologique de Sabbatsberg a reçu 72 cas de tumeurs malignes du maxillaire supérieur. Dans cette série 59 patients furent opérés pour la première fois, 3 le furent pour des récidives survenues après des interventions exécutées dans un autre hôpital. Il ne s'est produit que 3 décès post-opératoires. Des 62 patients opérés, 23 sont actuellement en vie et exempts de toute manifestation pathologique ; près de la moitié d'entre eux sont en observation depuis plus de trois ans. Quant à ceux qui succombèrent, sans que leur mort fût imputable à l'opération, la durée moyenne de l'existence fut d'un peu plus de onze mois. A l'origine l'intervention s'exécutait de manière sanglante, avec l'instrument tranchant ; dans la suite on se servit du thermocautère ; depuis 1922, on recourt à la diathermie. Les opérations par la diathermie s'effectuent sous chloroforme avec introduction des vapeurs anesthésiques par la bouche. Sans incision visible, le maxillaire est coagulé, puis réséqué au ciseau ; tous les points suspects d'infiltration néoplasique sont diathermisés, puis curetés ; les régions des cornets, de l'ethmoïde et du sphénoïde, d'où viennent facilement les récidives, sont l'objet d'une atten-

tion spéciale. A moins de raison particulière on ne touche pas au contenu de l'orbite et aux sinus frontaux. Au bout d'une quinzaine de jours, pendant lesquels le patient est soigneusement observé, les tissus nécrosés commencent à s'éliminer. Les hémorrhagies secondaires furent rares et l'on n'a jamais eu recours à la ligature préliminaire de l'artère carotide externe.

La diathermie chirurgicale dans le traitement de certaines affections non cancéreuses des voies aériennes supérieures. (Henri Bourgeois et Gaston Poyet. *Acta laryngologica*, vol. VII, fasc. 4, août 1925.)

Les auteurs appliquent la diathermie chirurgicale (diathermo-coagulution, depuis 1911. Ils traitent par cette méthode électro-thérapique un certain nombre d'affections. Ils passent en revue celles dans lesquelles la D. C. (diathermo-coagulation) donne ses meilleurs effets.

Technique générale. — Ils emploient habituellement la méthode dite unipolaire, qui consiste à se servir de 2 électrodes : une grande (indifférente) et une petite (active) au niveau de laquelle se passent tous les phénomènes thermiques. Toutefois, contrairement à la technique classique, au lieu d'appliquer la grande électrode au contact de la peau, ils interposent entre cette électrode et le sujet un drap plié en 7 ou 8 épaisseurs ou une toile cirée.

En pratique, s'il s'agit d'une application en position assise, on assujettit la plaque à une chaise métallique ; la chaise est recouverte de plusieurs doubles de drap ou d'une toile cirée sur laquelle le patient s'asseoit. Cette façon de procéder réalise un véritable condensateur : la plaque et la chaise représentent l'armature externe du condensateur, le malade au contact de la petite électrode forme la deuxième armature, le drap ou la toile cirée constitue le diélectrique. Cette technique permet d'obtenir des effets considérables, même avec de petits appareils, car, comme on le sait, les condensateurs se laissent traverser facilement par les courants de H. F. et ils ne constituent pas pour eux une résistance à proprement parler. Aussi tous les effets thermiques se trouvent-ils utilisés ; ils ne sont plus en partie dispersés sans effets utiles comme cela se produit si l'on utilise le « montage » classique.

La petite électrode varie dans sa section et dans sa forme selon la commodité des applications.[1]

Tumeurs bénignes. Les tumeurs vasculaires. — Qu'il s'agisse de tumeurs du voile, de la langue, du larynx ou du nez, les résultats sont excellents.

Les tumeurs sanguines du nez siègent de préférence sur la cloison (polypes hémorragiques). S'ils sont pédiculés, ils relèvent de l'anse diathermique, s'ils sont sessiles, on a recours à une électrode terminée par une touffe de coton humectée d'eau salée (porte-coton diathermique). Cette précaution a pour but d'éviter des effets profonds, qui, s'ils se produisaient, auraient pour conséquence une périchondrite du septum.

Les angiomes du voile et en général ceux de la langue sont traités par diathermo-puncture, un conducteur en forme d'aiguille est enfoncé de 1 à 2 centimètres en plein engiome ; l'application est très brève (2 à 4 secondes). L'aiguille retirée, il ne doit pas y avoir de suintement sanguin ; dans le cas où on en constate un, il faut recommencer l'application qui a manqué son but. 5 ou 6 applications sont en général suffisantes pour coaguler les angiomes de dimensions habituelles (1 noisette).

Les auteurs ont traité par D. C. 12 angiomes dont un de l'épiglotte avec des résultats très satisfaisants. Cette considération est d'autant plus intéressante que chacun de nous sait combien le teaitement chirurgical de ces tumeurs est difficile et périlleux, et combien sont aléatoires les traitements par les irradiations et par l'électrolyse.

Amygdalite chronique. Les auteurs réservent le traitement de l'amygdalite caséeuse chronique aux adultes, lorsque l'opération sanglante est refusée (pusillanimité) ou contre-indiquée (hémophilie, âge). Ils préfèrent chez l'enfant l'ablation classique.

Après bonne discision, ils recherchent toutes les cryptes, et ils les détruisent méthodiquement ; les séances sont espacées de 15 jours en moyenne ; 3 à 4 séances permettent d'évider la majeure partie de la loge amygdalienne. Entre les séances, les malades continuent à vaquer à leurs occupations habituelles. La réaction consécutive aux applications est généralement faible à moins que l'an ait coagulé les piliers, au quel cas elle est plus vive, quoique toujours peu intense.

La D. C. permet également de détruire le mycosis bénin, si souvent rebelle aux traitements habituels. Une ou deux séances ont généralement raison des points mycosiques qui siègent sur les amygdales ; ceux de la base linguale ne doivent pas être oubliés.

Tuberculose chronique. Tuberculose nasale. Quelle que soit la forme à laquelle nous ayons affaire, nous la traitons toujours aujourd'hui par la D. C.

Les formes circonscrites relèvent des électrodes sèches (pointes ou couteaux) ; les formes diffuses, d'électrodes humides qui permettent d'agir à l'aveugle sans risquer d'avoir des effets trop profonds. Enfin les formes cutanées sont traitées par la diathermo-puncture ou par étincelage.

Sous l'influence du traitement, on obtient une amélioration rapide : désobstruction des fosses nasales, sédation des douleurs chez les porteurs de lésions fissuraires du vestibule. Il faut savoir toutefois que même objectivement guéris, les malades doivent être l'objet d'une surveillance constante, car les récidives sont pour ainsi dire la règle ; elles nécessitent la reprise immédiate du traitement.

Tuberculose laryngée. L'ablation de l'épiglotte nous semble être l'indication la plus favorable au traitement diathermique. Elle s'exécute en une ou deux séances.

Sténoses et synéchies. Les caractères si particuliers de l'eschare diathermique et de la cicatrice qui lui est consécutive font de la D. C. une méthode de choix pour traiter ces lésions d'observation si courante dans notre spécialité ; l'eschare est molle, non hémorragipare, bien adhérente ; la cicatrice est particulièrement souple et facilement dilatable.

Les sténoses nasales antérieures (ponts, barrières fibreuses), sont détruites au moyen de pointes ; les atrésies choanales avec des olives.

Les sténoses post-opératoires du voile nécessitent, après destruction, un calibrage qui doit être continué pendant plusieurs semaines. Les auteurs le pratiquent au moyen d'olives qui sont placées derrière le voile et maintenues en place pendant quelques minutes, plusieurs fois par semaine. Etant donnés les résultats favorables obtanus dans 8 cas, résultats qui se maintiennent depuis plus d'un an, les auteurs pensent qu'ils ont le droit de dire ici, comme pour les angiomes, que la D.C. constitue le traitement de choix de ces lésions si décourageantes à traiter par les procédés classiques.

♣ ♣ ♣

CARRION ET LAGNEL – LABORATOIRES DE BIOTHÉRAPIE LACTIQUE

KÉFIR YOHOURTH CARRION LAGNEL

COMMANDES : 3.5 & 7. Rue du CAPITAINE SCOTT. PARIS 15e
MAGASIN DE VENTE : 54, FAUBOURG St HONORÉ 8e
R. C. SEINE 186582

VIN BRAVAIS

à base de Pedro Ximenès, le roi des vins espagnols et aux principes actifs de

Kola, Coca, Guarana, Caféine et Théobromine

ELIXIR BRAVAIS

aux mêmes principes actifs

Alliés au Curaçao Blanc de Hollande, digestif puissant, d'un goût exquis.



Ces préparations, dont les éléments généreux assurent l'énergie d'une constitution et la solidité d'un tempérament, ont toujours été préconisées avec succès dans les cas d'anémie, chlorose, débilité, maladies du cœur et de l'estomac, pâles couleurs, grandes faiblesses, migraines, convalescences difficiles, appauvrissement du sang, gastralgie, dyspepsie, surmenage physique et moral, grippes, neurasthénie.

Par leur composition sagement équilibrée, le vin et l'élixir Bravais corrigent, en réveillant l'activité digestive, les mauvaises nutritions, combattent l'inertie circulatoire, reconstituent sans irriter et s'adressent, qualité primordiale, aux estomacs les plus délicats et les plus difficiles.

GRANULÉ BRAVAIS

Kola, Coca, Quinquina, Glycérophosphates de chaux et de soude

se prescrit contre les anémies, les névroses, le lymphatisme, à la débilité générale, les affections des os et des articulations, etc., dans les cas où le vin ne peut être supporté.

Il n'existe pas de spécialités préparées avec une plus grande conscience, et le choix de leur composition explique à lui seul les préférences motivées des médecins les plus éminents.

SOCIÉTÉ DU VIN BRAVAIS, 3, rue de Mogador, PARIS
R. C. Seine 52 793

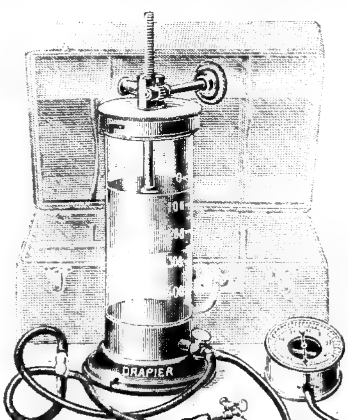
Tuberculose - Neurasthénie - Anémie

TONIKEINE

(SERUM NEURO-TONIQUE)

chaque ampoule contient			une injection tous les 2 jours *indolore*
	EAU de MER DILUÉE	5 c. c.	
	Glycéroph. de Soude.	0 gr. 20	
	Cacodylate de Soude..	0 gr. 05	
	Sulf. de Strychnine...	1 millig.	

Laboratoires CHEVRETIN-LEMATTE, 5, rue Ballu. Paris.
L. LEMATTE, Docteur en Pharmacie, *Successeur*
Reg. du Com. Seine N° 3756.



PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

Appareil du Dr BAILLET (de Nîmes)

NOTICE SUR DEMANDE

DRAPIER

Instruments de Médecine & de Chirurgie

Dans d'autres cas, il y a une période prédiabétique, caractérisée par des malaises mal définis, des troubles psychiques, sur lesquels M. Merklen a insisté, un trouble général de la nutrition que rien n'explique. Ces états prédiabétiques, que j'ai moi-même observés et décrits, sont d'ailleurs assez mal connus.

A la période d'état, on trouve dans la majorité des cas la symptomatologie ordinaire du diabète avec ses grands signes (polyurie, polydipsie, polyphagie). L'examen objectif reste à peu près négatif, réserve faite d'un foie gros et un peu douloureux dans certains cas, où la glycosurie est intense. C'est l'*hépatalgie* des diabétiques que j'ai jadis décrite avec M. Gilbert.

Il y a des enfants chez lesquels le diabète est rapidement consomptif, d'autres qui présentent surtout un retard de la croissance staturale, tout en gardant par ailleurs une nutrition à peu près satisfaisante. Ce sont ces cas que le professeur Nobécourt désigne sous les noms de *diabète avec dénutrition* et *diabète avec hypotrophie*. J'ai moi-même retrouvé ces deux types, avec leurs formes de passage, et les Américains également ont signalé ce diabète hypotrophique qui s'explique très bien, l'enfant ne pouvant utiliser le sucre. Or le sucre est un des facteurs essentiels de la croissance ; le professeur Nobécourt a insisté avec raison sur ce point.

Néanmoins il ne faut pas être trop exclusif. Si on rapproche l'hypotrophie de certains petits diabétiques de ce fait que nombre d'entre eux sont hérédo-syphilitiques, ont eu des crises convulsives, et de ce fait que récemment MM. Camus, Gournay et Legrand ont réalisé expérimentalement un diabète par lésion du plancher du 3e ventricule dans la région tubérienne, on peut se demander si cette hypotrophie n'a pas une cause nerveuse, s'il ne s'agit pas de diabète nerveux, avec atteinte des centres présidant à la croissance. Il y aurait même là, peut-être, un argument pour soutenir l'origine nerveuse de certains diabètes infantiles.

L'enfant diabétique, qui présente une hyperglycémie souvent accusée et une glycosurie marquée, évolue rapidement vers l'acidose et le coma. M. Rist a publié un cas dans lequel le diabète se termina en quelques jours par un coma diabétique mortel. M. Guillemot en a rapporté un autre dont l'évolution fut de trois mois. J'ai observé moi-même un cas terminé en 5 semaines. D'autres formes sont plus lentes et peuvent guérir. Mais, dans nombre de cas, l'évolution du diabète infantile est progressive et relativement rapide vers les accidents d'acidose et de coma.

Voici une petite malade intéressante à divers égards, notamment parce que c'est la première enfant à laquelle, en France, on ait appliqué le traitement par l'insuline.

M. Th., âgée actuellement de 13 ans, était bien portante dans son enfance. Toutefois sa grand-mère paternelle est diabétique depuis 20 ans et une tante paternelle semble l'être également, En février 1923, elle fut prise de grande soif, grand appétit, polyurie, et on remarqua qu'elle maigrissait. On me l'envoya un mois après le début. Elle éliminait, comme le constata M. Moncany, de Corbeil, environ 100 grammes de sucre par 24 heures, et présentait déjà une quantité notable d'acétone dans l'urine, même avec un régime modéré. C'est dans ces conditions que je l'ai confiée à MM. Chabanier, Lobo Onell et Mlle Lebert ; ils ont commencé le traitement par l'insuline qu'ils préparaient, en faisant à la malade 2 piqûres par jour.

En quelques jours, la glycosurie est tombée à quelques grammes, l'acétonurie a disparu, le poids s'est élevé, si bien qu'au mois d'avril, je pouvais la présenter à la Société de pédiatrie, déjà très améliorée.

Pendant 2 mois nous lui avons fait des piqûres d'insuline (je reviendrai sur les précautions qu'il faut prendre pour éviter les accidents d'hypoglycémie). Puis elle resta 2 mois au repos, suivis d'une nouvelle cure d'insuline de quelques semaines. La cure fut interrompue en août et septembre, reprise en octobre 1923 après réapparition de sucre et une troisième cure d'insuline a de nouveau ramené le diabète à zéro. Nous avons continué ainsi à traiter cette enfant en la surveillant et en interrompant de temps à autre la cure. L'été dernier, elle est restée un peu plus longtemps sans traitement (4 mois et demi) et lorsqu'elle est revenue dans mon service le sucre avait reparu en abondance mais sans acidose marquée. Il a été plus difficile de le réduire par les piqûres d'insuline, néanmoins actuellement le sucre est retombé à 7 à 10 grammes et l'état général est satisfaisant.

L'acétonurie n'a pas reparu. L'enfant supporte à merveille ses piqûres.

Si elle a cessé de maigrir, elle n'est toutefois pas très grande, ne mesure que 1 m. 33, c'est-à-dire à peine deux centimètres de plus qu'il y a deux ans. Elle représente le type du diabète infantile avec hypotrophie du professeur Nobécourt.

Nous avons naturellement cherché chez elle l'hérédo-syphilis, le Wassermann est négatif et rien ne permet dans l'examen et l'interrogatoire de s'arrêter à cette hypothèse.

L'examen des fonctions pancréatiques pratiqué par M. Mauban par le tubage duodénal a montré qu'elles sont normales.

C'est donc un diabète probablement d'origine héréditaire, ayant eu au début l'allure d'un diabète consomptif, mais dont l'évolution semble avoir été arrêtée par l'insuline. Il semble toutefois que l'action de celle-ci ait été plus lente à son dernier séjour et que l'interruption ait donné au diabète une nouvelle activité (1).

Il est des cas de diabète infantile dont l'évolution est lente. J'ai vu un enfant de 9 ans et demi, ayant depuis sept ans le diabète. Je connais un certain nombre d'enfants chez lesquels le diabète remonte à plusieurs années ; de même je soigne de longue date un homme de 56 ans qui est diabétique depuis l'âge de 17 ans et vit normalement avec une élimination de 25 grammes de sucre par jour.

J'ai suivi autrefois, avec le professeur Gilbert, une jeune femme qui fut soignée par Lécorché à l'âge de 3 ans. Elle avait une glycosurie de 30 à 40 grammes, qui a continué pendant toute son enfance et son adolescence. Lorsque je l'ai observée, en 1902, elle avait 20 ans et éliminait 30 grammes de sucre. Actuellement, elle continue de vivre avec sa glycosurie à l'âge de 43 ans ; elle va bien mais a eu à deux reprises des crises graves d'auto-intoxication diabétique. J'ai de même suivi un frère et une sœur diabétiques, l'un depuis l'âge de 4 ans, l'autre depuis l'âge de 8 ans ; ils ont vécu ainsi avec quelques grammes de sucre toute leur enfance et leur adolescence ; le garçon actuellement a 25 ans et a pu faire la guerre ; son diabète a d'ailleurs quelque peu progressé, atteignant maintenant 80 à 100 grammes par 24 heures.

Ces cas de glycosurie curable ou tout au moins bénigne, à prédominance post-prandiale, ne sont d'ailleurs

(1) De fait, l'enfant est sortie de mon service en bon état apparent quelques semaines après cette cure, cessant tout traitement et, à peine trois semaines plus tard, elle est morte rapidement de coma diabétique malgré un nouvel essai d'insuline, il est vrai, faite à faibles doses.

peut-être pas absolument superposables aux autres. Dans certains faits, ce sont des glycosuries symptomatiques d'altérations hépatiques. D'autre part, lorsque le diabète de l'enfant, même avec une forte glycosurie, est bien supporté, c'est assez souvent un *diabète d'origine rénale.*

L'élément rénal joue un rôle capital dans la physiologie pathologique du diabète. Le sucre passe dans l'urine lorsqu'il atteint une certaine concentration dans le sang. Or le seuil du passage du sucre dans l'urine peut être abaissé et, dans de tel cas, on peut envisager l'existence d'une glycosurie marquée avec une hyperglycémie modérée ou même sans hyperglycémie. Inversement d'ailleurs, il peut y avoir, lors de lésions rénales accessoires, hyperglycémie sans glycosurie. Les premiers faits, plus fréquents, constituent ce qu'on a appelé le *diabète rénal*, merveilleusement toléré d'ordinaire, dans lequel il peut y avoir quelques troubles de la nutrition et à certains moments des accidents plus graves. Bon nombre d'observations chez l'enfant sont des faits de diabète rénal et M. Marcel Labbé a justement insisté sur ce point. Les faits de diabète évoluant très lentement (comme ceux que je viens de rapporter, se rattachent sans doute à ce type.

Néanmoins, ces faits ne doivent pas être séparés par un fossé des faits de diabète vrai, car il y a des transitions progressives entre les deux ordres de faits. C'est ainsi que le jeune homme dont je parlais tout à l'heure, diabétique rénal dans son enfance, est maintenant atteint d'une glycosurie marquée avec glycémie nette quoiqu'encore modérée et évolue vers le diabète constitué ; mon malade de 56 ans chez lequel la glycosurie peut être considérée comme due au facteur rénal a fait, à deux reprises, des crises graves d'intoxication.

Il faut donc conclure à l'unité du diabète, mais chez l'enfant comme chez l'adulte il y a des diabètes graves, d'autres moins graves, d'autres bénins, ceux-ci exceptionnels. Le plus souvent le diabète de l'enfant est un diabète grave, rapidement compliqué d'acidose, ou tout au moins un diabète avec hypotrophie qui évolue plus lentement mais sûrement vers l'acidose.

Chez l'enfant comme chez l'adulte il faut tenir compte du chiffre de la glycosurie et de son rythme horaire. Il y a utilité à suivre de quatre heures en quatre heures l'évolution de cette glycosurie au cours du nycthémère pour voir si elle est digestive ou continue. Lorsque le rythme de la glycosurie, comme je l'ai montré avec mon maître le professeur Gilbert, est intermittent, qu'elle existe surtout ou exclusivement à la période digestive, le pronostic est en général bénin et c'est à ce type qu'appartenaient tous les cas que j'ai vu évoluer lentement et d'une manière bénigne.

Le diabète de l'enfant était autrefois tellement grave, si facilement acidosique, entraînant si volontiers le coma que les médecins étaient portés au découragement. Il y a trois ans encore, volontiers nous disions : un enfant est diabétique, il est voué à la mort, à échéance plus ou moins rapide (réserve faite des cas bénins exceptionnels et à glycosurie généralement faible) pourquoi lui imposer un régime alimentaire sévère ? pourquoi essayer de le traiter par diverses médications ? Nous nous efforçions pourtant, nous les traitions et nous apprenions quelques mois plus tard qu'ils étaient morts du coma.

Actuellement, nous savons qu'on peut par un régime approprié, sur lequel M. Marcel Labbé a eu le grand mérite d'insister, atténuer considérablement le diabète d'un enfant, même sans insuline. D'autre part, nous avons dans l'insuline un merveilleux moyen de lutter contre l'acidose, contre les menaces de coma diabétique, et de réduire la glycosurie. L'insuline est encore un excellent moyen de rendre à l'enfant une croissance plus régulière.

***

Le *traitement* doit viser la glycosurie et la glycémie, les modérer l'une et l'autre, mais, en même temps, il doit viser l'acidose qui menace plus directement et plus immédiatement l'enfant.

Je voyais récemment une enfant qui avait très peu de sucre. 16 gr. dans les 24 heures. La mère hésitait à accepter le traitement par l'insuline. Or l'enfant avait 8 grammes d'acétone dans l'urine. Malgré son apparence de bien-être, elle était menacée d'accidents graves à brève échéance et il fallait la soigner activement.

Le RÉGIME ALIMENTAIRE de l'enfant diabétique varie avec chaque cas et dépend beaucoup de la cure instituée. C'est ainsi que l'insuline permet dans nombre de cas d'élargir considérablement le régime. Encore y a-t-il quelques règles générales à suivre.

La première chose à faire, c'est de *supprimer ou de diminuer le plus possible les hydrates de carbone,* sans aller jusqu'à la dénutrition, et c'est l'avantage de l'insuline de permettre une assimilation plus grande de ces aliments. Il ne faut pas, comme on l'a dit à un certain moment, donner largement de la viande et des œufs. La *restriction des albumines* est au moins aussi importante que celle des hydrates de carbone, parce que les albumines peuvent donner l'acidose, et le régime doit être autant et plus antiacidosique qu'anti-glycosurique.

Ce régime comporte donc peu d'hydrates de carbone, peu de viande et d'œufs ; un demi-litre à un litre de lait par jour peut être autorisé.

On permet les pommes de terre, les légumes verts, les fruits peu sucrés, le beurre et la crème.

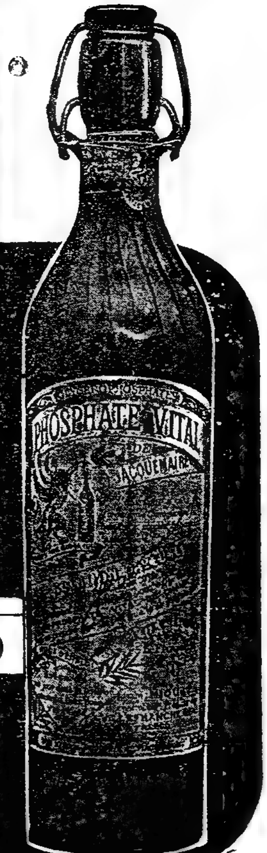
Lauritzen a, il y a quelques années déjà, se basant sur la nocivité des graisses et des albumines, montré l'utilité de mettre périodiquement l'enfant à la cure d'avoine (préconisée déjà par M. von Noorden) alternée avec une cure de légumes verts, et depuis, bon nombre d'observateurs ont insisté sur l'utilité des jours de jeûne relatif, même chez l'enfant.

Comme M. Marcel Labbé l'a montré, comme M. Nobécourt, M. Mouriquand, moi-même, nous l'avons indiqué, il faut se méfier d'une restriction des hydrates de carbone trop marquée sans faire de restriction parallèle de la viande, il faut lutter contre la suralimentation carnée surtout, car elle mène l'enfant à l'acidose et au coma ; on peut et on doit faire toutefois une restriction des hydrates de carbone suffisante et elle est nécessaire au début de la cure de tout diabète.

Lorsque le diabète semble d'allure relativement bénigne, on peut instituer aussi un régime de restriction relative des hydrates de carbone auquel on joint la cure de légumes verts dont M. Marcel Labbé a montré les avantages, et, de temps à autre, des cures de jeûne relatif.

Dans les formes graves, il faut supprimer presque complètement la viande, faire des cures de pommes de terre, de lait, surtout de légumes verts qui sont peu nutritifs, mais contiennent une faible quantité de sels minéraux reconstituants. Il faut en donner beaucoup et assez longtemps.

M. Marcel Labbé cite le cas d'un enfant de 6 ans, ma-



lade depuis un an, qui avait une glycosurie de 80 à 226 gr. et une acidose légère.

Il l'a mis à une cure de légumes verts longtemps prolongée, associée aux œufs, au lait, aux pommes de terre, au pain de gluten. Au bout de quelque temps l'enfant n'avait plus de glycosurie. Il dut toutefois secondairement être mis également à la cure par l'insuline.

Le régime alimentaire est donc fort important. Malheureusement l'enfant diabétique est souvent indocile et se plie mal aux régimes un peu sévères.

Il est, comme on l'a dit, atteint de *phagomanie*, il use de ruses multiples pour dérober des aliments. On ne peut indéfiniment continuer le même régime. C'est ici que l'insuline est utile pour permettre d'élargir l'alimentation et de donner plus d'hydrates de carbone et plus de viande. Sans dispenser du régime, elle le rend plus aisé à suivre et plus conforme aux besoins d'un enfant en croissance.

En somme, les lois du régime alimentaire peuvent se résumer ainsi.

1° Il faut diminuer la ration des albumines jusqu'à la limite compatible avec les besoins de l'organisme.

2° Il faut ne faire ingérer des graisses que modérément, se rappeler qu'on a vu des acidoses graves apparaître à la suite d'une alimentation graisseuse trop marquée ; néanmoins les graisses sont nécessaires pour apporter le minimum de calories que demande l'organisme.

3° Il faut se rappeler qu'une restriction trop grande des hydrates de carbone peut troubler la nutrition et contribuer à la production de l'acidose, l'enfant se nourrissant alors de sa propre substance, et l'autophagie le menant à l'acidose.

On a calculé que l'enfant avait besoin de 2 grammes d'albumine par kilo de son poids, jusqu'à 20 kilos, puis d'une quantité proportionnelle moindre au-dessus de 20 kilos.

Il a besoin de 3 grammes de graisse par kilo, jusqu'à 20 kilogr. ; 2 grammes de 20 à 30 kilogr. ; de 1 gr. 5 au-delà.

Enfin l'enfant a des besoins d'hydrates de carbone assez considérables et on ne peut pas les satisfaire complètement. L'enfant aurait besoin de 7 à 8 grammes d'hydrates de carbone par kilo, au-dessous de 20 kilos, ce qui fait, vous le voyez, une proportion considérable.

On devra consulter un tableau de régime indiquant la teneur des divers aliments en hydrates de carbone, albumine et graisses.

Il faut, notamment, se rappeler la proportion des hydrates de carbone que contiennent les aliments suivants :

Lait de vache..................	5	%
Farines de céréales...........	65 à 75	%
Farines de légumes...........	82 à 87	—
Pain..........................	50	—
Riz...........................	78	—
Pommes de terre..............	20	—
Légumes verts................	8 à 10	—

(tels que chicorée, oseille, épinards, haricots verts, choux, asperges).

Vous voyez que le lait de vache contient une quantité d'hydrates de carbone relativement faible et qu'on peut en faire à ce point de vue un usage assez large.

De même vous vous rendez compte, par exemple, qu'en prescrivant 100 gr. de pommes de terre, cela équivaut à 20 gr. d'hydrates de carbone, tandis que la même quantité de légumes verts n'en renferme que 8 à 10 gr.

Le régime doit être constitué en se rappelant qu'il y a certains aliments mieux supportés que d'autres. Parmi les hydrates de carbone, ce sont les pommes de terre qui sont de beaucoup les mieux supportées.

Voici par ordre décroissant, comment on range les divers farineux au point de vue de leur tolérance : pommes de terre, farine d'avoine, macaroni, châtaignes, riz, légumes secs, lait, pain.

Le lait et le pain, par conséquent, sont parmi les aliments les moins bien supportés, quoiqu'ils soient moins riches en hydrates de carbone. Le lait toutefois peut-être assez largement employé.

Parmi les albumines, il faut se rappeler que la viande et le lait sont des aliments très cétogènes, tandis que les œufs et les légumes secs sont moins cétogènes. Il y a donc avantage à recourir aux albumines végétales, notamment à la farine d'avoine, chez les enfants diabétiques.

Parmi les graisses on peut recommander le beurre comme un bon aliment, et quelquefois l'huile de foie de morue.

Grâce à ces divers aliments on peut constituer un régime accepté des enfants diabétiques. La petite malade que je vous ai présentée est à l'insuline et au régime suivant :

Le matin, 100 grammes de lait avec un œuf.

A 11 heures, 200 gr. de légumes verts et 60 gr. de viande, 200 gr. de lait, 100 gr. de pain et 20 gr. de beurre, à 5 heures de même 200 gr. de légumes verts, 50 gr. de viande, 20 gr. de beurre, 200 gr. de lait. Par période, les légumes verts sont remplacés par 400 à 500 gr. de pommes de terre par jour.

Il est assez aisé de régler ainsi le régime de chaque enfant diabétique, mais il est souvent difficile de lui donner toute la quantité d'hydrates de carbone qui lui est nécessaire et c'est précisément l'avantage de la cure d'insuline de permettre une utilisation plus grande des hydrates de carbone qu'absorbe la malade. N'ai-je pas cité l'exemple d'une petite malade qui supportait, sans glycosurie, 200 gr. d'hydrates de carbone ? J'en ai vu d'autres auxquels j'ai pu faire tolérer des quantités plus fortes encore et ainsi leur état général a repris.

Sans doute on peut également user de médications toniques (arsenicale ou phosphorée par exemple), on peut faire une cure alcaline, mais à l'heure actuelle ces médications sont simplement adjuvantes, la cure antisyphilitique, bien rarement indiquée, n'a elle-même qu'un rôle limité. C'est la cure opothérapique qui actuellement doit constituer la base du traitement. L'insuline est la médication du trouble glycorégulateur duquel résulte le diabète ; si elle n'agit pas sur les causes, elle en modifie nettement les effets, diminue ou fait cesser la glycosurie et la glycémie, constitue une médication anti-acidosique de premier ordre. La technique de son emploi et ses résultats feront l'objet d'une prochaine leçon dans laquelle j'espère vous convaincre du progrès considérable ainsi réalisé.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

A propos de la syphilis.

Le Professeur Jeanselme vient de présider le Congrès de la syphilis héréditaire qui s'est tenu à Paris, au début d'octobre. Nul n'avait plus d'autorité pour diriger les débats de l'assemblée sur un sujet dont l'actualité est toujours brûlante et pour aborder un problème d'une importance si considérable dans un esprit de véritable franchise, de science et d'humanité.

Le livre qu'il vient de faire paraître sur la syphilis (1) est une préface à cette grande question de pathologie sociale qui intéresse au plus haut point la médecine et la civilisation.

Ce livre vaut d'être lu non seulement par les médecins qui ont la responsabilité des malades et les guident, mais aussi par les hommes politiques et les sociologues qui doivent envisager les conséquences sociales d'un mal inquiétant et étudier les mesures les plus utiles à nous en préserver.

Il est plein d'enseignements et commence par une vue d'ensemble de la syphilis, par l'étude du tréponème, sa recherche et sa localisation. Il passe en revue les sources de la syphilis, son mode de contamination et la marche de l'infection, les symptômes et les manifestations générales et locales, spécialement les grandes réactions du tabes et de la paralysie générale.

Il précise les méthodes de diagnostic, la sérologie, les épreuves de Wassermann modifiées par Hecht, Calmette et Massol, Desmoulière, et aussi la floculation, la réaction de Vernes, la ponction lombaire, la biopsie.

Le chapitre de la syphilis héréditaire nous permet de vérifier l'exactitude des lois de Colles-Baumès et de Profeta, reprend la doctrine de l'hérédité par imprégnation, les accidents externes de la syphilis héréditaire, ses symptômes chez les nouveau-nés, ses stigmates si bien mis en lumière par Fournier, ses manifestations tardives et nous montre toute l'étendue et l'importance de la syphilis méconnue, ignorée ou latente.

Le traitement de la syphilis occupe une grande partie du volume et servira de guide à tous les praticiens.

Mesures préventives, essais de vaccination, prophylaxie sous toutes ses formes, chez le jeune homme, le nourrisson et chez la nourrice. Enfin tous les médicaments, depuis le mercure jusqu'au bismuth, en passant par les composés arsenicaux, à la découverte desquels le Pr Jeanselme a contribué grandement.

La syphilis est un fléau social, un des plus grands qui soient, puisque 30 % des syphilitiques meurent de cette affection et que la syphilis abrège de plus de 4 ans la vie humaine au dire de Blashko et d'Audry, qu'elle atteint 1/10 de la population, tue chaque année 20.000 enfants dans le sein de leur mère cause 40.000 avortements et au moins 80.000 décès. Elle est donc un mal pour l'individu qu'elle dégrade, pour la famille qu'elle dissocie, pour la société dont elle gaspille les forces et pour la patrie qu'elle dépeuple.

Et il y a quelque consolation à voir l'effort fait pour en diminuer la fréquence et en neutraliser les effets, l'utilité d'une réglementation, sévère mais humaine : la suppression de la prostitution des mineures, l'application de la responsabilité civile et pénale et aussi l'éducation sexuelle honnête mais franche, la divulgation des mesures prophylactiques et la répression du charlatanisme.

Avec cette finesse, cette pondération et cette claire vision des choses qui sont parmi les caractéristiques de l'esprit et de l'enseignement de Jeanselme, ce livre nous apporte après l'exposé des tristesses et des méfaits de la syphilis l'espérance d'une lutte efficace et de la diminution du fléau. Et l'on doit savoir gré à l'auteur de nous l'avoir donné.

M. LOEPER.

(1) Gauthier-Villars et Cie, éditeurs.

XXXIVe Congrès DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925)

Traitement du cancer du rectum par les radiations.

Rapport de MM. SCHWARTZ et RICHARD (*Suite*).

Discussion de la première question.

L'essentiel est d'opérer en temps opportun. Dans l'appréciation du pronostic, la précocité du diagnostic semble avoir une importance plus grande que la technique suivie. La voie périnéale a donné à l'auteur de bons résultats, mais l'exérèse doit être large et comprendre tous les tissus d'attache. L'association du bistouri et du radium est à recommander.

MM. HARTMAMN et BARBILLON (de Paris). Sur 398 opérations pour cancer du rectum, il y a 214 colostomies, dont 3 préliminaires à une exérèse et 183 opérations radicales. C'est dire que sur 394 malades l'exérèse a été pratiquée dans 46.6 p. 100 des cas.

Colostomies. — Sur les 214 colostomies, 16 morts, 7 1/2 p. 100. Mortalité non imputable à l'opération, qui est des plus bénignes, mais à ce qu'il s'agissait de malades en état d'occlusion ou cachectiques. Au point de vue éloigné, la survie a été en moyenne de six à vingt-quatre mois ; 20 p. 100 des opérés ont dépassé deux ans, plusieurs même ont survécu quatre, cinq et six ans ; 4 sont actuellement en bon état général après deux, trois, trois ans et demi et quatre ans. Les applications intrarectales de radium après colostomie ne nous ont paru d'aucune utilité ; 2 fois elles ont été cause d'hémorragies abondantes ; au contraire, 1 colostomisée soumise à la radiothérapie profonde est actuellement améliorée.

1 *ablation par voie sacrée et* 2 *par les voies naturelles* ont été suivies de guérison. De ces 2 dernières, 1 a été bien dix-sept ans, puis a eu un cancer cæco colique qui a été enlevé et qui a récidivé, la mort survenant vingt ans après la première opération.

180 *amputations périnéales* ont donné 18 morts, 18.5 p. 100 (22 p. 100 dans la clinique hospitalière, 16.2 p. 100 dans la clinique privée) ; 30 ont été revus sans récidive après un à vingt ans ; 9 sont morts sans récidive après huit mois à onze ans ; 7 sont vivants avec une récidive après un à trois ans ; 15 sont morts de récidive au bout d'un temps allant de deux mois à onze ans. Presque toujours dans les récidives il y a eu repullution du cancer dans le tissu cellulaire pelvien ; 1 fois il y a eu cancer du foie sans récidive locale, 1 fois une tumeur cérébrale

73 *amputations abdomino-périnéales*, 38 morts, 52 p. 100 (61 p. 100 dans la clinique hospitalière, 18,7 p. 100 dans la clinique privée) ; 14 ont été revus sans récidive après dix mois à seize ans, 8 sont morts après dix-huit mois à quatre ans ; de ces 8 un seul avait une récidive locale, les autres sont morts : 1 de cancer du foie, 1 de tumeur cérébrale, 1 de cancer généralisé, les autres d'affections intercurrentes.

La récidive locale, fréquente après les amputations périnéales est rare après les abdomino-périnéales.

Aussi, pour enlever tout le territoire lymphatique sans exposer aux dangers de l'amputation abdomino-périnéale, l'auteur a-t-il eu recours, pour les cancers de la partie supérieure de l'ampoule ou les recto-sigmoïdes, à l'*ablation uniquement par voie abdominale* avec colostomie terminale et fermeture en cul-de-sac du bout ano-rectal ; 7 cas, 2 morts, mortalité qui peut être très réduite : 1 des morts résultant d'une faute dans les indications (cancer fébrile ; à l'autopsie, foie farci de noyaux cancéreux), une faute de technique (sphacèle du bout colique par section trop étendue du méso vasculaire). Tous les autres cas ont évolué très simplement ; les 2 premiers, opérés depuis cinq ans, sont bien, sans récidive.

M. DELAGENIÈRE (du Mans). Depuis 1910, 152 cas ont été opérés. Sur ce nombre 58 ne pouvaient bénéficier que d'une opération palliative qui a été un anus artificiel définitif. Il n'y a eu que 3 morts opératoires grâce à l'adoption des règles suivantes :

1° *Malade non en occlusion*. — Anus iliaque classique en un temps et si l'état général le permet anus iliaque genre Lambret.

2° *Malade en occlusion*. — Dans ce cas faire d'urgence un

anus lombaire temporaire et pratiquer dix jours plus tard un anus définitif iliaque genre Lambret.

Les 93 cas opérés radicalement se répartissent en : 4 cas de laparotomie exploratrice simple sans opération avec 3 morts et 89 interventions diverses.

39 amputations hautes avec descente périnéo-sacrée avec 3 morts opératoires ; 11 cas perdus de vue, 1 guérison depuis quatorze ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans. Mais 21 récidives locales pendant les trois premières années après l'opération.

14 résections abdominales avec sutures bout à bout : 4 morts opératoires, 6 malades perdus de vue et 4 récidives dans les quatre premières années.

8 opérations de Kraské, avec 2 morts opératoires, 3 perdus de vue et récidives *in situ* dans les deux premières après l'opération.

3 opérations genre Moulonguet avec 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans.

3 opérations genre Hartmann avec 1 mort opératoire de 2 récidives avant trois ans.

21 résections abdomino-périnéales avec 4 morts opératoires, 3 perdus de vue. 1 guérison depuis huit ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans, 7 opérés depuis trois ans ou moins de trois ans, et enfin 3 récidives avant trois ans chez des malades pour lesquels une opération palliative seule était indiquée.

2 amputations abdomino-trans-anales du rectum avec 2 guérisons opératoires récentes.

Cette statistique dépourvue de toute valeur rigoureuse en raison du grand nombre des malades perdus de vue depuis leur opération semble cependant s'accorder avec les données théoriques de l'exérèse de tous les cancers à savoir :

Toute tumeur récente et encore opérable doit être enlevée en totalité avec son territoire lymphatique et ambiant.

Cette extirpation complète ne peut être réalisée qu'au moyen d'un évidement ano ischio-pelvien (opération abdomino-périnéale avec anus artificiel définitif) ou, dans quelques cas rares de tumeurs haut situées, la descente de l'S iliaque à travers le sphincter externe conservé (amputation abdomino-trans anale du rectum).

Toutes les autres méthodes d'exérèse du rectum cancéreux doivent donc être abandonnées : amputation haute avec descente périnéo-sacrée ; résections abdominales avec suture bout à bout ; opérations de Kraské ; opérations genre Moulonguet et Hartmann, etc.

M. Lambret (de Lille) s'appuyant sur une expérience datant de 1898 pense que le cancer du rectum est un bon cancer, en raison de la lenteur de son évolution, de la proportion importante des guérisons définitives et des longues survies post-opératoires.

L'examen des pièces enlevées montre que l'extension du mal se fait pendant très longtemps dans le tissu cellulaire péri-rectal et les ganglions voisins. Cela forme une zone qu'on arrive très bien à dépasser en largeur en opérant en dehors de la gaine rectale, en hauteur en remontant très haut. La localisation des récidives qui se font d'ordinaire dans le tissu cellulaire péri-rectal confirme cette manière de voir.

Or, la voie périnéale seule permet de passer à coup sûr en dehors de la gaine rectale ; bien conduite, l'opération par cette voie permet également de dépasser le mal en hauteur. Les statistiques sont au moins aussi bonnes que pour les opérations à voies combinées. De plus, la voie périnéale a ceci de supérieur, c'est qu'elle est exempte de gravité. Elle convient aux cancers bas situés, cancers ampullaires même élevés.

Pour les tumeurs extra-péritonéales, l'opération par voie abdominale pure est suffisante et permet une exérèse complète. Elle est également exempte de gravité.

Rares sont les cas justiciables de la voie combinée. Ce sont les cas dans lesquels au cours de l'intervention par voie basse on se rend compte qu'après large libération on ne dépasse pas la zone suspecte du méso ; dans ces circonstances le temps périnéal étant achevé, il faut terminer par voie abdominale.

Bénéficient encore de cette méthode les cas commencés par voie abdominale et dans lesquels au cours des premières manœuvres opératoires on trouve que le cancer descend dans le pelvis ; il faut alors, de peur d'inoculation opératoire, réduire au minimum les manœuvres de libérations abdominales et terminer par voie périnéale.

Quant à l'opération abdomino-périnéale classique, l'auteur pense qu'il faut y avoir recours de moins en moins. C'est une opération grave qui entraîne sans profit la suppression d'un segment intestinal que ne menacera jamais le cancer. Elle est insuffisante et expose aux inoculations opératoires.

L'auteur pose en principe que dans tous les cas il faut renoncer à l'abaissement du bout supérieur, accepter l'anus iliaque définitif et profiter de son établissement pour explorer par l'abdomen la limite supérieure du néoplasme. Grâce aux renseignements ainsi recueillis on décidera presque sûrement laquelle des techniques envisagées plus haut devra être utilisée pour l'exérèse.

M. L. Tixier (de Lyon). L'anus de dérivation de Maurice Pollosson doit être systématiquement exécuté dans un temps préalable, aussi bien pour les opérations par la voie abdominale que pour les opérations par la voie basse. L'hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain, exécutée suivant la méthode de Tixier, diminue la mortalité opératoire de l'amputation abdomino périnéale chez la femme et assure des résultats éloignés durables.

En l'état actuel de nos connaissances, le traitement du cancer du rectum est uniquement du domaine chirurgical.

1. Le seul traitement palliatif, dans les cas d'inopérabilité, est l'établissement d'un anus contre nature de dérivation, selon le procédé de Maurice Pollosson.

Il faut savoir l'imposer au malade, c'est le seul moyen de le soulager et de prolonger sa vie.

2. L'anus de dérivation préliminaire améliore sensiblement les résultats chirurgicaux, soit au point de vue de l'opérabilité, soit au point de vue des risques opératoires.

3. Chez l'homme la voie périnéale est la méthode de choix : 23 interventions ; mort : 0.

Le total des interventions par le voie basse chez l'homme et chez la femme est de 32 interventions ; mort : 0.

4. Chez la femme, la voie haute, avec hystérectomie abdominale totale préalable et anus de dérivation préliminaire est la méthode de choix : 20 interventions ; morts : 6.

Elle permet d'enlever d'énormes cancers et de conserver parfois le sphincter normal. Elle assure des survies remarquablement longues : vingt ans, onze ans (deux fois) quatre ans.

M. L. Imbert (de Marseille) a observé 79 cas de cancer du rectum : 41 ont subi une opération radicale : 14 une opération palliative (13 anus et une radicotomie). Des 31 opérations radicales, 29 ont été faites par la voie basse :

La mortalité opératoire a été la suivante :

Avant la guerre : 6 cas, 4 morts (45 p. 100).

Après la guerre : 22 cas, 8 morts (35 p. 100).

L'auteur a tendance à opérer tous les cas où l'extirpation est anatomiquement possible et où l'état général est relativement satisfaisant ; il estime, dans ces conditions, son opérabilité actuelle à 90 p. 100.

Les résultats éloignés sont les suivants :

Sur 19 malades opératoirement guéris, 4 ont été perdus de vue, 5 morts, 5 ont été revus guéris moins de deux ans après l'opération, 5 ont été revus guéris plus de deux ans après l'opération ; ces derniers seuls peuvent être considérés comme « guérisons durables ».

Comment établir leur proportion en pourcentage ? Il faut évidemment éliminer les 4 qui ont été perdus de vue, et les cinq dont l'observation n'a pas été suffisamment prolongée : restent 10 cas : 5 morts et 5 guéris au-delà de deux ans. Mais faut-il à ces 10 cas ajouter les 12 morts opératoires ? S'il en est ainsi la proportion s'établit : 22 opérés, 5 guérisons durables ; 24 p. 100. L'on peut estimer aussi qu'il y a plus d'intérêt à connaître le pourcentage par rapport aux survivants, sans tenir compte ici des morts opératoires. On a alors 10 cas avec 5 guérisons durables soit 50 p. 100.

L'auteur expose enfin les raisons pour lesquelles il est resté fidèle dans la plupart des cas à la voie basse.

Les cancers bas situés (de la région anale) lui paraissent manifestement justiciables de cette dernière ; les haut situés par contre doivent être opérés, soit par voie combinée, soit parfois par voie abdominale pure (Hartmann). Les cancers ampullaires, les plus nombreux, prêtent à contestation. L'auteur fait remarquer que les recherches ganglionnaires peuvent être poussées très loin par le périnée, que l'évidement pelvien s'effectue complètement par cette voie, que les récidives, autant qu'on peut le savoir, sont aussi souvent locales que ganglionnaires, que la nécessité aujourd'hui couramment admise, de l'hystérectomie préalable aggrave le pronostic, et enfin que la supériorité de la voie combinée pour ce qui concerne les résultats durables ne paraît pas encore suffisamment caractérisée.

M. Villard (de Lyon). Les résultats éloignés des amputations abdomino-périnéales du rectum cancéreux doivent être envisagés non seulement au point de vue mortalité et survie, mais aussi au point de vue fonctionnel. L'amputation abdomino-trans-anale déjà défendue par l'auteur au Congrès de 1922 permet la conservation des fonctions du sphincter. Cette inter-

vention, de mise dans les cancers resto-sigmoïdiens, est aussi complète dans son temps abdominal que les autres méthodes combinées et la conservation du sphincter n'augmente pas les chances de récidive, car l'extension néoplasique se fait en haut. L'abaissement présente en outre l'avantage de n'ouvrir à aucun moment la lumière intestinale, ce qui supprime les risques de péritonite.

Sur 15 opérés, 5 morts opératoires, soit 33 p. 100. Les résultats éloignés ont donné également 33 p. cent de guérisons durables ; ces chiffres montrent que l'abdomino-trans-anale n'est pas inférieure aux autres méthodes. Elle offre par contre le grand avantage d'éviter aux opérés la grave infirmité de l'anus artificiel. Chez tous les malades les fonctions sphinctériennes étaient conservées, complètement ou partiellement ; un seul était incontinent malgré des contractions volontaires visibles du sphincter.

M. Victor PAUCHET (de Paris) a pratiqué 72 résections ou amputations abdomino-périnéales et 107 résections ou amputations par la voie basse. Ses conclusions sont les mêmes que celles des rapporteurs :

a. *Le diagnostic précoce est indispensable.* — Tout sujet qui se plaint du moindre trouble du côté du rectum sera *touché* et *rectoscopé*. Le médecin qui s'abstient de ces deux procédés d'exploration commet une faute grave. Il ne devra jamais prononcer les mots « hémorrhoïdes ou entérite » qui tranquillisent le patient et ajournent l'opération.

b. *L'opération immédiate s'impose.* — Tout malade qui a un cancer du rectum doit être prévenu de la gravité de son cas, sinon il refusera l'opération. Il faut qu'il sache qu'il a une maladie mortelle dont il doit être débarrassé par une opération précoce.

c. *Les opérations par la voie basse donnent une mortalité plus faible*, mais une récidive plus fréquente. La mortalité des abdomino-périnéales est plus élevée (33 p. 100), mais l'opération est plus radicale et donne 70 p. 100 de guérisons au-delà de trois ans. C'est le procédé de choix.

d. *Il est exceptionnellement possible de conserver le sphincter et seulement dans quelques cas spéciaux* : sujet jeune (quarante à soixante ans), siège recto-sigmoïde. Dans tous les autres cas, il faut faire l'amputation abdomino-périnéale, avec anus définitif dans la fosse iliaque gauche.

e. Malades, médecins et chirurgiens doivent bien se répéter que *celui qui a un cancer du rectum « s'est attiré une sale affaire »* et que pour en sortir, le moyen le moins mauvais, c'est l'extirpation abdomino-périnéale avec un anus définitif.

f. *Le radium et la radiothérapie sont à déconseiller* dans tous les cas.

g. *Pour poser l'indication, le chirurgien doit choisir entre sa réputation et l'intérêt du malade.* En dehors des cas qui ne s'accompagnent pas de métastases, tous les cancers du rectum doivent être traités par l'extirpation, quelles que soient les adhérences. Il faut viser non pas à la belle statistique immédiate, mais aux résultats définitifs. Il faut tabler, pour apprécier ces résultats, non pas sur le nombre des opérations faites, mais sur le nombre des malades qui ont consulté. Or, un chirurgien qui opère systématiquement tous les cas sans métastases, obtient, au bout de cinq ans, un nombre de guérisons incomparablement supérieur à celui du chirurgien qui a sélectionné ses cas.

M. JEANNE (de Rouen). En éliminant délibérément de sa communication les cancers strictement limités à la région anale pour n'étudier que ceux qui occupent le rectum proprement dit, région ampullaire et sous-ampullaire, l'auteur a opéré par voie périnéale-coccygienne, 14 malades.

Sur ce nombre 2 ont succombé à l'opération, l'un par suite d'accidents septiques, l'autre d'hémorragie secondaire ; ce qui fait que la mortalité immédiate n'a été qu'à peine supérieure à 14 p. 100.

Les suites lointaines n'ont pas été moins bonnes. Sur 10 opérés de date ancienne, 2 sont morts de récidive, au bout de deux ou trois ans ; quatre ont été perdus de vue, quatre ont eu ou ont des survies considérables. De cette expérience personnelle, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. La voie coccypérinéale actuellement un peu délaissée suffit à enlever correctement tous les cancers du rectum si haut placés qu'ils soient.

II. Quand le cancer n'atteint pas l'anus, elle permet facilement la conservation du sphincter et l'implantation du bout supérieur de la résection dans le canal anal sans ces manœuvres délicates et dangereuses qu'on fait dans le même but au cours de l'extirpation abdomino-périnéale.

III. La bénignité opératoire est reconnue par tous. La mortalité n'a guère dépassé 14 p. 100.

IV. Si l'on racle bien tout le sacrum jusqu'au promontoire il est facile d'enlever le pédicule vasculaire et lymphatique supérieur avec ses ganglions.

V. Les suites éloignées peuvent soutenir la comparaison avec les meilleures statistiques de l'abdomino-périnéale. C'est ainsi que les 40 p. 100 au moins des opérés ont bénéficié d'une survie de treize ans et même davantage à tel point qu'on peut escompter une guérison définitive.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.





SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 octobre 1925.

Un cas d'enchondrome de la bronche droite. — MM. *G. Caussade, J. Surmont et J. Lacapère* montrent un enchondrome, tumeur vérifiée histologiquement, siégeant sur les derniers anneaux de la bronche droite et composée d'une série de petites granulations de la dimension d'une petite baie ; elle fait une saillie assez considérable dans la lumière du canal bronchique, mais elle ne l'oblitère pas complètement. Elle est fortement implantée par un pédicule assez large.

Chez notre malade, qui n'était ni tuberculeux, ni syphilitique, cette tumeur bénigne a causé la mort à raison de son siège même, en déterminant *exclusivement, du côté où le néoplasme était situé*, des lésions sous-jacentes : 1° une dilatation accentuée de quelques ramifications bronchiques de gros calibre, où stagnait du pus en abondance, 2° des abcès, à streptocoques, 3° de la sclérose péribronchique, et 4° une alvéolite intense.

Il y avait aussi, à l'autopsie, deux foyers de splénisation.

Du point de vue clinique, on peut mettre en lumière les trois phénomènes suivants constatés chez notre sujet ; ils peuvent, à la rigueur, faire soupçonner un obstacle siégeant sur l'une des deux grosses bronches : 1° *la persistance pendant plus d'un an* de signes de bronchite et de bronchite purulente, qui restent *unilatéraux* (*côté de la tumeur*).

2° L'injection de l'arbre bronchique au lipiodol qui ne pénètre à peu près exclusivement que dans le système bronchique, du côté opposé à la tumeur.

En effet, bien que ceci semble *a priori* constituer un paradoxe ; l'évacuation purulente peut s'effectuer du côté de la tumeur, malgré cette tumeur, et cependant cette dernière empêche presque totalement dans ce même côté la pénétration du lipiodol injecté par la trachée.

3° Le rejet *immédiat assez abondant mais non total* des injections huileuses par la trachée, malgré une anesthésie profonde et à forte dose des muqueuses trachéo-bronchiques.

En se basant sur ces trois signes, le clinicien est autorisé à faire pratiquer une bronchoscopie utile des points de vue diagnostic et thérapeutique.

René Giroux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 octobre 1925

M. *Desnos* lit une notice nécrologique sur M. Mesureur, et M. *Nobécourt* une notice nécrologique sur M. Liégeois.

La sécurité des voyageurs en chemin de fer. — M. *Maurice de Fleury*, à la suite d'une lettre du Comité de direction des grands réseaux, demande qu'il soit constitué une commission qui déterminera les conditions les plus efficaces d'examen des agents des chemins de fer et notamment des mécaniciens des grandes lignes, au point de vue de leurs aptitudes physiologiques et de persistance de celles-ci au cours de leur carrière.

Hypertension d'origine surrénale. — M. *Roger* avait autrefois noté que l'excitation du système nerveux par embolie cérébrale déterminait l'hypertension. Il avait émis l'hypothèse que celle-ci était due à la fois à la vaso-constriction et à une décharge adrénalinique. Les recherches expérimentales de MM. *Tournade* et *Chabrol* par le procédé de l'anastomose surrénalo-jugulaire entre deux chiens confirment le bien-fondé de cette hypothèse.

Une nouvelle affection des modeleurs due au ciment armé. — M. Marcel *Baudoin*. — A une époque où le modelage au ciment commence à se propager, il importe de prévenir les artistes et le praticien du danger qu'il y a à manier sans précautions le ciment humidifié qui n'est pas inoffensif comme l'argile ou le plâtre.

Très rapidement le modelage au pouce et aux doigts amène de petites ulcérations à leur niveau, lesquelles sont de suite très douloureuses et progressent rapidement.

L'unique thérapeutique à employer c'est le pansement humide pour calmer les douleurs, et dès que celles-ci deviennent moins intenses il faut recourir au pansement sec.

La cessation du travail est nécessaire. Comme prophylaxie on peut recommander les gants de caoutchouc.

Il semble que la cause de ces lésions soit la chaux mise en liberté au cours de la manipulation du ciment.

Séance du 13 octobre 1925

Note sur un cas de calculs simultanés des deux reins extraits par pyélotomie après vaccination pré-opératoire. — M. Pierre *Bazy* communique les résultats d'opérations qu'il a pratiquées à un mois d'intervalle sur les deux reins ou mieux sur les deux bassinets d'une même malade pour en extraire des calculs. Les bassinets étaient infectés par le staphylocoque.

Grâce à la vaccination pré-opératoire, les suites opératoires ont été aseptiques comme si les bassinets n'eussent pas été infectés. Il attribue la rapidité et la simplicité de la guérison opératoire à la méthode de la vaccination pré-opératoire. Il rappelle que cette méthode a été imaginée, proposée et mise en pratique par le Dr Louis Bazy. Cette vaccination pré-opératoire a été employée à sa suite par d'autres chirurgiens qui s'en sont bien trouvés mais ont trop souvent négligé d'en citer l'inventeur.

Nouvelle oosporose pulmonaire. — MM. A. et R. *Sartory* rapportent deux observations d'une mycose nouvelle due à un champignon non encore décrit. Dans les deux cas il s'agissait d'une location pulmonaire simulant cliniquement la tuberculose. Les auteurs donnent une description succincte de l'agent cryptogamique en cause, qui est pathogène pour le cobaye et le lapin. C'est un oospora du genre actinomycès.

Kystes hydatiques du pancréas. — M. *Auvray* rapporte une observation nouvelle de cette très rare localisation du kyste hydatique. L'histoire clinique de ces kystes est calquée sur celle des kystes ordinaires du pancréas. Leur évolution se fait dans le même sens. Le diagnostic est très malaisé et seule l'éosinophilie peut le faire supposer.

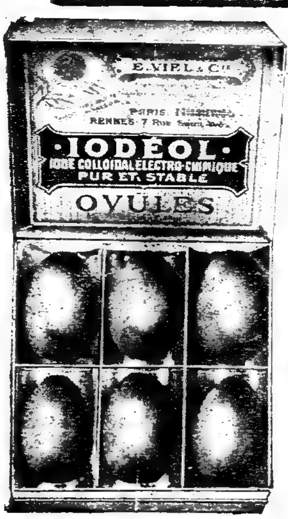
Le traitement est celui des kystes hydatiques en général : l'ablation totale qui est très rarement possible, et surtout la marsupialisation et l'ablation de la vésicule mère suivie de la suture et de la réduction de la poche adventice avec ou sans drainage.

BIBLIOGRAPHIE

The life of Sir William Osler. (La vie de William Osler), par Harvey Cushing. 2 vol. in-8°. Oxford, Clarendon Press, 1925.

Deux volumes sont consacrés à la biographie du baronnet William Osler, dont la carrière ne fut qu'une suite de succès retentissants, mais dont la vieillesse fut empoisonnée par la mort de son fils tué sur le front pendant la grande guerre. Né au Canada, à Bond Head, le 12 juillet 1849, fils du Révérend F. L. Osler, missionnaire, il est élevé à Trinity College School, à Port Hope. Il continue ses études à la Trinity University à Toronto et à la Mac Gill University à Montreal et passe le doctorat en médecine, en 1872. Comme ses compatriotes, il voyage beaucoup, surtout en Europe ; il connait Londres, Leipzig, Vienne, mais il aime surtout Paris où il fera de nombreux séjours au cours de sa carrière et où il fréquentera l'élite médicale. Il est successivement professeur au Canada, à la Mac Gill University en 1874 ; aux Etats-Unis, à l'Université de Pensylvanie (1884-1889) et à l'Université John Hopkins (1889-1904) ; et enfin en Angleterre, à Oxford en 1905. Il meurt en 1919 des suites de la grippe. Son œuvre capitale est « The principles and practice of medicine » (les principes et la pratique de la médecine), qui, publiée en 1892, eut plusieurs éditions et de nombreuses traductions.

J. Lafont.


E. VIEL & Cie
IODÉOL
IODE COLLOÏDAL ÉLECTRO-CHIMIQUE
PUR ET STABLE
OVULES

FONDÉ EN 1873. — N° 44. **Le Numéro : 50 Centimes** 31 OCTOBRE 19

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies	**35** fr.
Belgique et Italie	**45** fr
Étranger 1re zone	**55** fr.
Étranger 2e zone	**70** fr

Etudiants :
Réduction de **5** fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

DIRECTION SCIENTIFIQUE

BOURGEOIS
Oto-Rhino Laryngologiste de l'Hôpital Laënnec

BRÉCHOT
Chirurgien de l'Hôpital Trousseau

CHIFOLIAU
Chirurgien de l'Hôpital St-Louis

CLERC
Professeur agrégé Médecin de l'Hôpital Lariboisière

CODET
Médecin des Asiles

JEANNIN
Professeur de clinique obstétricale Accoucheur à la Pitié

LENORMANT
Professeur agrégé Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

L. LORTAT-JACOB
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

PAUL-BONCOUR (G.)
Professeur à l'Ecole d'Anthropologie

A. PHILIBERT
Professeur agrégé

POULARD
Ophtalmologiste de l'Hôpital Necker Enfants-Malades

Félix RAMOND
Médecin de l'Hôpital St-Antoine

VIGNES
Accoucheur des Hôpitaux

Rédacteur en Chef
Maurice LOEPER
Professeur agrégé, Médecin de l'Hôpital Ten

Secrétaire de la Rédactio
Maurice GENTY

Les bureaux de Rédaction son ouverts les Lundi et Vendredi de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 22 *octobre.* Thèses vétérinaires. — M. BARRAT. Des intoxications par diverses solanées. — M. PICHON. Etude des dystocies dans l'espèce bovine. — M. GILLOOTS. Sur la torsion de l'utérus chez les grandes femelles domestiques.

Thèses vétérinaires. — M. BESSOLES. Histoire d'une épidémie de morve sur le plateau de l'Aubrac.

Thèses vétérinaires. — M. MILLOT. Etiologie de la rupture de la rate chez quelques animaux domestiques. — M. TILLIER. Appréciation en rendement des animaux de boucherie.

24 *octobre.* — Thèses vétérinaires. — M. FONTAINE. Le sérum de MM. Declainche et Vallée dans les maladies des chiens. — M. TÊTEFORT. Règlementation de l'industrie des viandes à Madagascar.

27 *octobre.* — Thèses vétérinaires. — M. SCHERN. Sur les hématozoaires de l'Indochine. — M. CHÉRON. Les cas typiques de piroplasmose canine. — M. BEURIÉ. Traitement des teignes.

29 *octobre.* — Thèses vétérinaires. — M. DERNILLEZ. L'iode et ses dérivés en médecine vétérinaire.

30 *octobre.* — M. JAMET. Traitement du rachitisme. — M. HUGUENET. Traitement de la maladie de Fauchard par la prothèse de contention.

31 *octobre.* — M. LOUGNON. Les colites amibiennes chroniques méconnues. — M. SPINDLER (Jean). Etude des modifications urinaires au cours de l'allaitement. — M. VIGNOT (Marc). Etude des méningococcémies à forme de fièvre. — M. MARTINY. La pression veineuse périphérique (forme de la tuberculose pulmonaire).

Congrès d'orthopédie. — Au cours de la réunion ont été élus :

Membres titulaires de la Société : MM. le professeur Le Fort (Lille), Bréchot (Paris), G. Moutier (Nantes), E. Perrin (Lyon), Clavelin (Val-de-Grâce), Tillier (Alger), R. Ducroquet (Paris), Nicolas (Perpignan).

Membres correspondants étrangers : MM. Ugo Camera (Turin), Papadopoulo (Athènes), E. Gradoyevitch (Belgrade), professeur Gaëtano (Naples).

— Les deux questions mises à l'étude pour la VIII[e] réunion, en octobre 1926, sont :

Le genou paralytique. — Rapporteur : M. Nové-Josserand (Lyon)

Le traitement des séquelles de la coxalgie en dehors des récidives et de l'évolution tuberculeuse. — Rapporteur : M. Mathieu (Paris).

Avis de vacance d'un poste de médecin chef d'asile d'aliénés. — Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile public d'aliénés de la Roche Gandon (Mayenne), par suite du décès de M. le docteur Beaurain.

Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur F. Terrien recommencera ses leçons cliniques le vendredi 13 novembre à 10 1/2 du matin (amphithéâtre Dupuytren) et les continuera les vendredis suivants, à la même heure.

ORDRE DU SERVICE. — Lundis et vendredis, à 9 h. 1/2 : Policlinique. Mardis, jeudis et samedis, à 9 h. 1/2 : Opérations. Mercredis : exercices ophtalmoscopiques et examen de malades.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — MM. les professeurs Strohl et Cange, MM. Sainton, Villaret, Dupuy-Dutemps, Monthus, Cantonnet, Cerise, Vetter, Bourdier, Monbrun, médecins et ophtalmologistes des

hôpitaux, feront en décembre, janvier, février et mars, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu une série de conférences sur quelques grands syndromes généraux en rapport avec l'ophtalmologie.

Conférences pratiques. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. E. Velter, Prélat, Cousin, Veil, Ostwalt, Gautrand et Kalt, ophtalmologistes des hôpitaux, assistants et chefs de clinique, commencera le mardi 18 novembre, à 11 h., une série de conférences pratiques, avec présentation de malades, et les continuera pendant tout le semestre d'hiver, les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Neurologie oculaire. — MM. Foix et Velter, médecin et ophtalmologiste des hôpitaux, feront en janvier et février, à l'amphithéâtre Dupuytren, une série de 15 leçons de neurologie oculaire.

Examen objectif et fonctionnel de l'œil. — M. le professeur F. Terrien, assisté de MM. Prélat, Cousin, H. Ostwalt, Veil et Goultier, commencera le mardi 2 mars, à 11 h., un cours de 12 leçons sur l'examen objectif et fonctionnel de l'œil et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

Cours de perfectionnement. — M. le professeur F. Terrien, assisté de M. le professeur agrégé Zimmern, de MM. Sainton, Dupuy-Dutemps, Hautant, Velter, Prélat, Cousin, Ostwalt, Veil, Liebault et Gautrand, fera en mai et juin un cours de technique ophtalmologique (technique opératoire, technique de la lampe à fente, radiologie et radiothérapie oculaires, technique ophtalmométrique et notions pratiques d'optométrie, neurologie oculaire, les grands syndromes ophtalmologiques et leurs rapports avec l'oto-rhinologie et la pathologie générale).

Institut de médecine coloniale. — M. le professeur F. de Lapersonne commencera le lundi 9 novembre 1925, à 10 h. 1/2 du matin, à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel Dieu (amphithéâtre Dupuytren), une série de 6 leçons sur les affections oculaires des pays chauds et les continuera tous les lundis suivants à la même heure.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fera du 30 novembre au 6 décembre une série de conférences de thérapeutique digestif.

Traitement de l'ulcère gastro-duodénal, des vomissements incoercibles, de l'aérophagie, physiothérapie des affections gastriques, le tubage duodénal et ses applications thérapeutiques. Traitement de la dysenterie et des colites.

Exposé et discussion des méthodes nouvelles.

Les conférences auront lieu tous les matins à 10 h. 1/2, salle Aran. Se faire inscrire salle Aran.

Le mercredi, consultation pour les maladies de l'appareil digestif et de la nutrition. Salle Aran, à 9 heures 1/2.

Le samedi, à 10 heures 1/2. Radiodiagnostic des malades du service : Visite des salles à 9 heures 1/2.

Cours d'Orthophonie (252 bis, rue Saint-Jacques, Paris, Ve). — Le cours gratuit d'orthophonie, professé par les membres du corps enseignant de l'Institut National des sourds-muets de Paris et subventionné par la Ville de Paris, reprendra le jeudi 19 novembre à 10 heures.

Il a pour but : 1° la correction des troubles de la parole et de la voix (bégaiement et blésités diverses) ; 2° l'enseignement de la lecture sur les lèvres pour les personnes sourdes.

Ce cours a un rôle thérapeutique et non pédagogique, c'est à dire qu'il ne forme pas d'élèves.

Les inscriptions des malades sont reçues à la Clinique des Sourds-Muets, 252 bis, rue Saint-Jacques, tous les jeudis matins, par le Dr Jouet, médecin de la clinique.

Centenaire de l'Internat des Hospices Civils de Lyon. — *Programme.* — Samedi 7 novembre 1925 : 16 h. 30. Réception à l'Hôtel de Ville, par M. Edouard Herriot, Maire de Lyon. Président de la Chambre des Députés ; 18 h. Assemblée générale de l'Association de l'Internat, dans les Salons Berrier et Millet, 31, Place Bellecour ; 19 h. Banquet ; 21 h. Revue traditionnelle. — Dimanche 8 novembre : 9 h. 30. Visite du nouvel Hôpital de Grange-Blanche. (Départ d'autobus dans la Cour de l'Hôtel-Dieu) ; Midi. Déjeuner offert par le Conseil Général d'Administration des Hospices aux Délégués des Internats de Villes de Faculté et aux internes en exercice ; 14 h. Réception au Salon des Humoristes, organisé par les Internes des Hopitaux (Salle Lorenti, Passage du Lycée) ; 19 h. 30. Diner offert par l'Association de l'Internat aux Autorités et aux Administrateurs des Hospices civils, à Lugdunum Palace ; 21 h. 30 Bal du centenaire dans les Salons de l'Hôtel du Lugdunum Palace. Un souper sera servi à partir d'une heure au prix de 20 francs.

Les Dames sont invitées à se joindre à la visite de Grange Blanche et du Salon des Humoristes.

Nécrologie. — M. Paulin Moizard, à Paris. — M. Jules Lalou, de Cannes. — M. Jules Bineau, de Caluire. — M. A. Kritchevsky, de Paris. — M. Tristan de la Tour Saint-Ygest. — Dr Henri Sarrade, de Pau. — M. Albert Fauconnier, de Profondeville. — Harlay, de Paris. — Prémont, de Bruxelles. — de Vaugiraud, de Lille. — M. Sentex, de Saint-Sever. — Auguste Carrière, médecin major en retraite.

(Voir la suite page 1612)

CLINIQUE INFANTILE

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES

Traitement du diabète de l'enfant

2e *leçon* (1)

Par **M. P. LEREBOULLET**

Professeur agrégé à la Faculté, Médecin des hôpitaux.

Je vous ai montré dans une précédente leçon quelle était l'importance du régime alimentaire dans le traitement du diabète infantile, mais aussi combien il était difficile de l'adapter à cette double condition d'abaisser la glycosurie tout en permettant à l'enfant de se développer. Il faut éviter l'hypotrophie secondaire à une alimentation trop pauvre en principes hydrocarbonés, et cependant la restriction de ceux-ci s'impose comme celle de la viande, laquelle est nécessaire pour éviter l'évolution progressive vers l'acidose.

Alors même qu'on diminue considérablement la glycosurie, l'enfant reste menacé d'accidents graves, et l'on peut dire que jusqu'en 1922 nous n'avions pas de remède vraiment actif contre le diabète infantile, la dénutrition et le coma auxquels il conduit trop souvent, l'hypotrophie qu'il provoque fréquemment.

Sans doute les anciennes médications employées contre le diabète, comme la cure alcaline et la cure arsenicale, trouvent souvent leur application. Pour la *cure alcaline*, le *bicarbonate de soude* a été de longue date employé soit en nature, soit sous forme d'eau de Vichy, à domicile ou en saison à la station ; Vichy stimule les fonctions hépatiques et j'ai montré autrefois, avec le professeur Gilbert que, si dans certains cas de diabète à forte glycosurie, la cure alcaline de Vichy est plutôt nuisible, elle est bien tolérée et utile dans les petits diabètes.

On peut, dans bien des cas où on redoute l'acidose, administrer 5 à 10 gr. de bicarbonate de soude par jour, par exemple une cuillerée à café matin et soir ; on peut aussi le remplacer par du citrate de soude en solution. Mais ce n'est là qu'un moyen adjuvant, généralement insuffisant à lui seul pour lutter contre l'acidose.

La *cure arsenicale* peut de même avoir ses indications. Voici longtemps que Quinquand a montré que l'arsenic exerce une action stéatogène sur la cellule hépatique qui ralentit ou supprime la fonction glycogénique. L'arsenic intervient aussi comme un frein modérateur du diabète.

Les enfants diabétiques peuvent se trouver bien d'une cure à la Bourboule pendant l'été, surtout lors d'assez forte glycosurie. Néanmoins les résultats restent forcément incomplets. L'arsenic peut aussi être administré sous forme de *liqueur de Fowler*, être donné sous forme de pilules d'arséniate de soude, associé à la quinine, à la strychnine, ou encore être injecté en piqûres, comme celles de cacodylate ou d'arrhénal.

L'arsenic est surtout utile quand le diabète a une étiologie spécifique. Dans ce cas le *traitement antisyphilitique* s'impose et à ce titre une cure arsenicale intensive par le sulfarsénol ou le novarsénobenzol peut être indiquée, alternée ou non avec un traitement mercuriel.

La *quinine* a été conseillée, et le professeur Albert Robin a de longue date préconisé des pilules contenant 5 à 10 centigr. de sulfate de quinine, 1 milligr. d'arséniate de soude et 1 centigr. d'extrait d'opium, pour exercer une action modératrice sur la glycosurie ; j'en ai souvent fait usage avec profit.

L'*antipyrine* agit de même, mais d'une façon relative sur la glycosurie et modifie peu la glycémie ; elle est souvent mal tolérée par les enfants et trouve chez eux peu d'indications.

Bien avant 1922, nous employions pour améliorer nos diabétiques l'*opothérapie par l'extrait pancréatique* qui, cependant, agit seulement sur la sécrétion externe et n'influence guère la sécrétion interne. Néanmoins on a signalé par son emploi certaines améliorations.

De même on peut employer les *opothérapies hépatique* et *biliaire* pour améliorer les processus digestifs, mais ces moyens n'ont évidemment pas d'action directe sur le diabète.

***

Jusqu'en 1922, nous pouvions certainement modifier le diabète par une cure alimentaire appropriée, et le professeur Marcel Labbé a publié quelques cas remarquables à cet égard. Mais ni le régime, ni les cures médicamenteuses ne trasformaient radicalement le diabète infantile et, à cet égard, la découverte de l'*insuline* a été une véritable révolution.

Cette découverte fut l'aboutissant des recherches des physiologistes sur l'exacte signification des îlots de Langerhans qui, dans le pancréas, représentent l'élément de la sécrétion interne. En injectant du suif dans les canaux excréteurs, on supprime la sécrétion externe du pancréas. On peut ainsi obtenir un extrait susceptible d'agir sur la glycosurie.

C'est M. Laguesse qui certainement eut le premier l'idée d'utiliser la sécrétion interne du pancréas, en partant des données histologiques sur les îlots de Langerhans.

Mais ces recherches, comme celles de M. Gley, restèrent dans le domaine du laboratoire ; c'est à Toronto, en Canada anglais, que MM. Banting et Best, ainsi que M. Mac Leod, amplifièrent les recherches anciennes de Laguesse sur l'action des extraits de pancréas modifié par injection de suif dans les canaux excréteurs. Ils arrivèrent à retirer du pancréas des fœtus bovins, de celui de certains poissons, puis de celui du cheval et du mouton, par diverses techniques, un extrait merveilleusement actif sur la glycosurie et la glycémie, qu'on peut considérer comme substitutif de la sécrétion pancréatique absente.

Dès décembre 1922, les recherches de Banting et Best furent connues en France, et M. Léon Blum, à Strasbourg, put obtenir des résultats remarquables dans le traitement du diabète par l'insuline. D'autre part, à l'Hôpital Necker, M. Chabanier et ses collaborateurs, M. Lobo Onell et Mlle Lebert, purent préparer un produit moins purifié que le produit américain mais très actif et fort commode à employer en thérapeutique.

M. Marcel Labbé, MM. Desgrez, Bierry et Rathery ont repris également en France l'étude de l'insuline et de sa remarquable action sur le diabète.

De nombreux enfants ont été depuis le début de 1923 traités par l'insuline. La petite malade que je vous ai présentée dans la précédente leçon a été, avec deux malades de M. Nobécourt, l'une des premières traitées en France par la méthode. On peut, grâce à ces malades, grâce aux nombreux documents apportés par les travaux des auteurs américains, se faire actuellement une idée exacte de la technique à suivre. Elle n'est pas toujours commode, en raison des diverses insulines d'inégale valeur que l'on veut employer.

(1) Leçon du 27 janvier 1925. Pour le première leçon, voir *Progrès Médical*, 24 octobre 1925.

Il y a l'insuline canadienne (marque Lily), l'insuline anglaise (de Allen et Hanbury), les insulines françaises de Byla, de Roussel, de Rogier, de Deslandres, celle que préparent et emploient M. Chabanier et ses collaborateurs, assez variables quant à leur richesse en matières protéiques et à leurs impuretés. Une des plus pratiques est l'*Endopancrine* de Deslandres renfermée dans des flacons de 120 unités fermées par un bouchon de caoutchouc. Pour s'en servir, il suffit de piquer ce bouchon avec une aiguille flambée après y avoir déposé une goutte de teinture d'iode et de prélever la quantité nécessaire à chaque piqûre.

Une autre forme souvent usitée est celle d'une poudre sèche que l'on dissout au moment de l'emploi (telle l'insuline Byla, actuellement d'ailleurs préparée également sous forme liquide).

La technique au point de vue thérapeutique est toujours la même. On emploie l'insuline en injections sous-cutanées ou intramusculaires exclusivement.

Les voies buccale, duodénale, rectale ou nasale ne peuvent être employées, car elles sont inefficaces.

La voie intraveineuse est peu pratique chez l'enfant et ne peut être employée qu'en cas de coma constitué.

L'insuline, chez dix de nos petits malades, a eu une action manifeste sur la glycosurie et sur l'acétonurie qu'elle a fait disparaître ; sous son influence, le poids s'est élevé. Voici, par exemple, l'histoire d'une petite fille de douze ans et demi qui me fut envoyée de Saint-Germain-en-Laye le 8 juin dernier par le docteur Bonnemaison, de Saint-Germain-en-Laye. Anémique de longue date et traitée comme telle, elle avait, depuis trois mois, des troubles graves de la santé générale avec amaigrissement progressif et modification du caractère qui s'accompagnèrent à partir d'avril de polydypsie marquée ; l'examen des urines révéla à la fin de mai l'existence d'un diabète accusé, avec glycosurie dépassant 100 grammes. Acétonurie notable. Amaigrissement prononcé. Un régime assez strict n'a qu'une influence minime sur la glycosurie ; si le poids cesse de diminuer, elle reste élevée ; le traitement médicamenteux n'exerce aucune action et après deux mois d'essais thérapeutiques infructueux, je confie la malade, au début de septembre, à M. Chabanier qui lui fait deux piqûres d'insuline par jour, en employant 5 unités chaque fois (ce qui correspond à près de 50 unités américaines). En dix jours, le sucre tombe à zéro, l'acétonurie disparaît, le poids reprend rapidement. La transformation de l'état général est frappante à la fin de la cure. Une fois les piqûres arrêtées, la cessation de la glycosurie se maintient presque complète pendant un mois et ce résultat est d'autant plus significatif que la restriction des hydrates de carbone n'a été que partielle. La glycosurie augmenta ensuite à nouveau tout en restant très loin des chiffres initiaux.

Le traitement fut repris avec succès; malheureusement au cours de l'été 1924, une atteinte d'oreillons fut brusquement suivie de coma et de mort rapide, l'insuline qui avait été malencontreusement cessée quelques semaines auparavant n'ayant pas été reprise à doses suffisantes.

J'ai vu bien d'autres cas dans lesquels, en présence d'un diabète progressif, l'insuline a donné immédiatement un résultat. Je vous ai déjà parlé d'une malade qui avait à la suite d'un diabète ourlien plus de cent grammes de sucre. Elle a été traitée par M. Chabanier, et son diabète, qui s'accompagnait d'amaigrissement et d'une forte acidose, a été abaissé jusqu'à zéro à la suite de quelques injections d'insuline.

Rappelez-vous également la malade que je vous présentais à ma dernière leçon. Je pourrais multiplier ces exemples. M. Nobécourt, M. Apert, bien d'autres, en ont rapporté de démonstratifs.

***

Qu'obtient-on par l'insuline ?

On obtient avant tout le rétablissement, temporaire tout au moins, du métabolisme normal. D'une part, on *fait baisser la glycosurie* et *la glycémie* ; néanmoins la glycémie ne baisse pas autant qu'on pourrait le croire ; en même temps que baisse la glycosurie s'élève la tolérance pour les hydrates de carbone, point que le professeur Marcel Labbé a bien mis en évidence et qui est capital. Cette élévation n'est pas parallèle chez tous les sujets, mais elle permet toujours d'élever notablement la ration hydrocarbonée.

D'autre part, il y a *diminution* ou *disparition des corps acétoniques*, c'est-à-dire des menaces d'acidose et du coma. Le rétablissement de l'équilibre azoté permet au sujet de mieux profiter des aliments azotés et de reprendre du poids.

Il y a enfin amélioration de l'équilibre lipoïdique et lipémique, comme le professeur Chauffard l'a montré chez l'adulte : l'insuline améliore le métabolisme des graisses et facilite la réfection du tissu adipeux.

L'enfant augmente de poids, d'une part parce qu'il utilise mieux l'alimentation azotée et graisseuse et refait des muscles et de la graisse, d'autre part parce qu'il y a souvent hydratation des tissus ; celle-ci peut même aller jusqu'à l'œdème. MM. Widal, M. Nobécourt ont insisté sur ce rôle de l'hydratation et sur l'importance des troubles du métabolisme de l'eau au cours du traitement par l'insuline, troubles qui expliquent en partie l'augmentation rapide du poids.

L'insuline a donc une action évidente, chez l'enfant comme chez l'adulte, sur le diabète et ses signes cardinaux. Diminuant ou supprimant la glycosurie, elle entraîne la disparition de la polydipsie, de la polyphagie, souvent aussi de divers symptômes secondaires (insomnie, prurit, comme l'a montré M. Mauriac (de Bordeaux). La *transformation de l'état général* est frappante chez l'enfant. C'est ce qu'ont fort bien observé en Amérique M. Geyelin et ses collaborateurs, qui, chez neuf enfants souffrant de diabète sévère, ont vu, en même temps, l'arrêt de la marche progressive du diabète, un gain continuel du poids et de la croissance, l'augmentation de la force musculaire, de la vigueur générale, une amélioration de l'état psychique ; il n'y a qu'à voir les planches annexées à leur mémoire pour se rendre compte de la transformation survenue dans l'habitus extérieur des jeunes sujets ainsi soignés. C'est ce que mettent également en lumière MM. Allen et Sherill dans leurs cas de diabète infantile. C'est ce que j'ai moi-même observé.

Le psychisme des enfants est souvent heureusement modifié. Très significative à cet égard est la courte observation contée par M. Elliott Joslin : Leur plus jeune malade, Frédéric G.., était diabétique depuis l'âge de deux ans. Avant le traitement, il était si vorace qu'il risquait de se brûler les mains en retirant la nourriture du fourneau, qu'il sortait la nuit pour se procurer des aliments alors que tous dormaient et que ses parents, le menant à l'hôpital, disaient au médecin : « Faites ce que vous voudrez avec Frédéric, vous ne pouvez pas le rendre pire qu'il est. » Alors qu'à ce moment il était apporté sur un coussin, deux semaines après son retour à la maison, sa mère racontait qu'il pouvait porter un fusil

sur l'épaule en marchant avec les autres enfants ; quelque temps après, elle écrivait encore : « Il se sent bien et ne voudrait pas toucher une parcelle de nourriture autre que son régime. Il se promène à travers la ville chaque après-midi et il est amusant de voir les autres enfants le fixer avec leurs yeux, lui qui n'avait pas marché du tout les deux dernières années. » Joslin ajoute avec bon sens qu'aucun résultat de laboratoire ne peut égaler en importance des constatations de ce caractère.

Une telle transformation tient en grande partie au régime plus large que permet l'insuline ; la tolérance plus grande pour les hydrates de carbone et pour l'ensemble de la nourriture permet d'augmenter la ration alimentaire et de la proportionner aux besoins d'un enfant en croissance. Et c'est là, me semble-t-il, l'un des principaux avantages de la cure d'insuline. Le régime plus large, plus régulièrement suivi, facilite la reprise du poids et l'augmentation régulière de la taille. Sans doute, il reste indispensable et son abandon est la cause de certains déboires dans l'emploi de l'insuline, mais il est élargi et mieux adapté aux besoins de l'organisme de l'enfant.

Un autre effet remarquable de l'insuline est celui qu'elle exerce *sur le coma diabétique*. Autrefois, nous étions presque désarmés, la seule médication étant les injections intraveineuses de bicarbonate de soude, qui amenaient parfois des améliorations temporaires, mais étaient difficiles à manier chez l'enfant et trop souvent inefficaces. Aujourd'hui, quand on peut instituer assez tôt le traitement par l'insuline rien n'est plus facile que d'enrayer une crise d'acidose. C'est ainsi que je voyais, avec M. Wapler, de Versailles, une petite diabétique de treize ans, qui, soignée depuis mars 1922 pour un diabète grave avec 200 grammes de sucre par jour (que ne modifia nullement un traitement antisyphilitique intensif justifié par certains antécédents personnels et familiaux), tombe le 21 août 1923 dans un coma typique précédé de douleurs abdominales et de nausées. Une première piqûre d'insuline américaine est faite environ vingt-quatre heures après le début des accidents, une seconde et une troisième dans les vingt-quatre heures qui suivent. L'enfant sort de son coma le surlendemain et se remet progressivement. L'insuline est continuée depuis régulièrement à doses relativement faibles, trop faibles même, car la glycosurie reste encore relativement élevée, la polyphagie et la polydipsie accusées, l'amaigrissement notable, bien que la malade ait repris 5 kilogrammes. La malade, à la suite de mon examen, fut mise à un traitement un peu plus intensif ; mais, si imparfait que soit encore son état, l'intervention du docteur Wapler a, sans nul doute, conjuré le coma qui s'était installé et aurait certainement entraîné la mort rapide (1).

D'autres cas de diabète en état de coma et guéris par l'insuline ont été observés par moi. Telle la petite malade dont je vous ai parlé, atteinte d'un diabète post-ourlien, qui est tombée dans le coma alors que son diabète était à peine reconnu. Mon ami le Dr Le Roy l'a tirée d'affaire par des piqûres d'insuline et elle a pu être ensuite soignée activement de son diabète.

L'insuline réussit donc dans le coma diabétique de l'enfant à condition qu'on n'intervienne pas trop longtemps après son début, qu'on intervienne à doses suffisantes (sans craindre les fortes doses de 80 à 100 unités), que le collapsus cardiaque qui, souvent, s'associe au coma, ne soit pas d'ores et déjà constitué.

C'est ainsi que chez une enfant qui est morte récemment à l'hôpital en plein coma diabétique, il semble bien que ce soit le collapsus cardiaque qui ait précipité l'évolution du coma, beaucoup plus que l'acidose, et que l'échec de l'insuline ait été surtout dû aux phénomènes cardiaques.

Qu'elle guérisse quelques cas de coma diabétique, c'est déjà un résultat qui eût été regardé comme impossible il y a trois ans et qui montre la remarquable efficacité de cette médication.

***

L'insuline a-t-elle des inconvénients ? Cela est malheureusement certain.

Tout d'abord, elle peut être irritante localement. Certaines insulines non purifiées ou mal préparées ont produit des *abcès*, les auteurs américains les signalent, mais ceux-ci se sont d'ailleurs montrés exceptionnellement ; pour ma part je n'en ai observé que de très rares exemples, et M. Chabanier, sur les milliers d'injections qu'il a pratiquées ou fait pratiquer, ne les a rencontrés que dans des proportions infimes.

Les impuretés protéiniques, dont il est si difficile de débarrasser l'insuline (et qui donnent la réaction du biuret), peuvent amener des réactions de type sérique ou anaphylactique qui ont été assez étudiées ces derniers temps. Il peut y avoir des *éruptions urticariennes* localisées à la piqûre ou généralisées à tout le corps, s'accompagnant souvent d'œdèmes plus ou moins localisés ; les auteurs américains (Geyelin, Elliot Joslin, etc.) les ont observées. Ces réactions peuvent être plus marquées, s'accompagner localement d'empâtement érysipélateux, donner lieu à une érythrodermie généralisée plus ou moins intense et tenace, augmenter après réinjection, se rapprochant des accidents anaphylactiques. J'ai, avec MM. Lelong et Frossard, insisté sur ces *érythrodermies insuliniennes* à propos d'une petite malade chez laquelle les injections successives provoquaient de la rougeur, un empâtement érysipélatoïde, puis de l'urticaire généralisée sur un fond d'érythrodermie œdémateuse s'accompagnant d'une véritable cachexie avec fièvre élevée à 40°. Cette enfant a donc réalisé une érythrodermie insulinienne grave que l'on peut rapprocher des érythrodermies arsenicales.

Cette intolérance ne pouvait-elle pas venir de ce que cette enfant avait subi récemment des injections sériques contre la rougeole et contre la diphtérie ? C'est possible, mais l'intolérance cutanée à l'insuline n'en est pas moins un fait qui doit être retenu et peut gêner considérablement le traitement. Elle est due aux impuretés protéiniques, mais il est bien difficile d'affirmer qu'une insuline est absolument pure ; il semble pourtant que certaines exposent plus que d'autres à ces accidents. Il ne faut pas hésiter dans de tels cas à les abandonner et à en chercher qui soient mieux tolérées.

D'autres accidents peuvent survenir : ce sont les *accidents d'hypoglycémie*, se manifestant par une pâleur subite à la suite de la piqûre, avec tachycardie, sueurs, sentiment de très grand malaise ; tout cela disparaît en faisant coucher les malades. D'autres fois, ce sont des crises convulsives plus ou moins fortes. Mac Cann, Hannon et Dood en ont rapporté un cas particulièrement net. Chez la première petite malade que je vous ai pré-

(1) Ici encore, malheureusement, l'amélioration fut temporaire et la malade a fini par succomber à une nouvelle atteinte de coma, le traitement par les piqûres ayant été interrompu par suite de l'intolérance locale et des abcès que provoquaient les piqûres.

sentée, au cours de sa première cure d'insuline, à deux reprises survint un malaise avec tendance syncopale et sueurs, une troisième fois une forte crise convulsive se produisit et c'est à sa suite que le traitement fut suspendu. Si impressionnants que soient ces acccidents, ils ne sont pas graves et leur cause en est connue. *Liés à l'hypoglycémie* qui suit la piqûre, ils sont, chez ma petite malade, survenus parce que, les trois fois, son alimentation avait été, par erreur, reculée et que, la troisième notamment, plus de deux heures s'étaient écoulées entre la piqûre et le moment de son repas. Depuis que chaque piqûre est accompagnée, par M. Chabanier, de l'administration de 150 à 200 gr. de lait, aucun accident de cet ordre n'est apparu.

Donnez donc avant chaque piqûre 100 grammes de lait sucré et vous éviterez tout incident.

On peut d'ailleurs conjurer l'accident déclaré par l'injection sous-cutanée d'une dose faible d'adrénaline, ou l'administration d'un lavement d'eau adrénalisée, ou encore par l'injection d'hypophyse. Si impressionnants qu'ils soient, ces accidents ne sont d'ailleurs jamais mortels. Il n'y a donc pas lieu de trop les redouter.

***

Vous voyez que, malgré ces quelques inconvénients, l'insuline constitue une arme thérapeutique de premier ordre contre le diabète infantile. Ses effets salutaires ont été maintes fois contrôlés depuis son apparition, notamment par MM. Apert, Chabanier, Weill-Hallé, Nobécourt, Laignel-Lavastine, moi-même et une série d'autres auteurs.

Mais une autre question se pose : dans quelle mesure l'insuline a-t-elle une action durable ? Dans quelle mesure n'a-t-elle qu'une action substitutive ?

Le professeur Marcel Labbé estime que la cure d'insuline n'est que substitutive, comparable à la cure d'opothérapie post-hypophysaire dans le diabète insipide. En effet, la glycosurie reparaît très vite après la cessation de l'insuline.

Cependant M. Chabanier et quelques auteurs américains admettent qu'on peut obtenir davantage. Il est notamment un fait observé chez l'adulte par MM. Gilbert et Chabrol qui montre qu'à la suite des piqûres d'insuline persiste pendant un certain temps une faculté plus grande pour l'assimilation des hydrates de carbone ; l'insuline paraît donc avoir stimulé la fonction pancréatique.

M. Thiroloix a constaté expérimentalement que certains chiens incomplètement dépancréatés semblent capables de rester non diabétiques quelque temps à la suite de piqûres d'insuline, tandis qu'un chien complètement dépancréaté a besoin sans cesse d'insuline dont l'action réelle pourtant s'épuise de suite.

Il n'est toutefois pas formellement établi que la cure d'insuline ait une action homostimulatrice en même temps qu'une action substitutive. Il avait semblé, au début de nos observations en France, qu'à la suite d'une cure régulière par l'insuline il y avait un certain répit, une période pendant laquelle on pouvait, tout en surveillant le malade, s'abstenir de la cure ; une observation plus longue permet de se demander s'il n'y a pas quelque danger à agir ainsi, car, si l'on cesse trop longtemps, il peut y avoir une reprise brusque du diabète et secondairement une poussée d'acidose suivie de coma : j'en ai malheureusement eu plusieurs exemples qui me rendent de moins en moins enclin à interrompre l'insuline.

D'autre part, comme l'a montré le professeur Nobécourt, il ne faut pas toujours considérer l'augmentation du poids comme une augmentation réelle due à l'accélération de la croissance et de la nutrition de l'enfant. Certaines brusques augmentations sont surtout le fait de l'hydratation et n'ont pas toute la signification favorable qu'on pourrait leur attribuer. Enfin si la glycosurie est profondément modifiée par l'insuline, la glycémie l'est beaucoup moins et il n'est pas prouvé que le diabète lui-même soit modifié ; les effets sont diminués ou supprimés, la cause persiste et la réapparition, souvent plus violente, des symptômes après suppression de la cure montre qu'on n'a rien fait sur la maladie elle-même.

Les piqûres doivent être continuées deux fois par jour, parfois trois fois ce qui rend souvent le traitement difficile à instituer ; l'insuline est un produit très coûteux ; la cure demande une surveillance médicale étroite ; sans doute elle est actuellement facilitée par l'amélioration des insulines employées ; elle reste néanmoins souvent assez compliquée à organiser.

Si le régime alimentaire peut être considérablement élargi pendant la cure d'insuline, il faut cependant, comme l'a montré M. Marcel Labbé, le maintenir assez strict. Il serait dangereux de trop élever la ration alimentaire car, comme le disent justement Allen et Sherill, une nourriture excessive rend difficile la suppression de la glycosurie et expose à l'acidose, à l'infection et aux autres dangers. Si la découverte de l'insuline, ajoutent-ils, est, à la lettre, une découverte qui fait époque et révolutionne les résultats du traitement du diabète, elle n'entraîne nullement l'abandon ou l'inobservance des méthodes diététiques. Ceci est vrai chez l'enfant comme chez l'adulte. Mais il est bien certain que seule la diététique ne suffit le plus souvent pas à modifier l'évolution du diabète infantile et qu'au surplus un régime trop sévère est parfois pratiquement inapplicable.

C'est, ne l'oublions pas, l'avantage de l'insuline de permettre d'élargir le régime tout en supprimant la glycosurie ; encore faut-il veiller à ce que, sous le traitement insulinique, la glycosurie disparue ou diminuée ne reparaisse pas ou n'augmente pas du fait d'un élargissement trop grand du régime. Je vous ai déjà dit quelle était notre satisfaction lorsque, sous le traitement insulinique, nous voyons nos malades arriver à tolérer 200 grammes d'hydrates de carbone, il faut savoir se contenter de tels résultats !

***

A quels diabètes doit s'adresser la cure d'insuline chez les enfants ?

Pas à tous. Nous ne devons pratiquer la cure d'insuline qu'aux diabètes infantiles nettement progressifs, dans lesquels l'acidose tend à être menaçante ou dans lesquels l'hypotrophie est marquée. Les petits diabètes chez lesquels il n'y a pour ainsi dire pas de glycémie, chez lesquels le facteur rénal est vraisemblablement prépondérant, ne sont pas tributaires de la cure ; celle-ci serait même dangereuse dans un diabète rénal, où la glycosurie est presque normale, en raison de l'hypoglycémie que l'insuline provoque. Mais ces petits diabètes, non justiciables de l'insuline, constituent une infime minorité.

Le plus souvent, on a affaire à un diabète avec hypotrophie, ou à un diabète avec grave dénutrition, et il faut instituer la cure d'insuline sans attendre.

S'il s'agit d'un diabète familial, on doit commencer immédiatement l'insuline.

A plus forte raison, l'intervention de l'insuline est-elle

commandée lors du coma diabétique, et il faut en pareil cas injecter de hautes doses.

De même, l'insuline est indiquée dans le diabète de l'enfant dès qu'il faut lui faire une intervention chirurcale, ce qui d'ailleurs est rare.

Comment prescrire cette cure d'insuline ?

Il faut au préalable voir comment l'enfant supporte son régime, fixer, notamment, la tolérance des hydrates de carbone et par cela même le degré et la gravité du diabète. Ceci est l'affaire de deux ou trois jours, sauf si on a affaire à un cas menaçant d'acidose.

Il faut également vérifier par l'étude de la glycémie s'il ne s'agit pas d'un diabète rénal, on établit ensuite la ration alimentaire en se rappelant qu'un enfant de 8 à 12 ans doit recevoir au moins 100 grammes d'hydrates de carbone. (S'il ne peut les tolérer, l'indication de l'insuline est absolue.)

Puis il faut faire la piqûre d'insuline, avec une préparation dont l'activité sera connue et choisie. On fera deux piqûres d'insuline par jour, une demi-heure avant les deux principaux repas, ou mieux avant le repas du matin et du soir, et, au moment même de l'injection, l'enfant devra ingérer cent grammes de lait sucré. Puis on suivra les effets de l'insuline sur l'acétonurie, sur la glycosurie ; il faut qu'elles diminuent ; sur le poids : il faut qu'il augmente. Cette triade doit évoluer parallèlement. Ultérieurement, on modifiera le régime, on l'augmentera progressivement, selon la tolérance de l'enfant, l'état du poids et la disparition de la glycosurie. En augmentant convenablement la ration alimentaire, on peut ainsi continuer la cure d'insuline pendant fort longtemps.

Naturellement, on ne guérira pas tous les cas de diabète infantile. Il en est dont rien ne peut enrayer l'évolution fâcheuse et rapide vers la mort.

Mais on en retardera beaucoup et on en rendra leur vie moins pénible. Surtout on rendra confiance aux parents et, pour un temps dès maintenant impossible à fixer, l'enfant reprendra une vie presque normale.

Le traitement antisyphilitique peut intervenir à titre exceptionnel dans certains cas de diabète infantile ; il ne doit pas dispenser de la cure d'insuline mais s'associer utilement avec elle.

D'autre part, l'hygiène est nécessaire au traitement du diabétique. L'enfant doit éviter toute fatigue, tout surmenage, tout traumatisme. J'ai vu un enfant très amélioré par la cure, mais que les parents laissaient trop prendre d'exercice, qui montait journellement à âne et faisait des chutes, ce qui n'améliorait pas l'évolution de son diabète et concordait avec des reprises de glycosurie ! Le bon sens est toujours nécessaire et l'insuline n'autorise pas à abandonner toute surveillance rationnelle de l'enfant.

Somme toute, l'introduction de l'insuline dans le traitement des diabétiques a constitué, comme le disent MM. Allen et Sherill, une révolution dans l'histoire de cette affection. L'insuline, par les résultats immédiats qu'elle donne, et, quels qu'en soient les résultats éloignés, est évidemment une médication remarquable dans le diabète infantile. Elle en transforme au moins temporairement l'évolution et c'est déjà beaucoup. A un autre point de vue, la découverte de Banting, Best et Mac Leod montre bien ce qu'on peut attendre d'une opothérapie bien appliquée et fait prévoir que, dans d'autres domaines, des découvertes analogues pourront être faites en opothérapie.

(*Leçon recueillie par le* Dr LAPORTE.)

XXXIVe Congrès
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925).

Traitement du cancer du rectum par les radiations.

Rapport de MM. SCHWARTZ et RICHARD (*Suite*).

Discussion de la première question.

VI. Cette bénignité immédiate et cette efficacité lointaine paraissent dues à ce que l'auteur emploie systématiquement dans tous les cas une laparotomie iliaque gauche basse et large faite quinze jours avant l'exérèse, et dont l'utilité est double ; elle permet une exploration complète de la tumeur et une appréciation exacte de son opérabilité, et d'autre part l'établissement d'un anus iliaque, condition essentielle de la sécurité de l'extirpation consécutive.

VII. Cet anus iliaque est définitif si le sphincter est sacrifié ; la cure opératoire en est facile dans le cas contraire.

VIII. Sous cette réserve que l'on pratique toujours à l'avance l'exploration abdominale et la dérivation des matières par l'anus artificiel, la voie coccy-périnéale mérite de conserver la faveur des chirurgiens au même titre, mais avec des indications différentes suivant le siège, que la voie abdomino-périnéale.

M. E. MARQUIS (de Reims). L'auteur apporte les résultats du traitement par l'anus de dérivation et la curiethérapie chez 23 malades qu'il a pu retrouver et suivre de près. Si les cas d'ablation du rectum cancéreux sont dans sa statistique beaucoup moins nombreux c'est que la grande majorité des malades ne viennent consulter que quand les douleurs ont fait disparaître leur funeste insouciance, et qu'il existe alors des contre-indications opératoires tant de l'état local que de l'état général.

Les résultats pour les cancers inopérables ont donc été les suivants : dans 42 p. 100 des cas, l'efficacité du traitement n'a pas été prouvée et la survie ne semble pas avoir été plus longue. Mais dans 26 p. 100 des cas, l'amélioration locale et générale a été très nette, et la survie, non pas depuis le début de l'affection, mais depuis le traitement, a été de trois à cinq ans, 5 malades enfin présentent une guérison apparente, et pour l'un d'eux l'on peut parler de guérison durable, puisqu'elle se maintient depuis plus de trois ans.

Si la curiethérapie, même précédée systématiquement de l'anus iliaque, est loin de fournir dans les cancers du rectum les résultats qu'elle donne dans les épithéliomas d'origine épidermique, cela tient d'abord à leur faible radio-sensibilité, due tant à leur structure histologique qu'à leur infection secondaire, puis à l'inégalité des radiations, et enfin à la distance qui existe entre le foyer radifère et les ganglions envahis.

Néanmoins, si l'extirpation, malgré sa mortalité élevée, malgré la fréquence des récidives, reste sans contredit le traitement de choix du cancer du rectum, la curiethérapie associée à l'anus de dérivation donne des améliorations et des survies, plus rarement des guérisons, dont doivent bénéficier les malheureux devenus inopérables qui n'ont pas d'autres ressources thérapeutiques.

M. F. JAYLE (de Paris) pour les cas de cancer de l'ampoule rectale préconise l'ablation simple, à la Listranc, en conservant au mieux le sphincter, sans résection osseuse si possible, sans anus contre nature préventif. Il insiste sur la nécessité d'une préparation longue et minutieuse du malade pour bien dégager l'intestin et sur les soins locaux post-opératoires (pansements fréquents et pulvérisations), et recommande 3 cachets de 0 gr. 50 de poudre de kaolin par jour contre l'odeur des matières.

Il cite trois opérations ainsi pratiquées : dans 1 cas, récidive au bout de 7 ans : dans 1 cas, au bout de 3 ans développement d'un cancer du cæcum, mais pas de récidive locale ; le troisième cas est récent.

M. LECLERC (de Dijon). L'amputation abdomino périnéale n'a qu'une supériorité théorique. Un cancer que l'on dépasse du doigt et qui est mobile est justiciable de la voie basse. Un cancer sus-ampullaire, de l'opération de Hartmann. Ce n'est que dans les cas intermédiaires qu'on aura recours à l'abdomino-périnéale plus dangereuse car les interventions par voie

basse ont donné à l'auteur des résultats intéressants. Sur 15 cas opérés depuis quinze ans et longtemps suivis, il enregistre en effet 6 guérisons durables, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, certaines d'entre elles persistant depuis dix à quatorze ans. De tels résultats sont peut-être obtenus par voie combinée, mais avec une gravité opératoire certainement plus grande.

M. Douay (de Paris). Tous les cas de cancer de la portion ampullaire du rectum chez la femme sont opérés à « Broca » par l'amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif.

En 1920, 2 malades furent opérées, la première par Anselme Schwartz et l'auteur, la deuxième par J.-L. Faure. Toutes les deux sont guéries cinq ans après l'intervention.

Depuis, la technique de Schwartz a été modifiée. La péritonisation par cloisonnement du bassin est supprimée et remplacée par une péritonisation partielle avec mise en place d'un Mikulicz abdominal. L'anus médian est remplacé par un anus iliaque. De cette façon les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable.

L'auteur pense, avec J.-L. Faure, que l'amputation abdomino-périnéale du rectum chez la femme avec Mikulicz abdominal et périnéal est actuellement une opération bien réglée, relativement facile, peu dangereuse et permettant d'escompter des résultats durables.

M. J.-L. Faure (de Paris) confirme les affirmations de M. Douay et insiste sur l'utilité du Mikulicz non seulement dans le as donné, mais dans toute la chirurgie qu'elle soit gynécologique ou viscérale. L'opération de Hartmann lui paraît remarquable par sa rapidité d'exécution et sa bénignité. Il rejette complètement les méthodes qui conservent le sphincter, la chirurgie du cancer ne devant être entravée par rien qui puisse limiger l'étendue nécessaire de l'exérèse.

M. Termier (de Grenoble), comme sans doute beaucoup de chirurgiens, a longtemps hésité sur la meilleure thérapeutique chirurgicale à opposer aux cancers rectaux. En dehors de l'anus artificiel, méthode palliative, à quelle méthode d'exérèse peut-on donner une adhésion complète ? Pendant longtemps l'auteur a fait des extirpations par voie basse, périnéale ou sacrée. Il a eu quelques bons résultats, mais à part de rares cas de survie dépassant un an (1 homme opéré depuis onze ans, 3 femmes depuis sept, cinq et quatre ans), il a été vite découragé par l'incontinence du nouvel anus périnéal (malgré la torsion suivant la pratique de Gersuny), la mortalité assez élevée qui atteint environ un quart ou un cinquième des cas, et surtout l'impression qu'on fait une intervention aveugle et qui a toute chance d'être incomplète. C'est donc avec tous les espoirs que fut abordée la voie combinée abdomino-périnéale. Or, il est certain que cette méthode n'a pas donné à l'auteur les résultats attendus. La mortalité en est assez élevée. Sur 13 opérés, 4 décès, soit environ 30 p. 100. Dans 3 cas, sphacèle du bout supérieur abaissé, avec consécutivement large anus contre nature périnéal et incontinence complète des matières. Cependant le méso vasculaire avait été conservé. Aussi dans les derniers cas un anus iliaque a-t-il toujours été fait préalablement.

Quant aux résultats éloignés chez les survivants, il y a eu 5 récidives, au bout d'un an et demi, de deux ans et deux mois, de deux ans et quatre mois, de deux ans et huit mois ; 4 malades sont encore vivants dont 2 avec un anus de Lambret et 3 autres avec un anus périnéal incontinent. La conservation du sphincter avait été tentée, mais dans deux cas il y a eu sphacèle plus ou moins étendu de l'anse colique abaissée et la fonction sphinctérienne ne s'est pas rétablie. Aussi maintenant les préférences de l'auteur vont à l'anus préalable pratiqué à la Lambret et suivi, si le malade est encore opérable, d'une extirpation abdomino-périnéale complète, sans tentative d'abaissement au périnée du bout supérieur.

M. P. Masini (de Marseille) a traité 18 cas de cancer du rectum : 10 par l'extirpation périnéale et 8 par application de radium.

L'auteur reconnaît que la voie combinée abdomino-périnéale remplacera, de plus en plus, la voie basse dans la chirurgie du cancer du rectum. Mais, néanmoins, dans certains cas — cancer ne dépassant pas en hauteur la partie moyenne de l'ampoule rectale chez les obèses, et chez l'homme, particulièrement, les tarés — la voie périnéale sera toujours à recommander. Dans la plupart des cas, l'anus normal ne sera pas conservé, on diminuera ainsi les chances de récidives. La colostomie anté-opératoire est absolument indispensable et prépare merveilleusement l'opération. Comme cette amputation du rectum par la voie périnéale est très sanglante, une transfusion sanguine aussitôt après l'opération est à recommander ; petite dose de 200 grammes de sang dilué dans du sérum glucosé à 47 p. 1.000 (500 grammes de sérum).

Le diagnostic précoce, ici, prend une importance capitale la collaboration médico-chirurgicale et l'éducation des médecins sont à recommander.

Sur 10 cas que M. Masini a opérés par la voie périnéale, 3 sont morts rapidement (mortalité opératoire, 33 p. 100), 2 au cours de la deuxième année, 3 au cours de la quatrième année, 2 ont été perdus de vue après la deuxième et la troisième année.

Ces résultats comparés à ceux de l'abdomino-périnéale et à ceux de l'opération d'Hartmann paraissent assez satisfaisants.

M. Masini a pratiqué 8 applications de bromure de radium et il reconnaît que les résultats n'ont pas été brillants. Les cas pour lesquels il a appliqué le radium dans un but curatif ont rapidement récidivé, ceux où il l'a appliqué comme traitement palliatif ont donné des résultats encourageants.

M. Stéfani (de Nice). Parmi les méthodes curatives du cancer du rectum, il en est une de laquelle n'ont fait aucune mention MM. Gaudier et Schwartz. C'est l'**électro-coagulation**. Leur silence n'a du reste pas lieu de surprendre puisque, préconisée théoriquement par Doyen, elle n'avait pas encore été pratiquée.

L'auteur a employé l'électro-coagulation dans deux cas « avancés » de cancer du rectum dont il présente les observations détaillées.

Observation I. — Femme de cinquante-trois ans. Cancer ano-rectal. Récidive terminale étendue d'un cancer du rectum extirpé un an avant par voie périnéale. Electro-coagulation massive. Excellent résultat temporaire (suppression complète des douleurs). Survie huit mois.

Obs. II. — Femme de cinquante-huit ans. Cancer ano-rectal végétant en chou-fleur, inopérable. Electro-coagulation massive après entérostomie. Guérison clinique apparente.

Cette méthode mérite d'être vulgarisée :

1° A titre curatif, dans les cancers de l'anus ou du rectum, bas situés, opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La destruction diathermique, après entérostomie définitive préliminaire, présente dans ces cas une grande supériorité sur l'extirpation sanglante (absence de schock et d'hémorragie, moindres risques de récidive).

2° A titre palliatif où ses avantages sur le curettage sont de toute évidence.

Deuxième question

Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte.

Rapport de M. Fredet (de Paris),

Il n'est question dans ce rapport que des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. C'est-à-dire que sont éliminées les tuberculoses para-articulaires et les hydarthroses chroniques. D'autre part, l'âge adulte commence théoriquement lorsque le sujet est parvenu au terme de sa croissance, quand les épiphyses sont soudées, entre vingt et un et vingt-quatre ans. Ce sont donc les tumeurs blanches nées à partir de cet âge jusqu'à la vieillesse qui, seules, doivent être ici étudiées. Mais, pratiquement, on peut déjà considérer comme adultes les individus de dix-huit à vingt ans.

I. Indications générales sur le traitement des tumeurs blanches de l'adulte. — La guérison complète d'une tumeur blanche du genou, qui est la conservation sinon de la forme, du moins de la mobilité et de la solidité de la jointure, est communément obtenue chez l'enfant, plus rarement chez l'adolescent et d'une façon tout à fait exceptionnelle chez l'adulte.

Pour ce dernier, l'emploi des moyens simples ne permet guère d'espérer que l'ankylose rectiligne du genou. Mais cette ankylose n'offre pas une solidité à toute épreuve et comme le membre n'a pas perdu de sa longueur elle force le sujet à marcher en fauchant.

La résection du genou permet d'obtenir *mieux* : ankylose solide, raccourcissement du membre favorisant la marche ; *plus vite* : moindre durée de l'immobilisation ; *plus sûrement* : ablation de toutes les lésions tuberculeuses et prévention des récidives et de la généralisation. En attendant que la tuberculose puisse être guérie par une méthode purement médicale, la question qui se pose pour les tumeurs blanches de l'adulte se

ramène en somme à celle-ci : Quel est le meilleur mode de résection ?

II. **Thérapeutiques conservatrices des tumeurs blanches de l'adulte.** — Parmi les méthodes conservatrices, trois seulement ont conservé des adeptes : l'héliothérapie, associée ou non à la thalassothérapie, les injections sclérogènes et l'arthrectomie.

L'Héliothérapie surtout valable pour les tumeurs blanches de l'adolescence est, chez l'adulte, un précieux adjuvant du traitement après la résection.

La méthode sclérogène de Lannelongue consiste, comme on le sait, en injections par gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10 ou à 1/15 à la périphérie des tissus malades. C'est un traitement fort lent qui est loin de donner toujours les résultats annoncés et qui a gardé peu de partisans.

L'arthrectomie, imaginée par Volkmann, a surtout été défendue en France par Richelot et Albertin. Ces deux auteurs croient à la fréquence des lésions limitées à la synoviale, mais les opérations d'Albertin sont plus radicales que celles de Richelot, en ce sens qu'à l'arthrectomie simple, il associe, le cas échéant, les évidements osseux ou même la résection.

En fait, l'arthrectomie imaginée pour le traitement des tumeurs blanches infantiles n'a pas donné même en ce cas de bons résultats, König qui a fait un grand nombre d'arthrectomies, alors qu'il était très partisan de l'opération en 1890, avait complètement changé d'avis en 1906. Aucun de ses opérés n'a gardé un genou mobile ; 70 p. 100 ont eu des troubles d'accroissement du membre et souvent des déformations en flexion très accusées. Chez l'adulte, même quand les lésions sont strictement synoviales, l'ankylose obtenue est de mauvaise qualité. Et il arrive très fréquemment que des lésions osseuses restent méconnues, préparant la récidive.

III. **Evolution des idées touchant la résection du genou.**— 1° Résections intra-articulaires. — Deux noms dominent, ceux de Jules Bœckel et de Lucas-Championnière. Ces deux chirurgiens ont indiqué nettement un élément thérapeutique essentiel : c'est l'absolue nécessité d'enlever en totalité les lésions synoviales et osseuses, de ne point faire appel à un traitement subséquent pour achever le travail de nettoyage.

J. Bœckel, en 1881, publie 15 résections avec 2 morts. Il préconise une suture exacte de la plaie, avec drainage de courte durée et position verticale du membre après l'opération. En 1889, il apporte 31 nouveaux cas et a supprimé de sa technique la suture osseuse, les ligatures hémostatiques et le drainage. En 1891, il ajoute 28 observations inédites aux précédentes et indique que « les cas les plus favorables sont ceux qui concernent les adolescents et les adultes », quoique la résection réussisse toujours, quel que soit l'âge du sujet. Actuellement la pratique de Bœckel repose sur 239 résections dont 139 pour tumeurs blanches en évolution chez l'adulte avec 2 morts opératoires.

Lucas Championnière a publié, en 1886, 10 cas de résection dont 9 pour arthrites tuberculeuses. Il insistait dès cette époque sur la nécessité de faire des opérations très larges pour enlever toutes les fongosités sans en oublier une seule, la solidité du membre devant résulter de la formation d'un bon cal beaucoup plus que de la conservation des ligaments articulaires. D'autre part, il exigeait une réunion par première intention. En 1890 sa statistique était de 44 opérations sans décès. Il supprimait les ligatures vasculaires mais pratiquait la suture des os au fil d'argent et conservait un drainage superficiel. Le nombre de ses observations s'est élevé à 113 en 1902, à 136 en 1908 avec des résultats presque constamment parfaits et une seule mort à la 13e opération. Championnière, qui n'est intervenu pour ainsi dire que chez des adultes, considérait que l'âge de prédilection était entre seize et trente ans, les conditions de succès étant plus difficiles à réaliser entre trente et quarante ans.

La contribution d'Ollier au perfectionnement de la résection du genou est moins importante. En 1883, il publie 5 cas de résection pour tumeur blanche, mais reste le champion de la résection sous-périostée. Il recommande une incision trop étroite. Il admet la destruction des fongosités, non seulement par excision mais encore par cautérisation et draine pendant quarante à cinquante jours. Cette technique est inférieure à celle des deux précédents chirurgiens. Cependant elle a permis à Ollier d'obtenir aussi de bons résultats ainsi que le montre l'étude que Mondan a consacrée récemment aux anciens opérés du maître lyonnais dont 11 restent actuellement vivants et bien guéris depuis un laps de temps compris entre trente-quatre et quarante-trois ans.

2° Résection extra-articulaire. — Les procédés de Bœckel, Championnière et Ollier presentent de graves défauts :

Le premier temps de l'opération consiste dans l'ouverture de la cavité articulaire, c'est-à-dire d'un milieu septique.

L'extirpation de la synoviale se faisant de dedans en dehors par lambeaux, on risque d'en laisser quelques portions.

La section correcte des os est difficile à réaliser.

Pour pallier ces divers inconvénients, on a eu l'idée de couper les os en lieu sain loin de l'articulation et d'enlever celle-ci en masse comme une tumeur. Ce procédé qu'ont employé Volkowich et Marion a eu un certain succès en Allemagne. En France il est abandonné.

3° Résection extracapsulaire de la synoviale et sections parallèles des os, genou en extension. — Le rapporteur a imaginé une technique qui essaye de combiner les avantages respectifs des résections intra et extra-articulaires.

L'exérèse des parties molles malades peut être accomplie en avant et sur les côtés avant toute ouverture de la cavité articulaire. Quand on en vient à pénétrer dans cette cavité, on peut, après avoir détaché du fémur les ligaments croisés, reprendre la synoviale au ras des condyles et la disséquer par l'extérieur de haut en bas jusqu'au tibia en sacrifiant le poplité.

Les os après examen sont réarticulés dans l'extension et on pratique en bonne place deux sections parallèles. Cette opération a été pratiquée 25 fois, la plus ancienne il y a plus de douze ans.

IV. **Indications de la résection.** — Comme l'a dit Championnière, la résection est indiquée toutes les fois qu'on ne peut espérer rendre au sujet le mouvement du genou. En outre, il faut ne réséquer que si le sujet peut supporter l'opération, si les lésions peuvent être totalement supprimées sans nécessiter un raccourcissement de plus de 10 centimètres, enfin si le malade est en mesure de faire les frais de la réparation.

Quand on est dans le doute on peut faire une arthrotomie exploratrice et amputer immédiatement s'il y a lieu.

La question d'âge a son importance. Mais il ne faut pas confondre la vieillesse et la sénilité, et Bœckel a amputé de très nombreux vieillards avec succès. Seulement la consolidation est plus lente et les récidives sont moins rares chez les gens âgés.

V. **Quelques remarques sur certains temps de la résection** — 1° Ischémie durant l'opération. — A ce sujet les opinions sont partagées, mais bon nombre d'opérateurs, dont le rapporteur, estiment que le garrot et même la bande de Nicaise rendent plus visibles les lésions tuberculeuses et en facilitent l'extirpation.

2° Protection du champ opératoire. — Le membre bien décapé à la benzine est protégé au niveau de la jambe par un double bas stérile et au niveau de la cuisse par deux champs enroulés, bas et champs fixés à la peau par des pinces.

3° Incision cutanée. — Elle dessine un U dont la branche horizontale passe au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, ou un H dont le trait transversal est placé vers la pointe de la rotule, les branches longitudinales étant dans les deux cas tracées très en arrière.

4° Section des os. — Pour cette manœuvre qui doit être faite le genou en extension, il est nécessaire de protéger les organes poplités, ce qui peut être obtenu à l'aide d'une plaque métallique en H. Quand, après une coupe osseuse large, il reste des foyers épiphysaires ou diaphysaires, on peut encore obtenir un résultat favorable par l'élément.

5° Suture osseuse. — On s'est servi de fils d'argent perdus ou arrêtés sur tubes de Galli, d'agrafes de Dujarier, et il est certain que cette suture, au moins les premiers jours, rend de grands services. Mais certains chirurgiens, comme Bœckel, Calvé et Galland, l'ont totalement supprimée.

6° Hémostase post-opératoire. — L'hémorragie est insignifiante dans la résection intra-articulaire. Mais si l'on emploie le procédé extracapsulaire on ouvre des vaisseaux assez importants, en particulier les artères articulaires moyennes qu'il est indispensable de lier au cours de l'opération ou après enlèvement du garrot, avant le pansement.

7° Reconstitution d'un plan fibreux autour du genou. — Les plans fibreux sains seront ménagés autant que possible, le ligament rotulien conservé en totalité. Après la suture osseuse, le quadriceps et les expansions aponévrotiques des vastes sont réinsérés au ligament rotulien et aux lames aponévrotiques de la jambe. Ce plan fibreux protège les os, s'oppose aux déplacements secondaires, efface les espaces morts et exerce une compression hémostatique.

8° Drainage. — Beaucoup de chirurgiens croient encore né-

cessaire de drainer au moins les premiers jours. Mais le drainage n'est nullement indispensable et il complique un peu les soins post-opératoires. Il y a longtemps que Bœckel ne draine plus, et actuellement Fredet, Tavernier, Villard, Bérard font de même.

9° PANSEMENT ET IMMOBILISATION. — Après l'application des compresses maintenues par une bande stérilisée, on place un bas également stérilisé, puis on pose et on fixe le membre sur une attelle de Bœckel garnie d'ouate et d'un champ stérilisés. Après quoi on vérifie la position des os par la radiographie dans les deux plans frontal et sagittal.

Au bout d'un mois le membre est sorti de l'attelle et radiographié. La plaie est cicatrisée, on enlève les fils, on remet un nouveau bas stérilisé et on applique une gouttière plâtrée. Au bout de soixante jours le malade peut marcher, du moins avec un silicate pendant un mois encore.

Si l'on a drainé, on enlève après huit à dix jours le drainage et les fils et on applique aussitôt une gouttière plâtrée qui sera renouvelée un mois plus tard.

VI. **Manuel opératoire de la résection intra-capsulaire.** — Deux aides : un aide direct, un aide exclusivement chargé de manœuvrer le membre.

PREMIER TEMPS. — *Accès aux lésions.*

Le membre étant en extension, incision cutanée en U ou en H, les incisions longitudinales affleurant le bord postérieur des condyles et commençant au-dessus de la rotule pour finir au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Dessiner au bistouri un trait de repère longitudinal et médian, puis relever les lambeaux formés de la peau et de la graisse sous-cutanée.

DEUXIÈME TEMPS. — *Synovectomie.* — Mettre le genou en flexion.

Inciser les plans fibreux de chaque côté du ligament rotulien, couper le ligament près de la rotule et le rabattre en disséquant au plus près sa face profonde.

Inciser transversalement sur les plateaux du tibia les parties molles en dedans et en dehors à un centimètre au-dessous de l'interligne.

Détacher toutes les parties molles insérées au tibia de bas en haut en raclant l'os, jusqu'au voisinage des surfaces articulaires, sans ouvrir la synoviale.

Il s'agit maintenant de disséquer le cul-de-sac sous-quadricipital.

On amorce superficiellement une incision longitudinale sur le tendon du quadriceps. Puis on détache de la rotule le tendon du quadriceps et les expansions des vastes et on prolonge cette incision en U sur la face extérieure des condyles. Le quadriceps est alors relevé et découvre la synoviale qui reste attenante à la rotule.

Section du muscle sous-crural et décollement de la synoviale de haut en bas jusqu'au cartilage trochléen. Les faces latérales des condyles sont ensuite dénudées d'arrière en avant et de haut en bas jusqu'au même point.

C'est à ce moment qu'on ouvre l'articulation en détachant la synoviale de la trochlée et des condyles.

La jambe est fortement fléchie. Désinsérer du fémur les ligaments croisés. Faire surgir le fémur. Reprendre la capsule sur les bords de l'os et désinsérer les coques condyliennes de haut en bas. En dedans extirper la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux. En dehors passer en arrière du poplité coupé le plus bas possible.

On dissèque la partie rétro-tibiale de la capsule, on désinsère les ligaments croisés et on arrive jusqu'au bord cartilagineux des plateaux.

A ce moment on peut se débarrasser rapidement de la synoviale restée tout entière fixée au tibia avec sa doublure fibreuse de la rotule.

TROISIÈME TEMPS. — *Traitement des lésions osseuses.* — Ayant déterminé ce qu'il faudra retrancher des os, on met le protecteur en place derrière le plateau tibial et les condyles. Le membre est mis en extension à plat et on attaque l'os le plus malade avec une scie à large lame, mais on ne pousse pas le sciage à fond et on laisse la scie en face. Avec une seconde scie couper le second os parallèlement en se guidant sur la première scie.

QUATRIÈME TEMPS. — *Hémostase définitive.*

CINQUIÈME TEMPS. — *Coaptation des surfaces osseuses.* — Suture des os au fil métallique. Suture des parties musculo-aponévrotiques. Parage des lambeaux et suture de la peau.

VII. — **Résultats de la résection.** — En réunissant les séries de J. Bœckel, de Duret, de Championnière, de Routier, de Delagenière, d'Arrou, de Rochard, d'Ollier, de Gangolphe, de Bérard et de Fredet, on arrive à un total de 783 résections avec 10 morts imputables à l'opération et 33 récidives ayant exigé une amputation secondaire.

La mortalité est donc inférieure à 1,3 p. 100 et il n'y a pas plus de 4,2 p. 100 de récidives. La très grande majorité des opérés restants demeurent guéris avec des troubles fonctionnels minimes. En général les résultats sont obtenus rapidement et sans complications.

VIII. **Essais de restitution de la mobilité du genou.** — L'ankylose osseuse rectiligne, qui est le mode de guérison actuel de la tumeur blanche du genou, n'est malgré tout qu'un pis-aller, et dans ces dernières années on a cherché à obtenir une meilleure solution thérapeutique, c'est-à-dire un genou mobile. Mais on est encore loin du but. Voici les essais qui ont été faits en divers sens :

1° GREFFES ARTICULAIRES. — La substitution d'un genou sain au genou malade, si elle était possible, donnerait évidemment la guérison parfaite. Lexer, en 1910, paraît avoir obtenu un résultat satisfaisant par cette méthode dans un cas d'ankylose angulaire consécutive à une arthrite tuberculeuse. Mais en 1911, Vaughan puis Hinz ont échoué en opérant, il est vrai, des tumeurs blanches encore en évolution. De toutes façons, la méthode semble n'avoir qu'un avenir restreint étant donnée la difficulté de se procurer des greffons sains et vivants.

2° ARTHROPLASTIES. — a. *Primitive.* — Le rapporteur et Tavernier pensent qu'il serait légitime dans des cas bien choisis, c'est-à-dire quand on a pu réellement enlever toutes les parties malades, de chercher d'emblée à créer une néarthrose en taillant convenablement les extrémités osseuses et mobilisant la jambe d'une façon précoce. WEITUNG (1922) a publié 3 arthroplasties primitives suivies de résultats satisfaisants, mais il ne donne pas de détails.

b. *Arthroplastie secondaire.* — Ces arthroplasties ont été réservées jusqu'ici à des ankyloses obtenues sans résection et n'ont eu que des résultats plutôt médiocres. D'ailleurs les protagonistes de l'arthroplastie, Murphy, Putti, sont tout à fait opposés à l'opération dans les ankyloses consécutives à des tumeurs blanches.

Traitement de la tumeur blanche du genou à partir de l'adolescence.

Rapport de M. VIGNARD (de Lyon).

Il importe de définir ce qu'il faut entendre par *adolescence*. On admet qu'en moyenne, cette période de l'existence débute à quinze ans ; il est plus difficile de fixer sa limite terminale.

Pendant toute cette période où le membre inférieur s'accroît en longueur, la thérapeutique de la tumeur blanche du genou ne saurait être aussi hardie, aussi agressive que chez l'adulte ; elle doit faire l'impossible pour respecter le cartilage de conjugaison. On ne peut compromettre par une intervention trop radicale ou trop tardive, la statique du sujet et substituer à la maladie une infirmité définitive.

Mais il est des cas où la gravité des lésions ne permet pas de temporiser et justifie d'emblée toutes les audaces chirurgicales. L'objet principal de ce rapport est de déterminer dans chaque circonstance la meilleure thérapeutique à appliquer.

Volontairement est laissée de côté la question des vaccins sérums et corps immunisants, ces modes de traitement n'ayant pas encore donné de preuves suffisantes de leur efficacité.

Il est classique de parler de *traitement conservateur* et de *traitement chirurgical*. Ces expressions ne cadrent pas avec la réalité. Si les procédés réunis sous le titre de « traitement conservateur » ne portent pas par eux-mêmes atteinte à l'anatomie de l'articulation, ils ne font rien pour la conserver. Souvent les lésions continuent d'évoluer jusqu'à destruction totale. Mieux vaut donc parler de *traitement d'attente*.

Remarquons encore que « le traitement chirurgical » est parfois plus « conservateur » que « l'autre », quand, judicieusement appliqué, il garde à un membre sa solidité, à une articulation, sa mobilité.

A. **Traitement orthopédique ou d'attente.** — Dans tous les cas il suppose :

a. L'immobilisation, à laquelle s'ajoutent séparément ou concurremment : *b.* les *agents modificateurs*, et *c. l'héliothérapie*.

L'IMMOBILISATION est réalisée par l'extension continue ou par un appareil plâtré.

NOUVELLES *(Suite)*

Hôpital Saint Louis. — *Service de dermatologie et de syphiligraphie du* Dr LORTAT-JACOB.

Leçons et présentations de malades chaque lundi, du 9 novembre 1925 au 26 juin 1926, à 10 heures, à la Polyclinique de la salle Alibert, avec la collaboration de MM. LEGRAIN, assistant de consultation à l'Hôpital Saint-Louis ; ROBERTI, assistant du dispensaire de syphiligraphie et de MM. FERNET, médecin de Saint-Lazare, GASTINEL, ancien chef de clinique et de MM. BRÉGER, HAYE, PELISSIER, LE RASLE, LEFÈVRE, SOLENTE, internes des Hopitaux et du Dr SCHOUX.

9 novembre. Dr LORTAT-JACOB : Relations des affections de la peau avec les divers appareils et notamment l'état du système nerveux. — 16 novembre. Dr LEGRAIN : Le rôle des affections cutanées streptococciques et staphylococciques en dermatologie. — 23 novembre. Dr ROBERTI : Diagnostic des ulcérations génitales. — 30 novembre Dr FERNET : Impétigo ; Ecthyma. — 7 décembre. Dr LORTAT-JACOB : Les alternances morbides en dermatologie ; les équivalences nerveuses et cutanées. — 14 décembre. Dr GASTINEL : Diagnostic des adénopathies inguinales. — 21 décembre. Dr LEGRAIN : Les prurits parasitaires. — 4 janvier 1926. Dr ROBERTI : Syphilis linguale. — 11 janvier. Dr LORTAT JACOB : Les malformations cutanées et les stigmates de dégénérescence. — 18 janvier. Dr LE RASLE : Chancre mou et bubon ; Traitements vaccinothérapiques. — 25 janvier. Dr GASTINEL : Notions actuelles sur la maladie de Hodgkin. — 1er février. Dr LORTAT-JACOB : Les prurits dits essentiels ; Les névrodermites ; Traitement. — 8 février. Dr LEGRAIN : Les teignes. — 15 février. Dr PELISSIER : Hypertension artérielle et syphilis. — 22 février. Dr LEFÈVRE : Les diverses méthodes de la réaction de Bordet-Wassermann. — 1er mars Dr LORTAT-JACOB : Prurits génitaux, prurit vulvaire ; Traitements locaux et généraux ; Modificateurs du système nerveux ; Cure d'isolement. — 8 mars. Dr FERNET : Eczéma. — 15 mars. Dr LEGRAIN : Interprétation de la réaction de Bordet-Wassermann en clinique. — 22 mars. Dr ROBERTI : Syphilis hépatique. — 12 avril. Dr FERNET : Eczématides. — 19 avril. Dr GASTINEL : Les notions actuelles sur l'herpès. — 26 avril. Dr ROBERTI : Psoriasis. — 3 mai. Dr LEFÈVRE : Liquide céphalo-rachidien et syphilis. — 10 mai. Dr BRÉGER : Traitement de la blennorragie. — 17 mai. Dr SCHOUX : Les épidermomycoses. — 31 mai. Dr PELISSIER : Syphilis rénale. — 7 juin. Dr FERNET : Syphilis héréditaire. — 14 juin. Dr LEGRAIN : Diagnostic et traitement des épithéliomas cutanés. — 21 juin. Dr ROBERTI : Traitement de la syphilis à la période pré-humorale. — 28 juin. Dr SOLENTE : Cryothérapie.

Hôpital Laënnec. — *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Le Dr E. RIST fera, à partir du lundi 2 novembre, les lundis et jeudis de chaque semaine, à 11 h. 1/4. une série de 15 leçons sur l'évolution des Doctrines concernant la Tuberculose.

Ces leçons seront publiques et se succèderont dans l'ordre suivant : 1° La tuberculose avant Laënnec ; 2° Laënnec et l'étude anatomie-clinique de la tuberculose ; 3° Villemin et l'étude expérimentale de la tuberculose ; 4° De Villemin à Koch. La découverte du bacille tuberculeux ; 5° Le bacille tuberculeux ; 6° La tuberculose des animaux domestiques et la diversité des races de bacilles tuberculeux ; 7° Le mécanisme de la contagion inter-humaine ; 8° La tuberculine et la cuti-réaction à la tuberculine. Répartition de l'infection tuberculeuse selon les âges et les populations ; 9° L'allergie tuberculeuse ; 10° Evolution de l'infection tuberculeuse chez l'homme ; 11° Les rayons X et les fondements scientifiques du diagnostic de la tuberculose pulmonaire ; 12° Le traitement de la tuberculose ; 13° La cure méthodique de repos et d'aération ; 14° Le pneumothorax artificiel. 15° Prophylaxie de la tuberculose.

Maladie des yeux. — Le Dr A. CANTONNET, ophtalmologiste des Hôpitaux, assisté des Drs JOLTROIS et FOMBEURE, fera le samedi 14 novembre 1925, les mardis, jeudis et samedis suivants, à 13 h. 1/2, à l'Hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades : projections. Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en février et en juin 1926. Tous les jours, à 9 heures : Présentations d'affections oculaires courantes.

Pour donner son maximum d'effet, l'extension doit être établie sur les deux membres inférieurs, avec contre-extension, et très légère flexion du genou sur un coussin.

Le plâtre doit s'étendre du pied à la hanche incluse. Il permet la marche avec béquilles et demande une surveillance moins attentive qu'un appareil plus petit. Il a le tort de favoriser l'atrophie des muscles sous-jacents et de diminuer les fonctions physiologiques de la peau. L'appareil sera largement fenêtré pour faciliter la thérapeutique par les agents modificateurs et la cure solaire.

LES INJECTIONS MODIFICATRICES précédées ou non de ponctions semblent tout simplement indiquées dans le traitement de cette variété de tumeur blanche. En voici les raisons :

1° L'articulation est d'accès facile ;

2° La séreuse présente un large développement ;

3° Beaucoup croient à l'origine synoviale des lésions.

Il importe de faire des réserves quant à cette dernière affirmation. Sur 62 résections faites à l'*Institut de Bologne*, trente-sept fois les lésions prédominaient sur les os, treize fois sur la synoviale ; douze fois elles étaient sensiblement équivalentes sur ces deux tissus. Une petite lésion osseuse peut parfaitement provoquer une exubérante végétation fongueuse sur la synoviale, alors que le contraire est difficilement acceptable.

L'expérience clinique et opératoire, les inoculations au cobaye, ont donné au rapporteur la conviction que dans presque tous les cas le point de départ des lésions est le squelette, d'où sa confiance très relative dans l'efficacité des injections.

Quoi qu'il en soit, cette pratique ne présente ni difficulté, ni danger si l'on reste aseptique. De plus, elle laisse possible tout autre traitement ; enfin elle rend des services certains dans les cas d'hydarthrose et même de pyarthrose. Ces cas favorables mis à part, la méthode ne constitue pas cependant le traitement de choix chez l'adolescent. Elle doit céder le pas à une thérapeutique plus active dans les formes fongueuses végétantes, à grains riziformes et dans celles où se révèlent des lésions osseuses manifestes.

Le rapporteur n'a pas l'expérience personnelle des injections sclérosantes de chlorure de zinc. Elles lui paraissent peu recommandables, capables même de généraliser des lésions encore limitées.

L'HÉLIOTHÉRAPIE ne donne de résultats que si l'articulation est rigoureusement immobilisée et longuement exposée au soleil. Il faut que le corps entier bénéficie du bain de lumière, que celle-ci tombe perpendiculairement sur le sujet, les rayons obliques perdant 60 p. 100 de leur efficacité.

Le traitement de l'état général et les prescriptions hygiéniques ne sont pas à négliger. La durée de la cure varie de dix-huit mois au minimum, à vingt-cinq et trente mois au maximum.

On conçoit que de telles conditions sont difficilement réalisables et que tant de malades renoncent à une méthode susceptible cependant d'excellents résultats.

Si l'on examine les statistiques de *Rollier* (de Leysin) on constate :

I. L'amélioration rapide de l'état général ;

II. La fonte progressive des exsudats qui distendent les parties molles ;

III. La conservation de la musculature ;

IV. La récalcification des épiphyses.

Les résultats sont d'autant meilleurs que le squelette est moins atteint ; mais les formes osseuses bénéficient largement du traitement.

Sur 120 malades, *Rollier* annonce 106 guérisons dont 78 avec retour des fonctions.

B **Traitement chirurgical.** — L'opération la plus simple et la moins mutilante est la SYNOVECTOMIE. Difficilement défendable chez l'enfant où cependant la chirurgie doit être conservatrice à outrance, cette intervention ne vaut guère mieux chez l'adolescent.

L'ablation de la synoviale n'est jamais que partielle ; on s'expose à l'inoculation des parties molles péri-articulaires ; on néglige complètement les lésions osseuses pourtant si fréquentes.

Il semble préférable de substituer à cette synovectomie une opération plus étendue : l'ARTHRECTOMIE.

Après une incision de résection elle comprend les temps suivants :

a. Extirpation aussi complète que possible de la synoviale, des ligaments croisés et des disques semi-lunaires.

b. Ablation au couteau ostéotome des cartilages de revêtement du fémur et du tibia ;

c. Ablation à la scie d'une mince lamelle de tissu osseux s'il existe des lésions du squelette ;

d. Avivement de la surface articulaire de la rotule.

C'est en définitive une résection économique. La guérison se fait par ankylose. Mais cette guérison n'est pas toujours possible. L'acte opératoire n'atteint que les lésions osseuses sous-jacentes au cartilage d'encroûtement et laisse intactes celles qui sont situées plus profondément : dans les condyles fémoraux ou le plateau tibial. Ces zones malades dont on néglige ainsi le traitement continueront à évoluer et forceront plus ou moins rapidement à réintervenir. De plus, les parties saines proliféreront davantage que les parties malades ; il en résultera des déviations pathologiques dont la plus fréquente est la déviation en flexion. Les muscles fléchisseurs, toujours moins atrophiés que leurs antagonistes, augmenteront encore cette déformation.

En définitive, maintenue dans les limites de sa définition, l'arthrectomie risque souvent d'être incomplète ; si elle les dépasse elle devient une véritable résection.

Frappés du fait que des lésions osseuses demeurent ainsi sans traitement et exposent à des récidives ou à des complications à distance, quelques auteurs, parmi lesquels *Mencière* (de Reims), ont tenté d'améliorer la technique.

Ce chirurgien, après ouverture de l'articulation, taraude les épiphyses de façon à créer à l'intérieur de l'os un véritable tunnel osseux dans lequel il introduit une solution d'acide phénique pur. Il lave ensuite à l'alcool. La cavité articulaire est également traitée par le phénol. Cette méthode tend à stériliser les lésions des épiphyses sans porter atteinte à leur structure et tout en respectant le cartilage de conjugaison.

Employer pareille technique c'est avouer l'existence à peu près constante de lésions osseuses avérées ou discrètes. De l'avis du rapporteur, ce sont elles qui conditionnent, entretiennent et renouvellent les lésions synoviales, elles, qui donnent à l'évolution de la tumeur blanche du genou sa physionomie spéciale.

Est-il possible de guérir définitivement le malade, sans recourir à une opération vraiment mutilante qui consisterait à réséquer ou à amputer ? Oui, si l'on veut bien évider les épiphyses fémorales et tibiales sans altérer leur formes et leurs dimensions, quitte à les réduire, si besoin est, à une simple coque limitée par le cartilage d'encroûtement d'un côté, le cartilage de conjugaison de l'autre. Les résultats obtenus par Mencière semblent le prouver. Le rapporteur l'a tenté avec certains succès. Voici comment il procède :

Premier temps. — Incision en H des téguments et de l'aponévrose.

Deuxième temps. — Section du ligament rotulien ou ostéotomie temporaire de la tubérosité du tibia. Conservation de la rotule. Curettage des lésions rencontrées.

Troisième temps. — Nettoyage de la synoviale et des parties molles. On respecte les ligaments croisés et les ligaments latéraux.

Quatrième temps. — Evidement des épiphyses fémorales et tibiales à la fraise sans léser les cartilages de conjugaison ou articulaires.

Cinquième temps. — Plombage des épiphyses à l'aide du mélange de Mosetig.

Sixième temps. — Hémostase.

Septième temps. — Suture en deux plans sans drainage, sauf parfois un faisceau de crins dans le cul-de-sac tricipital.

Huitième temps. — Immobilisation dans un plâtre.

A la fin du premier mois on dégage le genou ; à la fin du troisième, l'appareil plâtré est remplacé par une attelle postérieure allant de la racine de la cuisse aux orteils et maintenue par un bracelet crural et un bracelet malléolaire. La mobilisation commence vers le cinquième ou sixième mois.

Une place à part doit être faite à un procédé proposé par *Robertson Lavalle*, de Buenos-Ayres. Cet auteur se propose de créer une hypervascularisation de l'épiphyse pauvre en vaisseaux et de ce fait propice à la fixation du bacille de Koch, et de fournir à la région malade des éléments nouveaux d'ossification.

Deux greffons sont introduits de haut en bas dans l'épiphyse fémorale, deux autres de bas en haut dans l'épiphyse tibiale ; enfin deux autres sont fixés dans le tissu cellulaire péri-articulaire mais en connexion avec les précédents. Ces greffons traversent les cartilages de conjugaison mais s'arrêtent au contact des cartilages d'encroûtement. Le membre est immobilisé. Au bout de six mois les greffons sont supprimés.

Les résultats ont été parfois excellents, d'autres fois mauvai les insuccès s'expliqueraient par ce fait que les malades n'ont pas été opérés à froid, c'est-à dire, comme le conseille *Robertson-Lavalle*, après un mois de repos en traction.

L'échec toujours possible de ces différentes méthodes, amène à envisager les interventions mutilantes.

LA RÉSECTION est certainement le moyen chirurgical le plus rapide et le plus sûr. C'est une méthode qui a largement fait ses preuves depuis 1781, époque à laquelle Park la pratiqua pour la première fois.

Mondan a voulu rechercher récemment ce qu'étaient devenus vingt-cinq des anciens opérés d'*Ollier* et reprendre leurs observations là où les avait laissées le maître lyonnais. Il en a retrouvé 16 dont 8 ont été traités à peu près dans les limites de l'adolescence : un à quinze ans, trois à dix-neuf ans, trois à vingt et un ans, un à vingt deux ans.

Tous ont été revus en 1925. Ce sont donc des résultats datant de trente-quatre à quarante-trois ans. Tous exercent des professions pénibles, tous ont une ankylose solide avec un très léger degré de flexion 170° (environ). Leur raccourcissement est en moyenne de 5 à 6 centimètres. Aucun n'a conservé de tuteur ou de semelle élevée. Le bassin s'est légèrement incliné en manière de compensation ; trois fois le col s'est redressé en coxa valga.

De tels résultats démontrent amplement que si la résection est de l'avis de tous le seul traitement de la tumeur blanche chez l'adulte, elle est encore sans doute la méthode de choix chez beaucoup d'adolescents.

L'AMPUTATION est un pis aller. Elle ne s'applique pour l'adolescent qu'aux cas très graves. C'est la suprême ressource en présence d'une suppuration articulaire avec infections associées, fistulisations multiples, fièvre à grandes oscillations, état général mauvais, existence d'autres lésions tuberculeuses avancées.

Le rapporteur termine cet important travail en rappelant que le diagnostic de la tumeur blanche du genou est parfois épineux, surtout dans la forme simple avec hydarthrose chronique ou récidivante, avec ou sans douleur.

La réaction de Wassermann, l'analyse du liquide de ponction et l'inoculation au cobaye trancheront souvent la question. On pourra parfois guérir par le mercure et l'iodure de potassium des lésions qui de prime abord semblaient relever de la chirurgie.

DEUXIÈME QUESTION

Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte et à partir de l'adolescence.

Discussion.

M. KUMMER (de Genève) s'attache à montrer que l'état général doit être à peu près seul considéré. La tuberculose du genou est la manifestation locale d'une maladie générale.

La cure d'air et de soleil, les conditions hygiéniques parfaites, le séjour à la montagne, les médications reconstituantes jointes au repos sont les plus sûrs moyens de guérison.

A l'hôpital cantonal de Genève, on opère de moins en moins et les résultats sont bons. Mais un tel traitement ne peut se faire dans les établissements hospitaliers ordinaires où la contagion et les conditions hygiéniques défectueuses aggravent plutôt le cas des malades.

M. DELCHEF (de Bruxelles) critique l'opération de Robertson Lavalle. Ses préférences vont à la méthode ambulatoire qui immobilise le genou mais permet au malade de circuler. L'état général s'en trouve amélioré. Il applique un grand plâtre allant de la racine de la cuisse aux orteils : exceptionnellement le plâtre entoure le bassin. Un tube de jersey est placé à même la peau. De larges bandes de coton entourent le jersey et sont maintenues par des tours de bandes. Le genou est en position légèrement fléchie.

Les contre-indications sont tirées de l'existence d'abcès avec fistulisation et infections surajoutées, de douleurs à la marche.

Il faut, dans ce cas, recourir à la résection avec destruction des foyers épiphysaires.

M. JEUTZER (de Genève).

M. MACHARD (de Genève). — **Résultats éloignés du traitement des ostéoarthrites tuberculeuses du genou par le plombage iodoformé.**

M. DELAGÉNIÈRE (du Mans). Chez les malades de quinze à vingt et un ans on doit essayer les méthodes orthopédiques et médicales conservatrices à immobilisation parfaite du membre dans un appareil plâtré, héliothérapie et thalassothérapie. Mais, en cas d'échec, les adolescents comme les adultes doivent être traités par la résection du genou.

La technique suivie est celle de Lucas-Championnière élargie, c'est-à-dire avec évidement presque systématique des épiphyses, sauf pour les formes fongueuses et avec évidement étendu d'une diaphyse quand on y trouve un foyer d'ostéomyélite. Ce dernier évidement se fait en gouttière, soit sur la face interne du tibia, soit sur la face externe du fémur suivant l'os qui est atteint.

L'auteur apporte 82 cas nouveaux opérés depuis 1900 et qui se répartissent ainsi :

Forme fongueuse : 16 cas. Résection simple dans 15 cas et avec évidement dans 1 cas : 16 guérisons.

Forme caséeuse : 29 cas. Résection simple dans 12 cas, avec évidement en coque dans 17 cas ; 29 guérisons.

Forme caséeuse avec foyers suppurés ou fistules : 29 cas traités par la résection large avec évidement parfois en petite gouttière ; 27 guérisons, 1 mort opératoire par bacillemie, une amputation de cuisse secondaire.

Forme caséeuse suppurée avec ostéomyélite et état grave : 8 cas. Résection large et long évidement du fémur ou du tibia : 5 guérisons complètes, une mort au bout de trois ans par septicémie chronique et 2 morts opératoires.

M. LAPEYRE (de Tours) a fait 41 résections chez des sujets de dix-huit a vingt-cinq ans, sans aucune mortalité opératoire. Mais il a perdu 2 malades au bout d'un an. Il a noté 4 fois des ankyloses gênantes et 2 fois des raccourcissements marqués. Dans l'ensemble les résultats ont été bons. Il ne cherche jamais à conserver la mobilité du genou ; l'ankyloss complète est le meilleur mode de guérison.

L'auteur remarque que depuis six ans il fait moins de résections et davantage d'amputations. La raison lui paraît être dans ce fait que la mode est aux méthodes conservatrices qui font perdre du temps aux malades et amènent à laisser passer le moment où la résection serait un traitement suffisant.

M. PEUGNIEZ (de Paris) est persuadé que le traitement de la tumeur blanche du genou est trop souvent chirurgical.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle, la cure d'air et de repos, l'alimentation bien réglée, l'hygiène peuvent guérir les tumeurs blanches sans intervention.

Mais les établissements hospitaliers ne sont pas installés pour obtenir de telles cures ; le milieu des salles de malades est fait plutôt pour aggraver les lésions. Les tuberculoses ouvertes y voisinent avec les tuberculoses fermées.

C'est au Congrès à faire comprendre quels avantages résulteraient de la création de nombreux instituts spéciaux pourvus d'une installation appropriée.

M. H. LARDENNOIS (de Reims), à propos de la technique de la résection, rappelle le procédé de section osseuse chantournante qu'il a décrit au Congrès de 1906 au moment où Gigli dotait l'arsenal chirurgical de ce merveilleux instrument qu'est la scie fil.

A l'aide de la scie de Gigli, sur une des extrémités osseuses on dessine en relief une surface de révolution cylindrique, sorte de condyle aplati et élargi en « trochlée », et pour recevoir ce condyle on creuse sur l'os opposé une surface de révolution semblable qui est une esquisse de « cavité sigmoïde » dans laquelle roulera et tournera « la trochlée ».

On obtient ainsi une très large surface d'accolement et une coaptation absolue.

L'auteur avait recommandé cette technique dans la cure des ankyloses vicieuses chez les enfants pour éviter la résection angulaire désastreuse en pareil cas puisqu'elle sacrifie inévitablement les cartilages de conjugaison.

Mais elle est applicable aussi à la résection primitive pour tumeur blanche du genou.

Si sur la tranche de section du fémur on trouve un abcès, une inclusion de séquestre qu'il faut éviter, que faire de cette cavité, de cette anfractuosité ? La plomber avec le mastic de Mosetig ? Pourquoi ne pas chercher par la section chantournante une surface nette et régulière, puis remplir ce demi-cylindre plein par un demi-cylindre creux taillé sur le tibia.

Enfin, on peut songer à guérir la tuberculose du genou non par une ankylose mais par une néarthrose douée de quelques mouvements. La grosse difficulté c'est l'atrophie du nerf du quadriceps et la prédominance des muscles fléchisseurs. Mais dans un cas favorable la tentative serait légitime.

Et dans ce cas, sans aucun doute, il faudrait abandonner la section plane des deux os et adopter le procédé de *section chantournante avec la scie-fil de Gigli.*

M. VIANNAY (de Saint-Etienne) a pratiqué 25 résections du

genou, les plus anciennes remontant à quinze ans, les plus récentes à vingt-cinq mois. L'âge des malades varie de dix-sept ans à quarante-sept ans.

La mortalité opératoire a été nulle. Tous les sujets ont guéri par première intention. Parmi ces malades plusieurs étaient des jeunes filles qui se sont mariées et ont eu des enfants.

L'auteur n'a jamais noté de récidives. La plupart de ses opérés exercent normalement des professions pénibles, maçons, mineurs, manœuvres, cultivateurs,

M. Reynès (de Marseille) formule les conclusions suivantes : Dans un grand nombre de cas où le début des tumeurs blanches du genou se fait par la synoviale (hydarthrose chronique, endo-arthrite fongueuse), il est possible d'extirper tous les éléments malades. Il y a intérêt scientifique et humanitaire à généraliser cette ablation précoce et rationnelle de la synoviale analogue à l'exérèse d'une tumeur, d'un anthrax, d'une tuberculose cutanée.

La synovectomie a été discréditée par des applications inopportunes et par des techniques dangereuses, lésant la rotule, sacrifiant les organes moteurs de la jointure.

L'auteur, par une incision latérale externe à laquelle s'ajoute parfois une incision interne, enlève la synoviale souvent clivable et ferme immédiatement après lavage à l'éther. Mobilisation précoce. Il se refait de nouvelles surfaces de glissement.

S'il y a des lésions osseuses, on peut encore faire la synovectomie et lui adjoindre des curages osseux, même larges. Mais la question change de face.

Le véritable progrès consiste à éviter les stades graves ou terminaux qui obligent aux opérations mutilantes : résections larges, amputations, et à faire en somme la prophylaxie de ces lésions avancées et dangeuses.

C'est dans cette voie nouvelle et féconde qu'il faut aiguiller les médecins, les chirurgiens, le public.

M. Calot (de Berck) a depuis longtemps cessé d'opérer les tumeurs blanches pour appliquer les méthodes conservatrices qui lui donnent des résultats indiscutablement supérieurs.

La meilleure conduite à tenir est :

1° D'instituer un traitement général comportant autant que possible le séjour à la mer ;

2° De faire des injections modificatrices dans le foyer articulaire, ainsi qu'on les fait dans l'abcès froid ou par congestion. Quoique ces injections n'aient pas une action bactéricide, elles amènent parfaitement la guérison de la paroi tuberculogène des foyers bacillaires.

L'opération sanglante, même très large, est toujours incomplète car elle ne supprime pas les lymphatiques et les ganglions. En outre, elle diffuse les bacilles et les toxines dans l'organisme déjà tuberculisé des malades. Les tuberculoses locales ne sont jamais locales, ce sont des colonies d'un foyer connu ou inconnu, et c'est ce qu'on oublie trop souvent.

M. Tailhefer (de Béziers) préconise dans le traitement de la tuberculose du genou le lever précoce avec un appareil plâtré ambulatoire largement fenêtré.

Il fait lever ses opérés huit jours après l'intervention, et ceux qu'il n'opère pas, le lendemain du jour où le plâtre a été posé. Il trouve à cette pratique l'avantage d'*immobiliser* l'articulation et de *mobiliser* le malade, de le faire bénéficier de la vie au grand air, de la cure solaire naturelle ou artificielle, d'empêcher l'atrophie musculaire, de permettre quelquefois l'exercice d'une profession, de sauvegarder la fonction cutanée du membre, la fonction digestive du sujet et de faciliter la surveillance de la lésion. Il indique sa technique qui est simple et lui a donné de beaux résultats.

24 malades ont été soignés par la méthode non sanglante. Sur ces malades, 10 ont été retrouvés en parfait état.

L'auteur a pratiqué, d'autre part, 19 résections ; pas de mort opératoire ; 8 de ces réséqués ont été revus. Ils sont complètement guéris avec une ankylose rectiligne et un membre solide.

M. Péraire (de Paris), pour traiter les tumeurs blanches du genou, a recours chez l'enfant à la révulsion, à l'hélio et à la thalassothérapie, au traitement général et à un bon appareillage destiné à obtenir l'ankylose de l'articulation. Chez l'adulte, résection du genou : 25 résections sans aucun insuccès. L'amputation est un pis-aller. Il la réserve aux seuls cas désespérés avec fistules intarissables devenant des foyers d'infection, chez le vieillard en particulier. Il cite un cas de résection du genou qu'il considère comme type ; car il a pu suivre l'évolution de la tuberculose articulaire depuis l'enfance du malade jusqu'à son âge adulte.

A ce propos, il indique que pour aborder plus franchement l'articulation dans la résection, il emploie la section rotulienne repérée par cerclage. Guérison sous un seul pansement.

MM. Bérard et Santy (de Lyon) ont recherché, avec M. Mondan, ce qu'étaient devenus 25 des anciens réséqués du genou opérés par Ollier il y a de trente à quarante-cinq ans.

Sur ces 25 opérés, 16 ont été retrouvés. Ils exercent des professions pénibles pour la plupart et présentent dans l'ensemble des guérisons parfaites qui jugent la méthode.

Tous ont des ankyloses solides avec un léger degré de flexion. Les raccourcissements sont de 5 à 6 centimètres, un des opérés en présente un de 9 centimètres.

On note généralement du côté opéré une inclinaison compensatrice du bassin ; 3 fois on a trouvé une déformation en coxa valga.

Exceptionnellement, une résection secondaire fut faite en raison d'une récidive au niveau du tibia.

Chez tous les opérés les résultats ont été contrôlés par la radiographie. La soudure du tibia et du fémur est parfaite et l'on peut suivre la continuité des travées osseuses dans les deux os.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). Sur 135 résections du genou pour tuberculose pratiquées chez des adultes de seize à quatre-vingt-deux ans, l'auteur a eu 131 guérisons et 4 morts. De celles-ci l'une, causée par une pleurésie méconnue, est survenue six semaines après la résection. Les trois autres dues à une tuberculose aiguë ont eu lieu après deux mois et demi, cinq mois, un an.

D'autre part il a fallu faire 5 *amputations primaires* après tentative de résection jugée impossible en raison des dégâts osseux et 8 *amputations secondaires* nécessitées dans un délai allant du deuxième mois à la troisième année, soit par une récidive, soit par une menace de tuberculose pulmonaire.

Chez 9 malades à la tuberculose du genou étaient jointes d'autres lésions et on a pratiqué des *opérations combinées*. Tous ces malades ont guéri. Le plus remarquable, atteint de tumeurs blanches de la hanche et du genou du même côté, a subi une nouvelle résection et a été revu trente ans plus tard bien portant et marchant aisément malgré un raccourcissement de 15,5 centimètres, grâce à une canne et à un appareil prothétiques.

Les *complications éloignées* ont été deux fois des fractures traumatiques au niveau du col, 9 fois des fistules osseuses plus ou moins tardives qui ont été curetées, enfin une ankylose vicieuse traitée par résection itérative deux ans après la première opération.

Sur les 135 tumeurs blanches opérées 65 étaient des formes osseuses, 70 des formes synoviales.

L'auteur termine en rappelant les détails de sa technique que M. Fredet a exposée dans son rapport.

M. Frœlich (de Nancy).

M. Mauclaire (de Paris) apporte une statistique de 70 cas de résection du genou chez l'adulte. Il a employé très souvent les traitements dits conservateurs, notamment les injections de chlorure de zinc dans les formes bâtardes où la tuberculose n'est pas toujours certaine. Les résultats ont été bons. Cette méthode a l'avantage de conserver les mouvements de l'articulation.

Dans les formes hydarthrosiques, l'auteur fait une arthrotomie exploratrice, supprime s'il y a lieu les tissus malades, et finit par un lavage au chlorure de zinc.

Dans les formes osteo-articulaires il résèque invariablement. Une fois il fit une synovectomie. Le malade guérit mais présenta une déformation en flexion et rotation externe. L'arthrectomie donne de bons résultats chez l'enfant mais de mauvais chez l'adulte.

Longtemps l'auteur n'a réséqué que des sujets ne dépassant pas cinquante-cinq ans. Il pense maintenant comme Bœckel qu'on peut réséquer beaucoup plus tard.

La technique est celle de Lucas-Championnière et de Bœckel. L'auteur laisse un petit drain dans l'articulation et place un plâtre pendant cinquante-cinq jours. Quand il lui a fallu faire une ablation considérable du fémur donnant une mauvaise surface de coaptation il a laissé le plâtre en place plus longtemps. Ceci lui est arrivé 5 ou 6 fois sur 70 cas. Voici le résumé de sa statistique : 65 bons résultats, 5 amputations consécutives ; sur ces 5 amputations, 1 décès chez une femme âgée. Cinq fois un grattage complémentaire fut nécessité par une fistule allant au péroné, un quart de ces malades ont été revus. Les résultats sont excellents.

M. Bégouin (de Bordeaux) chez des malades d'hôpital, ouvriers, cultivateurs, petits employés, l'auteur a pratiqué 29 résections du genou pour tuberculose grave d'emblée ou ayant

résisté au traitement conservateur: 20 malades étaient des hommes, 9 des femmes. Un seul opéré avait plus de cinquante ans, cinquante-huit exactement, 5 étaient entre quarante et cinquante, et les 23 autres avaient de dix-neuf à quarante ans.

Aucune mort opératoire, 1 amputation de cuisse secondaire deux mois après chez l'homme de cinquante-huit ans; pas de fistules persistantes. Consolidation du cal entre 70 et 90 jours; reprises de la vie active au cinquième mois. Résultats éloignés excellents chez les sept opérés revus après trois, quatre, cinq, sept, huit, treize et quinze ans. Ils ne souffrent plus, peuvent marcher et travailler toute la journée.

Ces résultats ont été obtenus par la technique de Lucas Championnière : celle de Fredet y apporte des perfectionnements qui sont à suivre.

Aussi longtemps que les greffes articulaires ou l'arthroplastie ne seront pas arrivées à la fois à guérir la tuberculose et à reconstituer une articulation fonctionnant normalement, la résection du genou restera, chez l'adulte, le traitement de choix de la tumeur blanche grave d'emblée ou de celle qui continuera à évoluer malgré le traitement conservateur exactement appliqué et suivi pendant un temps judicieux. Alors, pratiquée assez tôt et assez hardiment, elle évitera bien des amputations de cuisse, et surtout bien des années de souffrances et de demi-infirmité.

M. Mencière (de Reims) reproche à la résection de causer une mutilation excessive si elle est étendue à toutes les parties malades et d'empêcher presque toujours chez les jeunes sujets la croissance ultérieure du membre. Il rappelle ses travaux sur la phénolisation et la phéno-puncture.

La phénolisation de l'articulation dans son ensemble, précédée de synovectomie et, si besoin est, de résection très économique et atypique, associée en outre le plus souvent à la phénopuncture des épiphyses, permet de guérir la tumeur blanche avec le minimum de sacrifice.

Le seul inconvénient de la phénolisation est la puncture secondaire de la plaie par laquelle s'éliminent les produits des mortifications résultant de la cautérisation par le phénol. Mais l'embaumement permet d'abréger la durée de la cicatrisation de la plaie.

L'auteur a pu rassembler 90 observations de phénolisation ou de phéno-puncture chez des sujets dont l'âge varie entre quatorze et quarante-trois ans.

M. Sorrel (de Berck) insiste sur la valeur de la cure solaire, mais ne croit pas que ce traitement suffise à guérir s'il n'est pas complété par la chirurgie. L'auteur demeure sceptique devant les statistiques qui annoncent tant de guérisons par les traitements purement médicaux. Il pense que souvent, il y a dans ces cas des erreurs de diagnostic.

Il faut recourir à de multiples examens de laboratoires, il faut aussi voir évoluer pendant quelque temps la lésion, avant de pouvoir affirmer dans bon nombre de cas la nature bacillaire de la maladie.

32 fois environ, l'auteur a relevé des erreurs de diagnostic. Il s'agissait 4 fois de sarcome, 2 fois d'arthrites gonococciques, 10 fois de syphilis articulaires, 16 fois d'hydarthroses chroniques par épiphysite des adolescents.

M. Imbert (de Marseille) fait remarquer que les chirurgiens s'abstiennent souvent dans les tumeurs blanches du contrôle bactériologique, soit qu'ils le jugent inutile, soit qu'il se trouve impossible dans les cas où il n'y a ni hydarthrose, ni pus.

Cependant, ce contrôle a son intérêt pour établir la nature de l'affection et aussi pour fournir les présomptions de pronostic applicables au traitement.

Une fois, dans une vieille hydarthrose du genou, des examens répétés ont permis d'établir la nature mélitococcique de l'affection ; c'est probablement à ce jour le seul cas d'arthrite du genou à mélitocoque ; il guérit très simplement après synovectomie.

Chez deux autres malades, l'inoculation au cobaye fit la preuve de la nature tuberculeuse, mais montra en même temps que l'infection ne possédait qu'une virulence atténuée; l'un de ces malades dut subir une résection orthopédique qui amena la guérison complète en quatre mois ; l'autre guérit par la simple immobilisation.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) préconise, chaque fois que la résection du genou n'est pas rendue indispensable par la gravité des lésions synoviales, de placer de chaque côté de l'articulation un greffon tibial incrusté dans les deux extrémités articulaires. Ce greffon immobilise le genou, évite l'appareil plâtre, facilite l'héliothérapie, provoque une ostéogénèse marquée et raccourcit la durée du traitement. A l'appui de sa thèse l'auteur rapporte deux observations avec guérison datant de quatre ans et de cinq ans.

M. Constantini (d'Alger) défend la technique de Rochard dans la résection du genou. L'usage du garrot est inutile parce que celui-ci produit un suintement post-opératoire qui peut nuire au résultat final. De plus, quand on opère sans garrot, on voit mieux les détails des lésions osseuses.

L'incision transversale va du bord postérieur d'un condyle à celui de l'autre condyle en se dédoublant au niveau de la rotule pour la circonscrire. On sectionne les parties molles y compris les ligaments latéraux jusqu'à l'os.

La rotule est enlevée et l'articulation largement ouverte. On procède à l'ablation du cul-de-sac sous-quadricipital. Puis les épiphyses fémorales et tibiales bien dégagées sont réséquées. Il reste à disséquer la partie postérieure de la synoviale avec les prolongements poplités si fréquents.

Pour y parvenir on place un champ roulé sous le creux poplité et l'on fléchit fortement la jambe. Les apophyses s'écartent, la surface poplitée s'étale et l'on peut ainsi facilement disséquer les parties à enlever.

La coaptation osseuse se fait au fil de bronze.

M. Termier (de Grenoble) a d'abord suivi la technique de son maître Ollier puis il l'a modifiée peu à peu en la simplifiant.

Il fait une grande incision transversale, occupant environ les deux tiers du membre et supprime tous les tissus articulaires proprement dits, c'est-à-dire capsulaires et synoviaux. Il ne met pas le garrot et a supprimé le drainage, faisant seulement une suture lâche sur les côtés. Plâtre antérieur et pansement au bout de cinq à six jours. Le second pansement est laissé en place trois semaines avec un plâtre postérieur. On a quelquefois la surprise de voir alors de l'ankylose réalisée. D'habitude la guérison est obtenue en deux mois.

L'auteur a très largement étendu les indications de la résection. Suivant l'exemple d'Ollier, il ne réséquait guère autrefois après trente-cinq ou quarante ans. Actuellement il a un certain nombre d'opérés entre quarante-cinq et cinquante-deux ans qui, sauf un, chez lequel une fistule a persisté assez longtemps, ont guéri dans les délais habituels.

Sa statistique comprend 52 cas sans décès. Mais il lui a fallu faire 3 fois des amputations secondaires. Les résultats éloignés n'ont pu être relevés que chez 12 malades. Ils sont bons dans 11 cas.

Une méthode intéressante dans les hydarthroses bacillaires est la ponction suivie de lavage de la jointure à l'eau phéniquée forte. L'auteur a retrouvé 9 des cas auxquels il l'avait appliquée et qui sont restés guéris avec conservation au moins partielle des mouvements.

M. Auvray (de Paris) considère que chez l'adulte la résection du genou est la méthode de choix. Non pas qu'elle doive être appliquée dans tous les cas, elle a certainement ses indications et ses contre indications ; mais d'une façon générale ses indications doivent être étendues et il faut y recourir plus tôt qu'on ne le fait généralement, surtout dans nos milieux hospitaliers, où il y a un intérêt majeur au point de vue de leur santé générale, à ne pas conserver nos malades d'une façon prolongée à l'abri de l'air et de la lumière. Les avantages de la résection sont multiples : la durée du traitement se trouve raccourcie, ce qui est capital dans certains milieux ; la résection permet la suppression totale des lésions à condition d'être faite très minutieuse et elle rend de ce fait plus rares les récidives ; elle permet une ankylose plus solide du genou que celle qu'on peut obtenir par la simple immobilisation ; elle permet en raccourcissant le membre ankylosé la marche sans faucher. L'auteur préconise l'incision en H des téguments ; l'hémostase préalable par le garrot qui permet une dissection plus parfaite des lésions tuberculeuses ; l'affrontement des surfaces réséquées à l'aide de puissants catguts chromés ; la mise en place d'un petit drain de sûreté et d'un grand appareil plâtré échancré au niveau du petit drain, pour permettre l'enlèvement rapide de ce drain.

M. Judet (de Paris). La résection, sans aucun doute, constitue le traitement de choix de la tumeur blanche du genou confirmée chez l'adulte. Au cours de cette intervention il faut s'appliquer à pratiquer les sections osseuses bien perpendiculairement à l'axe de chaque os. Dans ce but l'auteur utilise un compas spécial qui dirige le trait de scie et permet une coaptation exacte des surfaces avivées. La suture des deux fragments par fils métalliques lui paraît inutile et susceptible de provoquer une fistule secondaire.

Comme appareil d'immobilisation il utilise d'emblée un grand

plâtre comprenant une gaine de jambe et une gaine de cuisse. Ces deux gaines sont réunies au niveau du genou par une attelle postérieure plane qui soutient les épiphyses, et par un pont métallique antérieur qui renforce la solidité de l'appareil. La consolidation s'effectue en deux ou trois mois.

M. Bufnoir (de Cannes) est éclectique dans le choix du traitement. En principe il pense que la résection convient aux sujets jeunes, l'amputation aux vieillards, mais il faut tenir compte plutôt de la sénilité vraie que de l'âge du malade.

Rapporte trois observations de sujets âgés respectivement de vingt et un, vingt-neuf et soixante-dix ans qui prouvent que parfois la méthode conservatrice peut donner la guérison.

L'héliothérapie ne doit pas être opposée aux différents traitements chirurgicaux. Elle en est un adjuvant de haute valeur.

M. Trèves (de Paris) considère la résection du genou comme une excellente opération pour les adultes qui n'ont pas le temps de se soigner, et chez les autres malades qui n'ont pas guéri par le traitement conservateur. Ce dernier est le traitement de choix mais à condition d'être entrepris dans un endroit où le sujet puisse bénéficier à la fois de l'immobilisation suffisamment prolongée, des soins généraux et du soleil.

Il faut se méfier toujours des formes de tuberculose bâtardes et penser à la syphilis héréditaire tardive dont l'identité clinique avec la tuberculose est souvent absolue et que le laboratoire ne permet pas toujours de déceler.

M. Steffani rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'une ostéo-arthrite du genou droit, durant depuis deux ans, sans tendance à la guérison, et chez laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du genou suivant la technique d'Ollier, sans suture osseuse et avec un tout petit drain de sécurité. Premier pansement le quarante-cinquième jour. Consolidation en trois mois.

L'auteur pense que la résection du genou est indiquée non seulement dans les cas avancés où elle « s'impose », mais encore chez les adultes jeunes dans les cas « moyens », où elle permet d'obtenir en quelques semaines le même résultat qu'on obtient, de façon aléatoire, en plusieurs années d'immobilisation prolongée.

M. Perdu (d'Amiens) fait l'éloge du procédé de Mencière qui selon lui améliore considérablement les résultats de la résection simple. Il emploie invariablement la phéno-puncture dans les cas légers et la phénolisation dans les cas graves.

M. Masmonteil (de Paris) insiste sur quelques points de technique dans la résection du genou au cours de laquelle il pratique l'ostéo-synthèse avec deux ou trois agrafes de Dujarrier.

Les agents physiques, la cure solaire, les rayons ultra-violets dont on a trop peu parlé sont susceptibles de donner des résultats parfaits, mais c'est une méthode qui ne peut réussir que jointe à une cure d'air qu'on ne peut réaliser dans les villes. C'est pourquoi la résection doit rester en principe le traitement de choix.

M. Béclère (de Paris) personnellement n'a aucune expérience des traitements chirurgicaux. D'après des travaux récents la rœntgenthérapie ferait disparaître les œdèmes dans les formes fongueuses et donnerait des résultats appréciables.

L'héliothérapie ne peut être opposée en tant que méthode de traitement, à la rœntgenthérapie. L'héliothérapie est une médication générale, un stimulant, qui pour donner tous ses effets, doit être appliqué sur tout le corps du malade. La rœntgenthérapie est une médication locale qui bien maniée détruit les tissus malades. Ce sont là, semble-t-il, des traitements qui peuvent être utilement associés aux autres méthodes.

(A suivre.) Chastenet de Géry et Dariau.

Hôpital Saint-Louis — *Ophtalmologie*. (Service du Dr Dupuy-Dutemps. — Le Dr H. Joseph fera une série de huit leçons sur la réfraction oculaire les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures, à partir du mardi 15 novembre 1925.

1° Généralités sur la réfraction oculaire. Œil emmétrope. Skiascopie ; 2° Accomodation, presbytie ; 3° Myopie, sa mesure, sa correction ; 4° Hypermétropie, sa mesure, sa correction ; 5° Astigmatisme régulier. Définitions, effets optiques, diagnostic ; 6° Mesure de l'astigmatisme, correction ; 7° Acuité visuelle. Optotypes ; 8° Lunettes, verres d'optique, montures.

Prix du cours : 80 francs. S'inscrire dans le service, à l'Hôpital Saint-Louis.

VIIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(*Paris, 9 octobre* 1925).

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ÉTUDE

Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche.

Rapporteur : M. Lance (de Paris).

Les luxations invétérées, c'est-à-dire celles chez lesquelles aucune méthode thérapeutique n'est susceptible d'amener la guérison, sont divisées par le rapporteur en deux classes :

1° Les luxations dans lesquelles la réduction est possible mais la reluxation inévitable par suite d'absence d'appui osseux à la tête fémorale, ce sont les luxations incoercibles.

2° Les luxations irréductibles. Les causes de l'irréductibilité peuvant être osseuses, par rétraction des parties molles, capsulaires. Certains de ces obstacles peuvent être levés par voie sanglante.

Le rapporteur analyse ensuite les troubles dont se plaignent les diverses variétés de luxations invétérées et montre que ces troubles sont sous la dépendance de quatre facteurs principaux :

1° Le mode de sustentation défectueux du bassin sur le fémur : tantôt l'appui osseux existe mais est insuffisant (néocotyles, antérieures appuyées ; ce sont les formes douloureuses), tantôt l'appui est presque nul, la suspension est ligamentaire et musculaire (formes intermédiaires et postérieures avec fatigue rapide à la marche, grande boiterie).

2° La position vicieuse réciproque des leviers osseux (adduction du fémur, bascule du bassin).

3° Le déplacement des insertions des tracteurs musculaires (insuffisance du moyen fessier en particulier).

4° Raccourcissement anatomique du membre. C'est à remédier à ces défauts que doit tendre la thérapeutique.

Le rapport expose ensuite les méthodes thérapeutiques palliatives dans les diverses variétés de luxations invétérées.

1° Luxations invétérées réductibles mais incoercibles. — Chez ces luxés âgés la réduction est possible, mais si on les mobilise précocement la luxation se reproduit ; si on immobilise longtemps, la hanche réduite s'enraidit. On a cherché systématiquement cet enraidissement.

C'est la *méthode de l'ankylose thérapeutique* (Ducroquet) que le rapporteur nous décrit. Mais elle présente des échecs, des douleurs, et la perte des mouvements de la hanche est un gros inconvénient.

Bien préférable est la *réfection ostéoplastique du plafond du cotyle après réduction*, méthode rationnelle puisqu'elle remédie au défaut de la hanche. Cette opération pratiquée par Ferguson (1904), Albee, Ellis Jones (1914), Fairbank (1923), Dickson (1924) a été employée, réglée par le rapporteur qui en a donné la description (*Presse méd.*, 15 juillet 1925). Voici ses grandes lignes : la luxation est réduite, et le membre fixé en première position de Lorenz, ce qui est capital ; la partie supérieure de la capsule est découverte, un volet osseux ostéopériostique comprenant le plafond cotyloïdien est détaché, abaissé ; au-dessus de lui on insère des greffons pris au tibia, fermeture. Plâtre un mois.

Les résultats sont très bons et durables : disparition des douleurs, stabilité articulaire parfaite, conservation des mouvements (malades présentés par M. Lance (*Soc. de pédiat.*, 17 mars 1925), et par le professeur Ombrédanne (*Soc. de chir.*, 1er et 8 juillet 1925).

2° Luxations invétérées réductibles à ciel ouvert. — La réduction sanglante présente encore des partisans. Mais elle offre des dangers et se termine le plus souvent par ankylose. Ce n'est pas une méthode à préconiser.

3° Luxations irréductibles. — a. *Appareillage.* — Les appareils employés sont de diverses catégories : appareils de décharge (corsets, appareils à appui ischiatique béquilles), les appareils de contre-ascension du fémur (ceintures pelviennes à sous-cuisses), les appareils d'extension continue, les appareils d'abduction progressive de la hanche. Les appareils de décharge et

d'abduction progressive surtout peuvent rendre des services mais leurs indications sont restreintes.

b. *Méthodes physiothérapiques.* — Toutes les méthodes susceptibles d'améliorer la musculature sont utiles.

c. *Transposition par manœuvres externes.* — La méthode de Paci-Lorenz donne des améliorations certaines. Mais dans les formes graves (sujets adultes, formes postérieures) elle offre des dangers. Ses résultats ne se maintiennent pas toujours. On pourrait augmenter cette stabilité par la création d'une butée osseuse dans la fosse iliaque comme le rapporteur l'a pratiqué dans deux cas.

d. *Opérations palliatives intra-articulaires.* — Ce sont la réduction sanglante dans un néocotyle artificiel (Margary), la résection, la pseudarthrose de Stoffa. Le rapporteur rejette ces opérations à cause de leur gravité et de leurs résultats aléatoires.

e. *Opérations palliatives extra-articulaires. Transposition sanglante extra capsulaire* (opération de Lane, Codivilla, Davis). — Après transposition, sans ouvrir la capsule, un néocotyle est creusé en face de la tête fémorale. Cette opération peut rendre des services mais reste inférieure à la suivante.

Constitution par voie extra capsulaire d'une butée ostéo-plastique au-dessus de la tête fémorale transposée. — Les premiers essais remontent à Kœnig. En France elle a été employée par Delagénière, Mauclaire, Dujarier, Hallopeau, et surtout le rapporteur. La tête fémorale ayant été ramenée par manœuvres externes dans la partie antérieure de la fosse iliaque, un vaste lambeau ostéo-périostique est taillé dans l'os iliaque, rabattu sur la tête fémorale ; des greffes ostéo-périostiques de Delagénière sont entassées au-dessus du lambeau iliaque. Ainsi se trouve constitué un butoir osseux solide dans la fosse iliaque. Il en résulte une amélioration notable de la stabilité articulaire, disparition des douleurs, diminution de la fatigue et de boiterie.

Les ostéotomies. — En 1892, M. Kirmisson propose pour remédier à l'adduction et à la lordose des luxés, l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui améliore beaucoup les malades. M. Frœlich montre depuis qu'en faisant l'ostéotomie basse, l'angle d'ostéotomie vient faire une butée sur l'os iliaque. En 1918, Lorenz décrit la « bifurcation » : après ostéotomie le fragment inférieur du fémur mis en abduction marquée est repoussé de bas en haut *dans* le cotyle ; c'est sur ce bout diaphysaire que repose dorénavant le poids du tronc.

Von Bayer montre que l'ostéotomie avec abduction remet en tension les muscles pelvitrochantériens. Schwanz prône une ostéotomie très basse en face des ischions ; la création d'un angle rentrant à ce niveau supprime la bascule du bassin dans la marche.

Donc en dehors du redressement des déviations des leviers osseux, on a demandé aux ostéotomies la remise en tension des tracteurs musculaires, la création d'un appui pelvien.

Le rapport discute ensuite longuement la valeur de diverses ostéotomies. Il conclut que la bifurcation n'est pas supérieure aux autres : plus difficile d'exécution, elle expose à une limitation considérable des mouvements de la hanche, augmente le raccourcissement, donne une marche disgracieuse en abduction. Les préférences du rapporteur vont aux ostéotomies sous-trochantériennes basses.

Transplantation du grand trochanter sur la diaphyse fémorale (V. Veau et Lamy). — Cette opération qui a pour but de remettre en tension les muscles pelvi-trochantériens relâchés, excellente lorsque la tête fémorale est fixée (dans la coxa vara, dans les luxations très appuyées), peut être le complément d'une fixation de luxation par butée pelvienne comme le rapporteur l'a pratiquée dans un cas.

Conclusions. — Au total, le rapporteur croit que les indications de l'appareillage sont assez restreintes et limitées aux contre-indications des autres méthodes.

Rejetant toutes les interventions intra-capsulaires, en général graves, d'efficacité incertaine, le rapporteur préconise surtout les interventions extra-capsulaires.

Aux luxations antérieures incoercibles, ou mal appuyées, luxations douloureuses, convient la réfection ostéo plastique du plafond cotyloïdien telle que le rapporteur l'a décrite. Dans les luxations intermédiaires ou postérieures jeunes la transposition sans ou avec butée osseuse de soutien donnera de bons résultats. Dans les luxations postérieures les ostéotomies sous-trochantériennes basses trouveront des indications.

Deuxième question mise a l'étude

Main bote congénitale et main bote paralytique

Rapporteur : Professeur H. L. Rocher (de Bordeaux).

La main bote est une attitude vicieuse permanente de la main sur l'avant-bras.

Cette définition englobe des déviations multiples parmi lesquelles on distingue deux grands groupes : les mains botes congénitales, les mains botes acquises.

Main bote congénitale. — Deux variétés selon qu'il y a ou non intégrité du squelette.

Les mains botes avec intégrité du squelette sont à la main l'homologue du pied bot congénital. Elles sont presque toujours du type cubito-palmaire. Elles résultent soit d'une attitude vicieuse in utero, d'une dysplasie des muscles du bras, d'une displasie articulaire.

Les mains botes avec malformation du squelette sont dans la grande majorité des cas des mains botes radiales et radio-palmaire, avec absence plus ou moins complète du radius. Le rapporteur en donne une description clinique. Il remarque que la malformation squelettique s'accompagne d'anomalies vasculo-nerveuses, de lésions musculaires étendues, qui ont une grande importance fonctionnelle.

De même le segment radial de la main peut-être absent en totalité ou en partie.

Les fonctions de la main sont surtout conditionnées par le nombre des doigts conservés, l'état des articulations et des muscles.

Tous ces sujets présentent une force de préhension faible mais ils acquièrent très souvent par des suppléances une adresse remarquable, et n'éprouvent pas le besoin de se faire traiter.

La main bote par absence de cubitus est rare, et s'accompagne parfois de synostose radio humérale, ou de luxation de la tête radiale.

Dans les mains botes avec intégrité du squelette le traitement sera commencé de bonne heure : massage suivi de contention en appareil, tractions élastiques, redressements successifs ; parfois des ténotomies sont nécessaires, s'il y a malformation articulaire le rapporteur conseille l'évidement souscutané.

Dans les mains botes avec malformation du squelette le redressement constitue le premier temps du traitement soit par appareil, soit par ostéotomie. Pour fixer le redressement on a préconisé des opérations multiples soit l'implantation du cubitus dans le carpe, soit la transformation du cubitus en une fourche encastrant le carpe, soit la constitution d'un nouveau radius au moyen d'un greffon.

C'est à la bifurcation du cubitus par la méthode de Froelich que le rapporteur donne la préférence. Le résultat thérapeutique reste toujours dominé par l'état des muscles et des articulations.

Main bote paralytique. — On en distingue trois groupes : les paralysies flasques, spasmodiques, et par contracture réflexe ou physiopathiques.

a. Main bote par paralysie flasque. — Le rapporteur en décrit trois types : la main bote de la paralysie radiale, bien connue, la main bote par paralysie du plexus brachial, traumatique ou obstétricale, d'aspect variable selon le siège de la lésion, la main bote de la paralysie infantile plus variable encore (main ballante, main bote palmaire ou surtout cubito-palmaire).

b. Main bote spasmodique. — Dans les encéphalopathies infantiles, on observe surtout une déviation cubito-palmaire de la main, souvent des mouvements involontaires variés (chorée, athétose), ces troubles sont étendus à tout le membre, et on observe des troubles intellectuels dont il faut tenir compte pour le pronostic. Dans l'hémiplégie de l'adulte à la période de contracture la main se dévie en pronation flexion, flexion des doigts, attitude qui se fixe par rétraction.

Dans l'hémiplégie hystérique il peut y avoir une main ballante mais surtout de la contracture en flexion.

c. Mains botes physiopathiques. — Ce sont les déviations réflexes consécutives aux traumatismes telles qu'on en observait pendant la guerre et sur l'interprétation desquelles on a tant discuté. Parfois on a une paralysie flasque, le plus souvent de la contracture avec des déformations variées.

Le rapporteur passe ensuite en revue les méthodes thérapeutiques appliquées aux mains botes paralytiques.

L'appareillage des mains botes flasques a donné lieu pendant la guerre à différents types d'appareils rigides ou mobiles. Leurs indications sont à discuter selon la profession du blessé.

Dans les autres variétés de main bote l'appareillage constitue surtout un temps pré-opératoire.

Interventions tendineuses. — Les ténotomies, allongements tendineux, sont de pratique courante quand il y a rétraction ou contracture. Le raccourcissement, la ténodèse ont été employés dans la paralysie flasque. Mais ici c'est surtout la transplantation de muscles du groupe palmaire sur les muscles dorsaux qui a été employée : transplantation partielle du rond pronateur (R. Jones), transplantation sur les extenseurs des doigts et abducteur du pouce des palmaires et cubital antérieur (Mauclaire, Massart). Un traitement de contention et rééducation est indispensable après ces opérations.

Arthrodèses. — L'arthrodèse du poignet en bonne attitude peut être indiquée à une période tardive dans les paralysies flasques pour remplacer le port d'un appareil.

Interventions nerveuses. — Le rapporteur énumère toutes les opérations qui ont été tentées surtout contre les déviations spasmodiques, neurotomies tronculaires partielles (Stoffel), alcoolisation des troncs nerveux (Sicard) ; la section partielle de chacun des nerfs des muscles contracturés (Dickson) semble plus simple, puis les radicotomies (opération de Foister, Gulcke), la section de rami-communicantes du grand sympathique cervical (Rayle).

Indications comparatives des méthodes thérapeutiques dans les mains botes paralytiques. — La prothèse peut être appliquée dans toutes les mains botes par paralysie flasque sauf dans la forme hystérique. Elle est contre-indiquée dans la paralysie spasmodique, son emploi est discuté dans les mains botes physiopathiques. La prothèse devra toujours être mise en parallèle avec les procédés chirurgicaux et s'adresser aux échecs et refus opératoires. L'arthrodèse dans les professions de force peut rendre de gros services.

Les interventions tendineuses et osseuses seront indiquées dans la poliomyélite à un stade tardif (trois ans après le début) lorsque la lésion est irrémédiable.

Dans les mains botes physiopathiques la psychothérapie n'a pas donné de résultats très évidents. Le rapporteur recommande les traitements physiothérapiques exercés avec une grande douceur. L'opération de Leriche (sympathectomie périartérielle au niveau de l'humérale) donne des résultats immédiats très satisfaisants.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 octobre 1925.

A propos des cas de variole signalés dans les départements du Midi. — M. L. *Calmus*. — Les dernières communications faites à l'Académie sur la grande atténuation de la virulence du virus variolique dans les récentes épidémies ne doivent pas faire oublier que ce virus peut à chaque instant se manifester avec toute sa virulence. Actuellement, dans plusieurs départements du Midi où la variole vient d'être signalée, la mortalité est aussi grande que dans les épidémies si meurtrières d'autrefois : 1/5 à Toulouse, 1/3 à Béziers et aux environs. La diffusion des germes pouvant atteindre un point quelconque du territoire grâce aux communications rapides et nombreuses qui existent actuellement, il est opportun de rappeler que les personnes qui ont perdu leur immunité vaccinale risquent partout d'être contaminées par les germes varioliques et de contracter une variole grave. Pour que la vaccine protège sûrement contre la variole il faut que la vaccination ne soit pas trop ancienne ; avec le temps l'immunité qu'elle confère s'atténue et disparaît. Dans l'ensemble de la population ce sont les femmes qui sont le moins immunisées car elles échappent souvent aux revaccinations obligatoires. A Toulouse, sur 29 cas de variole récemment constatés, on compte 23 femmes.

Les vaccinations obligatoires font bénéficier incontestablement la société d'une immunité importante qui permet de combattre plus efficacement les épidémies, mais cette immunité qui n'est que temporaire est insuffisante pour donner à chaque individu une sécurité absolue. Il est donc sage de se faire vacciner non seulement aux périodes obligatoires mais encore tous les cinq ans et mieux tous les trois ans, comme le conseille le Directeur de la Vaccine. Il est imprudent d'attendre les premières manifestations d'une épidémie pour se faire revacciner, car l'immunité conférée par la vaccine n'est acquise sûrement qu'une quinzaine de jours après la vaccination. Il ne faut pas oublier que la vaccine n'atténue que très partiellement l'évolution de la variole quand on l'inocule à un sujet déjà en puissance d'infection.

Technique nouvelle pour la mise en pratique de l'oxygénothérapie sous-cutanée. — MM. *Douris* et *Agasse-Lafont*. — L'utilisation thérapeutique de l'oxygénothérapie sous-cutanée montre de plus en plus que cette méthode n'est pas exclusivement destinée à jouer un rôle de suppléance dans les cas graves d'intoxication ou d'asphyxie. Les succès remarquables, et souvent inespérés, signalés par de nombreux auteurs (Bayeux, Martinet, Armand-Delille, Lian, Hallé, etc.) dans les broncho-pneumonies, l'asthme, la coqueluche, les asthénies, les anémies graves, les affections cardio-rénales, etc., prouvent que cette méthode a certainement une action toni-cardiaque puissante, antitoxique et sans doute aussi dérivative. *Elle agit en effet malgré la quantité relativement minime d'oxygène injecté* (en général 50 à 200 cent. cubes tous les jours ou tous les deux jours), et la résorption lente du gaz, qui demande 24 à 48 heures.

Mais, pour la généralisation de son emploi, il convient que l'appareillage réunisse le maximum de simplicité, de sécurité et de précision.

L'appareillage présenté par les auteurs a pour but de réaliser ces conditions.

Il ne nécessite, en effet, ni obus d'oxygène, ni détendeur ni manomètre. Basé sur la fabrication extemporanée de l'oxygène au moment même de son emploi, il est exclusivement composé d'un flacon et d'une seringue.

Dans le flacon, de petite dimension (50 cc.), l'oxygène est produit par l'action d'un comprimé à base de bichromate de potassium sur l'eau oxygénée. Cette réaction est pratiquement très supérieure à celle du permanganate de potasse. En effet, le dégagement du gaz est retardé de quelques minutes et il est plus lent, ce qui évite toute crainte de rupture du flacon ou d'expulsion du bouchon. D'autre part, il n'y a pas de résidu pulvérulent qui puisse encrasser l'appareil et, par ses propriétés catalytiques, réagir au moment de l'introduction d'une nouvelle dose d'eau oxygénée.

Le bouchon même du flacon renferme un barboteur dans lequel le gaz est lavé et purifié. Le dégagement se fait sous une pression suffisante pour actionner le piston d'une seringue de 100 cc., dont on peut ainsi suivre et mesurer le remplissage : cette seringue permet d'injecter avec lenteur et précision exactement la dose jugée nécessaire.

La reconstitution fonctionnelle du côlon après colectomie totale. — M. *Pierre Duval*. — Après colectomie totale il y a dilatation de l'intestin grêle qui en deux mois prend l'aspect et la fonction du côlon. A ce moment seule la réplétion le fait fonctionner. Après une phase d'excitation avec diarrhée il y a atonie et constipation. Il faut donc conclure que la colectomie est une intervention illogique puisqu'elle aboutit à remplacer une constipation par une autre.

De l'état des trompes interstitielles dans les affections utéro annexielles. — Il résulte des recherches de M. *Daniel* (de Bucarest) que :

1° Dans la majorité des cas d'affections utérines et annexielles la trompe interstitielle présente dans 70 % des cas des altérations macro et microscopiques ;

2° Dans toutes les formes de salpingite simple la trompe interstitielle est altérée dans 95 % des cas mais reste perméable ;

3° Dans la tuberculose annexielle la trompe interstitielle est atteinte dans 50 % des cas. Pratiquement il y a donc lieu, dans la tuberculose génitale, d'extirper l'utérus ou de pratiquer au moins l'hystérectomie fundique ;

4° Dans les fibromes volumineux de l'utérus le canal interstitiel ne peut être retrouvé. Ce qui rend compte de la stérilité ;

5° Dans le cancer du col et dans les tumeurs ovariennes le canal interstitiel *ne subit* pas de modification même lorsque la trompe extramurale s'est révélée altérée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre 1925.

Traitement du tétanos grave par la sérothérapie intrarachidienne. — M. *Robineau* analyse un travail de M. Brisset sur ce sujet. Ce travail s'appuie sur 32 observations personnelles, avec 27 guérisons et 5 décès.

En rapprochant ces faits d'autres observations on arrive à un total de 52 observations avec seulement 12 p. 100 de mortalité. En cas de tétanos grave, aucun autre traitement n'a donné d'aussi bons résultats.

Fracture de cuisse à grand déplacement et fracture comminutive de la rotule. — M. *Picot* fait un rapport sur une observation adressée par M. Clavelin (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un jeune soldat qui, par suite d'une chute grave présenta plusieurs contusions et une fracture de la cuisse avec fracture de la rotule. M. Clavelin appliqua une traction par broches intracondyliennnes et plaça le blessé dans un appareil à suspension. Bon résultat anatomique et fonctionnel.

Diarrhée amibienne, abcès de la rate. — M. *Roux-Berger* analyse une observation de M. Perard (de Casablanca). Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, atteinte de diarrhée, très anémiée, dans un état grave. On constate chez elle une rate volumineuse. L'examen ne révèle pas la présence d'hématozoaires, mais bien la présence d'amibes. Intervention : on trouve un abcès de la rate, on ouvre et on draine. Grande amélioration. M. Roux-Berger se demande quelle a pu être dans ce cas la voie d'accès sur la rate. Est-ce la voie lymphatique ou la voie sanguine ? Plus probablement cette dernière.

Invagination intestinale. — M. *Abadie* (d'Oran) fait une communication sur plusieurs cas d'invagination intestinale chez l'enfant. Chez un enfant atteint d'entérite chronique apparaît le syndrome de l'invagination. Intervention immédiate ; résection et anastomose bout à bout, guérison. Chez l'un de ces enfants, quelque temps après l'opération, récidive dans un point de l'intestin éloigné du point primitivement atteint, nouvelle intervention, si bien que chez cet enfant il a été réséqué 85 centimètres d'intestin en deux fois.

La gastrostomie dans les cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac. — M. *Abadie* rapporte l'observation d'une fillette de deux ans qui était atteinte d'une hernie diaphragmatique droite. Cet enfant était dans un état très grave et ne pouvait plus s'alimenter. M. Abadie pratiqua une gastrotomie et la guérison survint.

Luxation carpienne. — M. *Mouchet* rapporte deux observations de luxation du poignet méconnue et qui constituent une infirmité très douloureuse. M. Mouchet pratique l'ablation du scaphoïde et obtint un bon résultat dans les deux cas.

Du rôle de l'appendicite dans l'étiologie de la périduodénite. — M. *Basset* a réuni huit observations dans lesquelles, après une opération pour appendicite aiguë sont survenues des accidents de périduodénite. Il s'agissait, dans ces cas, d'accidents purement inflammatoires. Une seconde intervention pour libérer le duodénum a amené la guérison. Les conclusions que M. Basset tire de ces faits, c'est que chez ces malades qui continuent à souffrir après une appendicectomie, il faut penser à la périduodénite.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 16 octobre 1925

Tumeur de la glande pinéale chez un adulte, diagnostiquée cliniquement (Constatations radiographiques). — *MM. Alajouanine, Lagrange et Baruk* présentent un homme de 26 ans, chez qui l'on peut faire le diagnostic de néoplasie de la région des tubercules quadri jumeaux par la constatation, en plus d'un syndrome d'hypertension intra-cranienne typique, de paralysies oculaires prédominant sur l'élévation et l'abaissement des yeux, accessoirement portant sur la convergence et l'abduction, d'un signe d'Argyll Robertson bilatéral en l'absence de syphilis, de troubles auditifs centraux, d'accès de somnolence, auxquels s'ajoutent quelques troubles de voisinage d'apparition plus récente : syndrome thalamique fruste unilatéral, syndrome cérébelleux fruste du même côté. La néoplasie cause de ce syndrome régional, suspectée d'avoir pris naissance au niveau de la glande pinéale, peut être affirmée comme due réellement à une tumeur de cet organe, par l'existence d'une calcification impor-

tante constatée à la radiographie exactement en la situation correspondant à l'hypophyse. Les auteurs insistent surtout sur l'intérêt de ce diagnostic topographique chez l'adulte chez l'enfant le syndrome de puberté précoce joint aux signes de tumeur rendant le diagnostic assez facile) et sur l'importance du renseignement qu'apporte la radiographie, sans laquelle le diagnostic ne pourrait être affirmé.

L'hémo-géno-hémophilie. — ***MM. P. Emile Weil et P. Isch-Wall*** rapportent deux observations de sujets atteints d'affection hémorragipare chronique. L'étude clinique et surtout biologique de ces malades montre qu'ils ne sont ni des hémophiles ni des hémogéniques purs. Ils présentent une association des deux syndromes typiques, réalisant des aspects cliniques pour l'ensemble desquels les auteurs proposent le non d'hémo-géno-hémophilie. Chacun de ces deux syndromes se traduit, chez le même malade, par ses lésions sanguines distinctives : l'hémophilie par le retard de coagulation, l'hémogénie, par la prolongation du temps de saignement, la fragilité des endothéliums vasculaires, la diminution des hématoblastes. La connaissance de cette classe est importante car elle évite de faire entrer dans le cadre de l'hémophilie ou de l'hémogénie des cas qui ne sauraient y trouver place qu'en forçant les faits.

L'éther benzyl cinnamique dans le traitement des adénites tuberculeuses. — ***M. Jacobson*** rapporte avec photographies quatorze cas d'adénites tuberculeuses traitées avec succès par l'éther-benzyl-cinnamique dans les services du Professeur Sébileau et du Docteur Dufour.

Il a suivi la même technique que dans le traitement du lupus tuberculeux préconisé par lui précédemment.

L'action de ce produit se manifeste d'abord sur la périadénite qui graduellement diminue et finit par disparaître et, les différents ganglions qui constituaient la masse adénopathique deviennent alors isolables. Le ganglion lui-même peut subir trois modes de transformations :

1° Il se ramollit d'abord et se résorbe ensuite.

2° Il se ramollit, se fluidifie et s'élimine sous forme d'une bouillie purulente.

3° Il diminue progressivement de volume et un processus scléreux l'envahit et l'étouffe dans ses mailles.

L'auteur ne prétend nullement que l'éther-benzyl cinnamique soit le seul traitement des adénites tuberculeuses, mais il est intéressant de constater qu'il s'agit d'un traitement médical dont l'application n'est pas locale, et d'un médicament admirablement bien supporté qui ne provoque aucun accident local ni général.

Introduit dans l'organisme, ce médicament est capable non seulement d'améliorer le foyer tuberculeux quelle que soit sa localisation, mais dans certains cas il peut aussi le guérir.

Ce médicament peut être aussi précieux dans le traitement des adénites tuberculeuses par des agents physiques et par des moyens chirurgicaux, en favorisant et en accélérant leur action.

En même temps, ce médicament améliore notablement l'état général du malade.

Endocardite lente et réaction de Wassermann.— ***M. Landau*** (de Versorie) a trouvé dans 30 cas d'endocardite lente, 10 fois un Wassermann positif sans que la syphitis puisse être cliniquement incriminée.

Séance du 23 octobre 1925.

Hémophilo-hémogénie (à propos du procès-verbal). — M. *Comby* rapporte deux observations dans lesquelles les accidents hémorragiques auraient pu faire penser à l'hémophilie et qui rentrent dans le cadre de l'hémophilo-hémogénie décrite par M. P.-E. Weil.

Calcification de l'épiphyse. — M. *Léri* signale que la calcification de l'épiphyse est relativement fréquente et qu'il ne faut pas se hâter devant pareille constatation radiographique de diagnostiquer une tumeur.

L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire. — MM. ***G. Paisseau, Guénaux*** et ***André Lamblimg*** considèrent que les déplacements de la trachée s'accompagnent le plus souvent d'un déplacement concomitant de l'œsophage qu'il est facile d'observer à l'examen radiologique après ingestion d'une pâte opaque épaisse.

Cette exploration permet de constater des déplacements, des déformations, des mouvements anormaux de l'œsophage provoqués par les secousses de toux.

Les *déplacements de l'œsophage* siègent le plus souvent à la région claviculaire, il est, en général, moins fortement dévié que la trachée mais les deux organes restent parfois superposés, il n'est même pas rare de voir l'œsophage plus fortement déplacé, déborder la trachée en dehors, dessinant un trajet angulaire, en baïonnette, très particulier.

Contrairement à ce qui est généralement admis, les déviations droites sont plus fréquentes que les gauches (70 % des cas), ce qui est vraisemblablement en rapport avec la présence de la crosse et de l'aorte descendante dans le médiastin gauche.

Plus rarement, l'œsophage est déplacé au niveau de la région hilaire ; dans les grandes scléroses pulmonaires avec déviations cardiaques, l'œsophage est transporté en masse, sur presque tout son trajet, à distance des bords du rachis.

Les *déformations œsophagiennes* sont les diverticules épibronchiques, dits par traction, qui se remplissent de bismuth sous l'influence des secousses de toux.

Les *mouvements anormaux*, provoqués par la toux, traduisent l'existence d'adhérences ou de tractus fibreux.

Ces anomalies, qui n'ont pas habituellement d'histoire clinique, tirent leur intérêt des renseignements qu'elles fournissent sur l'état du médiastin et sur l'existence de scléroses rétractiles pleuro-pulmonaires qui sont la cause habituelle des déplacements d'organes chez les tuberculeux.

René Giroux.

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4284.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

[F]ONDÉ EN 1873. — N° 45. Le Numéro : 50 Centimes 7 NOVEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
[4]1, Rue des Écoles, PARIS (V^e)
[C]ompte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
[av]ec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
[Fr]ance et Colonies........... 35 fr.
[B]elgique et Italie........... 45 fr.
[É]tranger 1re zone........ 55 fr.
2e zone........ 70 fr.
Etudiants :
[R]éduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

[L]es abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Avis de concours pour l'emploi d'inspecteur départemental d'hygiène. — Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène de Seine-et-Marne aura lieu à Paris, dans la première quinzaine de décembre.

Les candidats devront être français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Ils devront, en outre, avoir satisfait à la loi militaire.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées, au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène, 6e bureau, 7, rue Cambacérès) avant le 20 novembre 1925.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20.000 fr. auxquels viennent s'ajouter les frais de déplacements dans la limite d'un maximum de 6.000 fr.

Hospices d'Amiens. — Un concours aura lieu à l'Hôtel-Dieu d'Amiens le mercredi 2 décembre 1925 pour la nomination de 3 internes titulaires en médecine et de 4 internes provisoires en médecine.

Conditions principales : être Français et pourvu d'un minimum de 4 inscriptions de doctorat.

Pour conditions du concours et avantages :

S'adresser au Secrétariat des Hospices, Hospice St-Charles, à Amiens.

Dernier délai d'inscription : 22 novembre 1925.

Croisière Médicale Internationale en Orient. — La nouvelle croisière comprendra deux circuits au choix des voyageurs et les dates de départ tiendront compte du Congrès de Rome, à l'intention duquel ces voyages sont spécialement organisés. Les congressistes et leur famille sont donc, avant tous autres, les premiers ayants droit. Il va de soi que ***les autres médecins sont admis également.***

Premiers renseignements. — *Circuit A* : Marseille, Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille. Départ de Marseille le 5 mars. Escale à Naples pour l'ouverture du Congrès de Rome. Durée : 31 jours.

Circuit B : Marseille, Naples, Alexandrie, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Constanza, Constantinople, Le Pirée, Alger, Marseille. Départ de Marseille, le 15 avril. Durée approximative : 33 jours.

Outre la visite des villes d'escale, le temps nécessaire sera donné aux deux circuits pour voir Le Caire, Jérusalem, Damas et Athènes. Les prix ne sont pas encore fixés, mais constitueront une réduction d'environ 50 % sur les tarifs en vigueur à cette époque pour les voyageurs ordinaires.

Toute la correspondance doit être adressée au Dr Bernard, à la Section des voyages de *Bruxelles Médical*, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

P. S. Le prix médical sera de 4.000 francs environ, pour le tour de la Méditerranée. (Le prix Marseille-Beyrouth ***simple***, pour le *public* est actuellement de 4.200 francs). Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'externat. — Questions données :

Pathologie médicale. — 1. Enumérer les causes des ictères chroniques par rétention. — 2. Renseignements fournis par l'examen clinique de l'abdomen d'un typhique au huitième jour. — 3. Aspect de la langue au cours de la scarlatine. — 4. Renseignements fournis par la palpation et l'auscultation du cœur dans le rétrécissement mitral pur. — 5. Enumérer les signes fournis par l'examen du thorax dans la pneumonie de la base au cinquième jour. — 6. Renseignements fournis par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques des fractures récentes de la rotule, sans la radiographie. — 2. Examen de l'abdomen chez un sujet atteint de péritonite par perforation récente non traumatique. — 3. Renseignements fournis par le toucher dans le cancer de l'ampoule rectale. — 4. Etat de l'épididyme dans la tuberculose, la syphilis et le cancer de l'appareil épididymo-testiculaire.

Anatomie. — 1. Enumérer les os constituant les parois de l'orbite. — 2. Insertion inférieure des muscles de la patte d'oie. — 3. Enumérer les branches collatérales de l'artère cubitale jusqu'à l'interligne radio-carpien. — 4. Enumérer les muscles innervés par la branche postérieure du nerf radial. — 5. Rapports de la face antérieure du rein gauche.

Prix Filloux. — Le jury est définitivement composé de MM. Grivot, Moulonguet, Hautant, Lortat-Jacob, Baudet.

Jubilé Charles Richet. — En 1925, M. Charles Richet atteindra soixante-quinze ans et accomplira la cinquantième année de ses travaux de laboratoires. Au cours de ce demi-siècle de labeur et de foi scientifiques, le Maître de la physiologie a édifié une œuvre biologique et sociale dont le développement se poursuit encore.

Un groupe d'amis, de collègues et de disciples a estimé qu'il était opportun de choisir cette étape mémorable dans la vie de Charles Richet pour lui rendre un solennel hommage de gratitude et d'admiration.

Il importe que la postérité conserve l'image du grand physiologiste et que ses contemporains concrètent la profonde estime en laquelle ils tiennent son œuvre par une publication jubilaire. Le Comité qui comprend les plus illustres savants du monde convie tous les médecins à s'associer à lui pour honorer le Maître universellement aimé et respecté.

Notre éminent confrère et ami Auguste Pettit, de l'Institut Pasteur, de la Société de biologie et de l'Académie de médecine, a bien voulu accepter de grouper les souscriptions.

Prière de bien vouloir adresser les souscriptions sous forme de lettres chargées, de mandats, de chèques, ou de préférence de chèques postaux à M. le Dr Pettit, C. ch. post., Paris 1640, 70, rue Jullien, Vanves (Seine).

Faculté de médecine de Paris. — Le concours du clinicat a donné les résultats suivants :

Sont proposés pour les cliniques médicales: titulaires, MM. Tzanck, de Gennes, Mouzon, Ollivier, Bocage, de Massary, Oury ; adjoints, MM. Surmons, Chauveau.

Pour la clinique des maladies infectieuses : titulaire, M. Rivallier ; adjoint, M. Cachy.

Pour l'hygiène de la première enfance : titulaires, MM. Florent et Lestoquoy.

Pour la clinique médicale infantile : titulaire, M. Pichon ; adjoint : M. Boulanger-Pillet.

Pour la clinique ophtalmologique : titulaire, M. Cousin ; adjoints, Mlle Ostwalt et M. P. Veil.

Pour la clinique gynécologique : titulaires, MM. Braine et Leroy.

Pour la clinique obstétricale : titulaires : MM. Desaubry et Desnoyers.

Pour la clinique des maladies nerveuses : titulaires, MM. Alajouanine, Giraud, Mathieu.

Pour les cliniques chirurgicales : titulaires, MM. Huet, Guelette, Petit-Dutaillis, Mlle Hamelin : adjoints, MM. Godard, Metzger.

Pour la clinique chirurgicale infantile : titulaire, M. Huc ; adjoint, M. Aurousseau.

Pour la clinique urologique : titulaire, M. Fey ; adjoint, M. Flandrin.

Pour la clinique oto-rhino-laryngologique : aides-assistants, MM. Winter, Courege.

Pour la thérapeutique chirurgicale : titulaire, M. Aubertin ; adjoint, M. Chastang.

Le doctorat en péril : un cri d'alarme. — Nons recevons la protestation suivante, à laquelle nous tenons à nous associer de toutes nos forces, certains d'être en la circonstance les fidèles interprêtes de tout le corps médical français :

Confrères prenez-garde : il se prépare une attaque contre le doctorat en médecine.

Alors que les efforts des praticiens ont, déjà depuis de nombreuses années, obtenu la suppression des doctorats spéciaux et l'unification de notre titre qui lui donne sa véritable signification et sa véritable valeur, il se trouve à nouveau menacé.

Alors que, dans le monde entier, on assiste à l'évolution de l'art dentaire vers la stomatologie ; que le nombre des médecins qu l'exercent augmente de jour en jour ; qu'ainsi cette spécialité tend à reprendre sa véritable place dans le patrimoine médical : que l'Italie, la Hongrie, la Roumanie, l'Autriche, le Portugal imposent pour son exercice le doctorat en médecine ; que l'Ecole française de stomatologie est à la veille de manquer de place pour les confrères qui veulent se spécialiser dans cette brancbe de la médecine. nous sommes menacés, en France, d'une régression.

Des chirurgiens-dentistes, poussés par quelques meneurs, n'ayant en vue que leur intérêt personnel et la consolidation de leur propre situation, font l'impossible pour obtenir la création d'un nouveau doctorat spécial, le doctorat en chirurgie dentaire.

Ce titre, masquant leur insuffisance, ne pourrait que créer une confusion regrettable avec le nôtre.

Les médecins de France ne peuvent laisser se perpétrer cette atteinte à leur droit, cette séparation de leur patrimoine d'une spécialité qui leur appartient, cette usurpation qui favoriserait encore l'exercice illégal.

Il nous faut nous unir tous pour une action commune : action par nos syndicats, nos associations, nos sociétés, action sur les diverses personnalités que nous pouvons atteindre, action sur le public dont l'intérêt bien entendu est en jeu.

La Médecine aux Médecins.

Dr Girbs, président du syndicat des stomatologistes ; Dr Bozo, directeur de l'Ecole française de stomatologie ; Dr Sauvez, président de la Société des stomatologistes des hôpitaux ; Dr Herpin président de la Société de stomatologie de Paris.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M) — L'Assemblée générale de l'A.D.R.M. aura lieu le mardi 17 novembre, à 17 h., à la Faculté de Médecine (salle du Conseil). Elle sera présidée par M. Paul Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

Nécrologie. — Dr Emile Berger. Dr Albert Cauchoix. — Dr Collard, d'Annonay.

TRAVAUX ORIGINAUX

L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire

Par MM. G. PAISSEAU, GUENAUX et André LAMBLING.

Les déplacements de l'œsophage, qui semble suivre la trachée dans ses déviations, bien étudiées par MM. Armand-Delille, Hillemand, Lestocquoy et Mallet, ne sont pas les seules anomalies que l'on puisse observer lorsque l'on explore l'œsophage aux rayons X chez des tuberculeux suspects de sclérose pulmonaire pleurale ou médiastine.

L'examen de l'œsophage après ingestion de pâte opaque épaisse fait apparaître non seulement des déplacements qui peuvent porter sur une petite portion de son trajet intra-thoracique mais encore des déplacements en masse qui modifient profondément sss rapports normaux, des déformations de ses parois qui peuvent aller jusqu'à la production de diverticules importants ; on voit enfin, sous l'influence des secousses provoquées par la toux se produire des mouvements anormaux qui complètent l'ensemble de renseignements que cette exploration de l'œsophage peut fournir sur le retentissement des lésions tuberculeuses du poumon sur les organes contenus dans le médiastin.

DÉPLACEMENTS DE L'ŒSOPHAGE. — On observe des déviations partielles et des déviations totales.

Les déviations partielles ont deux sièges d'élection : la région claviculaire et la région hilaire.

Le siège des *déviations hautes* est celui des déviations trachéales étudiées par M. Armand-Delille et ses collaborateurs, les deux organes passent à une distance plus ou moins grande de l'extrémité interne de la clavicule, selon l'amplitude du déplacement.

Le plus souvent, comme l'a noté M. Armand-Delille, c'est la trachée qui est le plus déviée, l'œsophage se place sur son bord interne, dont il se rapproche plus ou moins selon l'importance de son déplacement propre, parfois sa courbure est si peu marquée qu'il est difficile d'affirmer, pour les déviations gauches, qu'il ne s'agit pas d'une exagération de la courbe normale. Cependant il nous a paru rare que la trachée subisse un déplacement notable sans que trajet œsophagien fût lui-même modifié.

Cette prédominance des déviations du conduit aérien s'explique aisément par l'influence de la rétraction pleuro-pulmonaire qui agit sur la trachée par l'intermédiaire des grosses bronches.

Cette disposition est sensiblement la plus fréquente et se rencontre dans 70 % des déviations hautes, elle n'est cependant pas la seule qui puisse s'observer.

Dans un assez grand nombre de cas, en effet, le déplacement œsophagien est aussi étendu ou dépasse celui de la trachée.

Dans le premier cas, les deux organes gardent leurs rapports sensiblement normaux et restent à peu près superposés, mais l'œsophage revient souvent plus rapidement vers sa situation normale et ce genre de déviation est à trajet fortement angulaire. Un peu plus souvent, l'attraction œsophagienne l'emporte : l'œsophage se place sur le bord externe de la trachée, mais sur une très courte distance, souvent il ne la déborde que par le sommet de l'angle et la croise à nouveau en sens inverse si bien que ce déplacement prend dans son ensemble un aspect en baïonnette très particulier.



FIGURE I. — Déviation haute de la trachée et de l'œsophage. L'œsophage se place sur le bord externe de la trachée.

On pourrait penser que ces déformations s'observent avec une égale fréquence du côté droit et du côté gauche ; nous avons cependant rencontré 70 % de déviations droites, la cause de cette anomalie apparente nous paraît devoir être cherchée dans la présence de l'aorte et de sa crosse qui s'interposent entre les organes du médiastin et le poumon gauche, la présence de ce gros vaisseau élastique et pulsatile n'est évidemment pas pour favoriser l'organisation du tissu fibreux homogène unissant les organes du médiastin à la plèvre pulmonaire.

Déviations hilaires. — Ce siège des déplacements est beaucoup moins commun que le précédent, ils sont alors le plus souvent associés à une attraction simultanée des gros vaisseaux du pédicule vasculaire, le plus souvent du côté droit. L'œsophage décrit une courbe dont le maximum siège généralement au niveau de la bifurcation trachéale et de la région hilaire.

Déviations totales. — Elles sont généralement la conséquence des grandes scléroses pleuro-pulmonaires avec déplacement en masse des organes du médiastin et du cœur. On voit l'œsophage cheminer en pleine plage pulmonaire, à plus ou moins grande distance des bords du rachis.

DÉFORMATIONS ŒSOPHAGIENNES. — Au cours de ces examens on peut avoir la surprise de mettre en évidence des diverticules de l'œsophage entièrement latents. Il s'agit de diverticules épibronchiques, dits par traction, de dimensions assez considérables puisqu'ils peuvent atteindre deux centimètres de long. Ils répondent à la description classique qui en a été donnée. Ce sont des petites évaginations qui se détachent de la paroi antérieure

ou latérale du conduit, au niveau de l'espace intertrachéo-bronchique, plus exactement au point d'entrecroisement de l'œsophage et de la bronche gauche ; leur grand axe est dirigé perpendiculairement à la paroi ou obliquement



FIGURE 2. — Translation en masse de l'œsophage dans une sclérose pulmonaire avec dextrocardie.

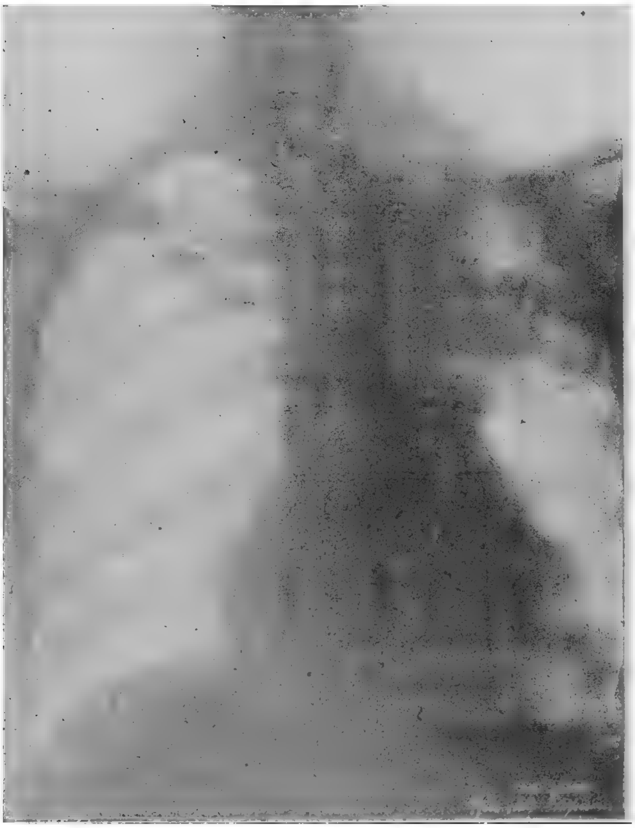


FIGURE 3. — Translation en masse de l'œsophage dans la plage pulmonaire dans une sinistrocardie.

de bas en haut. cependant il existe des diverticules à direction descendante.

Le plus souvent aucun symptôme ne décèle ces diverticules, l'absence de tout trouble dysphagique s'expliquant par leurs petites dimensions et par la direction ascendante de leur lumière qui rend leur remplissage par les aliments difficile, mais ils peuvent devenir pathologiques par leurs complications dont la plus grave est la perforation.

Ces diverticules dits épibronchiques sont bien connus et les constatations d'autopsie les font considérer comme assez fréquents. On admet au contraire que leur diagnostic radiologique est des plus difficiles, la pâte bismuthique ne pénétrant pas facilement dans leur cavité. On a proposé, pour cette raison,de pratiquer l'exploration de l'œsophage en position couchée (Palugyey). Cette complication de la technique ne nous paraît nullement nécessaire et nous croyons qu'il suffit d'employer une pâte épaisse et surtout de faire tousser le malade.

Nous avons pu apprécier, en effet, combien la toux était efficace pour leur mise en évidence : nous avons vu sous l'influence des secousses de toux les dimensions de deux diverticules que nous avons eu l'occasion d'observer augmenter dans des proportions considérables.

Les constatations que nous avons eu l'occasion de faire confirment la pathogénie actuellement admise et justifient la dénomination de diverticules par traction : chez plusieurs malades nous avons vu la paroi œsophagienne, entièrement normale au repos, émettre brusquement, au moment des secousses de toux, une évagination diverticulaire qui atteignait, dans un cas, plus d'un centimètre de long et dont le fond semblait attiré comme par un tractus, et il nous paraît légitime d'interpréter ces constatations comme le stade initial d'un diverticule permanent

MOUVEMENTS ANORMAUX PROVOQUÉS PAR LA TOUX. — Ces renseignements ne sont pas les seuls que l'étude des mouvements provoqués par les secousses de toux au niveau de l'œsophage permettent de recueillir. La respiration ni la toux n'exercent aucune influence sur la situation ni sur la forme de l'œsophage dans un thorax normal. Mais, lorsqu'il y a adhérences médiastines ou pleuro-pulmonaires, l'inspiration forcée fait subir à une partie des organes du médiastin un déplacement latéral du côté malade. Les organes ou une portion de ces organes est déplacée brusquement pour revenir occuper sa position première à l'expiration. Ces déplacements s'observent avec une netteté particulière au niveau de l'œsophage rempli de substance opaque, mais on peut observer d'autres déplacements de grande amplitude : tantôt ce sont des parois cavitaires qui se meuvent à la manière d'un rideau, comme dans l'observation rapportée par l'un de nous avec M. Herrscher (1), tantôt on voit se déplacer en sens divers, mais toujours, semble-t-il, dans la direction des adhérences principales, des interlobes fibreux, des tractus bronchiques épaissis. des ganglions crétacés, le pédicule vasculaire lui-même.

Ces oscillations brusques, lorsqu'elles sont d'une amplitude suffisante pour ne pas être confondues avec certains déplacements normaux semblent un signe intéressant de scléroses pulmonaires, de tractus fibreux, ou de médiastinite. Toutefois elles font le plus souvent défaut dans les grandes scléroses qui immobilisent complète-

(1) HERSCHER, GUÉNAUX et THÉVENARD — Caverne pulmonaire volumineuse se vollant pendant la toux. Société de radiologie, janvier 1923.

ment un poumon, comme cela se voit dans les grandes déviations cardiaques. Elles doivent être également distinguées de certains déplacements en masse du médiastin décrits par Holzknecht, Béclère, sous le nom de mouvements pendulaires du médiastin qui ne s'observent pas seulement dans les scléroses pulmonaires unilatérales, mais dans tous les états (sténoses bronchiques, pneumothorax, etc.) qui réalisent une inégalité des deux pressions hémithoraciques. Le déplacement partiel d'un organe isolé tel que l'œsophage est donc une indication plus précise de sclérose pleuro-pulmonaire ou médiastine.

***

Les lésions pulmonaires qui conditionnent les déplacements œsophagiens, comme ceux de la trachée sont, en général, toujours semblables, mais varient dans une certaine mesure selon le siège et la nature du déplacement.

Dans le cas le plus fréquent, qui correspond aux déviations hautes, on voit généralement aux rayons un lobe supérieur complètement et intensément opacifié, rétracté comme l'indique le déplacement ascendant de la scissure ; souvent on constate la présence de spélonques. C'est ce que permet généralement de vérifier l'autopsie, qui montre un lobe supérieur transformé en bloc fibreux creusé d'excavations rétractées et entouré d'une épaisse coque pleurale.

Des constatations analogues peuvent être faites lorsqu'il s'agit des déformations de la région hilaire, mais on peut rencontrer des exemples d'attractions portant sur l'œsophage et le pédicule vasculaire qui sont dues à la rétraction de la paroi d'une caverne cicatrisée et siégeant dans un parenchyme relativement sain, selon un mécanisme déjà signalé par Armand-Delille.

Lorsqu'il s'agit de déplacements en masse de l'œsophage, ils sont associés le plus souvent à des déplacements portant sur la totalité des organes du médiastin, avec grandes dextro ou sinistrocardies et liés aux vastes scléroses pleuro-pulmonaires avec déformations thoraciques qui sont la cause habituelle de ces déplacements étendus.

Les signes cliniques des déplacements œsophagiens manquent dans l'immense majorité des cas ; les signes associés de sclérose médiastine ou pleuro-pulmonaire, une déviation trachéale perceptible au palper dans la région cervicale, permettent seuls d'en soupçonner l'existence. Les troubles dysphagiques notés par Armand-Delille ne se rencontrent qu'exceptionnellement. Les diverticules restent, selon la règle, entièrement silencieux et rien ne permet d'en soupçonner cliniquement l'existence.

L'intérêt de l'exploration de l'œsophage chez les tuberculeux réside donc bien moins dans la constatation de ces déplacements ou déformations, habituellement sans conséquences cliniques, que dans les renseignements qu'elle fournit sur l'état du médiastin et sur la nature des lésions de la plèvre et du poumon.

Les déplacements, les déformations, les mouvements anormaux de l'œsophage, en effet renseignent beaucoup mieux sur l'état du médiastin que ne fait l'examen radiologique simple qui ne peut fournir que des données assez incertaines dans les cas fréquents où des opacifications importantes des plages pulmonaires ou des régions hilaires viennent, dans les positions obliques, obscurcir l'espace rétro-cardiaque.

Lorsqu'il s'agit d'attractions limitées, comme dans les déviations hautes de la trachée ou de l'œsophage, elles aident à interpréter les lésions des lobes supérieurs et traduisent surtout l'existence d'un processus de sclérose pleuro-pulmonaire rétractile.

La constatation de déplacements importants nous paraît prendre une réelle valeur dans certains diagnostics incertains, notamment pour le diagnostic, dont M. Sergent a récemment avec raison rappelé les difficultés, radiologiques et cliniques, du pneumothorax et des grandes cavernes pulmonaires.

C'est ainsi que, chez un malade où ce diagnostic n'avait pu être tranché, l'œsophage et les organes de l'étage moyen du médiastin étaient fortement déviés du côté du pneumothorax au lieu d'être refoulés du côté opposé comme il est de règle au cours du pneumothorax. La signification de cette anomalie apparut nettement à l'autopsie qui permit de constater une énorme caverne, occupant la totalité du lobe inférieur du poumon, qui avait refoulé le lobe supérieur sous la clavicule.

L'étude de ces déplacements apporte quelques indications sur le mécanisme des déplacements d'organes chez les tuberculeux : comme l'a déjà fait remarquer Armand-Delille, si le rôle des rétractions pulmonaires massives reste important, l'existence de déplacements portant inégalement sur les différents organes du médiastin ne permet pas de contester le rôle des brides et tractus fibreux, d'origine ganglionnaire ou autre. Les déformations que nous avons vues se produire sous l'influence des secousses de toux en sont d'ailleurs une véritable illustration. Ces notions autorisent à rejeter, pour la généralité des cas tout au moins, l'action de refoulement des organes du médiastin par le poumon opposé, action qui a parfois été invoquée et qui nous paraît incompatible avec la constatation des déplacements inégaux de ces organes.

En résumé, on peut conclure de l'étude radiologique de l'œsophage au cours de la tuberculose pulmonaire chronique que cette exploration fait apparaître fréquemment des déplacements de plus ou moins grande amplitude et des déformations de ce conduit ; bien que ces anomalies n'aient, le plus souvent, aucune histoire clinique, elles présentent cependant un certain intérêt en raison des renseignements qu'elles fournissent sur l'état du médiastin dont elles rendent l'examen plus précis et sur celui des poumons et des plèvres dont la sclérose rétractile est la cause la plus habituelle des déplacements anormaux des organes du médiastin.

A propos de l'étiologie du rachitisme,

Par Mme le Dr Gabrielle POUCHET-SOUFFLAND.

Dans le n° du 17 oct. 1925, *Le Progrès Médical*, publie une leçon de M. le Dr Lereboullet, intitulée : « Introduction à la séméiologie des maladies du système nerveux chez l'enfant. »

Nous sommes heureux de voir que les idées que nous avons été, avec le Dr André Collin, les premiers à soutenir, prennent droit de cité, et sont maintenant admises.

Dans notre thèse, « Contribution à l'étude du Rachitisme », nous soutenions que le principal producteur de celui-ci était le système nerveux : hypothèse osée, même révolutionnaire il y a deux ans à peine. Cependant en nous reportant à l'article de M. Lereboullet, nous constatons avec plaisir qu'il reprend successivement toutes les idées que nous avons antérieurement soutenues.

« L'importance du système nerveux dans la physiologie et dans la pathologie de l'enfant est considérable », dit-il au début de sa leçon.

Plus loin, « dans de nombreux cas nous avons affaire

« à des enfants dont le système nerveux est anormal.
« parce que sans lésion définie, sans stigmates anatomi-
« ques décelables ces enfants présentent un syndrome
« fonctionnel qui est l'expression de leur tempérament
« nerveux.... »

Dans un autre paragraphe :

« Le système nerveux, central ou périphérique intervient encore d'autre façon chez l enfant : c'est ainsi que le système nerveux règle dans une large mesure la croissance et la nutrition de l'enfant. Il intervient donc dans les troubles de la croisssance que nous voyons sans cesse » etc. etc.

Nous pourrions multiplier les citations mais le lecteur aura tout intérêt à lire *in extenso* l'article de M. le Dr Lereboullet.

Jusqu'à présent on considérait l'enfant comme un tube digestif. Il semblait que seules les fonctions d'ordre gastro intestinal pussent exister, et qu'en dehors de l'alimentation, de l'assimilation et de la défécation, nulle autre fonction ne devait être étudiée. Parler du système nerveux de l'enfant paraissait une hérésie, et si l'on n'osait vous traiter d'insensé, du moins on ne voulait apporter aucune attention aux preuves cliniques que vous avanciez et l'on vous objectait que bien des enfants chétifs et à développement difficile ont pris le dessus et sont, vers 4 à 5 ans, semblables à ceux de leur âge, sans qu'on eût traité leur système nerveux. Apparemment c'est exact, mais pouvait-on nous affirmer que ces enfants d'apparence physique normale n'aient pas conservé un système nerveux touché, qui attend la première occasion pour prouver son peu de résistance : la puberté, les études, parfois intenses : chez la femme, la grossesse, le retour d'âge, etc. Si nous nous plaçons au point de vue physiologique, nous constatons que tous les actes vitaux sont sous la dépendance du système nerveux central ou périphérique.

Son pouvoir trophique, aussi bien que son pouvoir régulateur, dès qu'ils sont troublés dans leur intégrité, subissent une diminution, et il en résulte une perturbation dans les actes qui sont sous leur dépendance. Pourquoi n'attachait-on aucune importance à l'étude de ce système nerveux?

On considérait l'enfant comme un sujet vierge, avec des organes n'ayant pas encore servi, relativement sains, et devant entraîner un fonctionnement organique relativement satisfaisant. Ceci est exact, mais avait-on songé que si les organes sont neufs, les matériaux qui ont été employés ne l'étaient pas, et qu'avec des matériaux déficients ou tarés on peut édifier un édifice neuf, mais non parfait?

Que faisait-on de l'hérédité qui transmet à plusieurs générations ces caractères morbides, caractères d'autant plus tenaces que leur degré de morbidité est plus accentué ? Comment négligeait-on cette loi bien connue de la transmission des tares nerveuses, soit similaires, soit dissemblables ?

Chacun de nous sait que le génie est bien proche de de la folie et que dans les deux cas le sujet est porteur d'une tare nerveuse.

Que faisait on des intoxications, des infections dont les géniteurs purent être frapppés et dont leur cellule nerveuse fut la plus endommagée : syphilis, tuberculose, paludisme, saturnisme, alcoolisme, etc. etc.: des affections contractées par le sujet lui même dans sa première enfance : coqueluche, rougeole, encéphalite méconnue, etc.?

On sait que le spermatozoïde est plus sensible que toute autre cellule aux atteintes portées par les infections ou les intoxications : comment admettre alors que cette cellule touchée allait constituer des cellules intègres : que tandis qu'elle transmet, telle ou telle malformation visible pour nous, le système nerveux serait seul à en être exempt et à être créé indemne?

Pourquoi si le système nerveux de l'enfant était vierge, constaterait-on, chez celui-ci, de ces anomalies si fréquentes dans son développement ?

L'alimentation, dira-t-on, mais on les rencontre chez des sujets nourris au sein, et parfaitement réglementés à tous points de vue.

Pourquoi certains enfants n'ont ils presque pas de sommeil, crient-ils sans cesse, pourquoi certains autres présentent-ils des états spasmodiques, convulsifs ?

Pourquoi l'entérite et les troubles digestifs des nourrissons qui firent naître tant de laits stérilisés, humanisés remaniés, cèdent-ils, dès que l on administre au patient des médicaments nervins?

Pourquoi les déformations d'ordre rachitique disparaissent-elles, dès qu'on soumet l'enfant, au phosphore, à l'arsenic, à la strychnine, au mercure, etc. ?

Chez tous les sujets qu'il nous fut donné d'examiner à l'hôpital des Enfants-Malades, depuis quatre ans, et amenés soit pour rachitisme, soit pour leur état général nous avons toujours constaté des anomalies dans le développement : poussées dentaires avancées ou retardées, apparition irrégulière de la parole, de la marche.

Tel sujet qui fait ses premiers pas à 18 mois, eut à 4 mois 1/2 sa première dent, ne parle pas ou a dit « papa » et « maman » vers 15 ou 16 mois.

Chez tel autre nous trouvons un état coléreux, ; chez un autre des insomnies, des cris, des convulsions. Or, tous ces phénomènes morbides sont sous la dépendance du système nerveux.

Si nous poussons plus loin nos investigations nous constatons dans l'hérédité, soit une tare nerveuse : grossesse pénible, hérédité similaire, soit une intoxication, soit une infection héréditaire ou contractée, soit asphyxie à la naissance.

Ceci nous explique pourquoi depuis bien longtemps on constate l'augmentation des états rachitiques pendant la période de plusieurs années succédant aux guerres ou aux cataclysmes mondiaux.

Nous insistons sur ces données car il nous semble qu'à l'heure actuelle elles présentent un intérêt capital.

La France fournit peu d'enfants, essayons donc de conserver ceux que nous avons, et de les améliorer autant qu'il est en notre pouvoir.

On a depuis longtemps montré que le système nerveux central n'est pas complètement terminé à la naissance de l'enfant. Son cerveau cortical est peu développé, il vit en être réflexe, mais très rapidement ce cerveau intervient et l'enfant, marche, parle, commence son développement intellectuel. Or, par ce fait même que l'enfant naît avec un système nerveux non encore achevé, nos moyens d'action sont d'autant plus efficaces.

Dans les nombreuses observations prises en 1916 17-18 à la Clinique du Dr André Collin Consultation des enfants délinquants, nous avons toujours constaté chez ceux-ci les mêmes anomalies de développement que nous avons déjà signalées : aucun de ces sujets n'avait obéi à la règle normale. Tous étaient porteurs de tares nerveuses héréditaires ou contractées à la suite d'une affection dans la première enfance.

M. le Dr Lereboullet dit dans son article « que la tare « nerveuse héréditaire liée à un antécédent familial ou « mental est incurable », nous ne partageons pas entièrement son avis, et nous croyons, qu'elle est considérée comme incurable parce que jusqu'à présent on n'a jamais cherché à l'améliorer à l'âge où c'était possible de le faire. Ce n'est pas à 6, 7 ou 15 ans, alors que leur système nerveux a presque terminé son évolution, qu'on peut espérer les transformer.

Nous croyons fermement que si, à ces enfants, on avait donné des soins relatifs à leur cellule nerveuse, on aurait évité bien des accidents ultérieurs.

Si nous voulons diminuer dans une large mesure les névrosés, les névropathes, ce n'est pas à l'âge adulte qu'il faut les traiter, mais au moment où, par suite de son inachèvement, le système nerveux est encore apte à être modifié.

On nous objectera que l'examen neurologique de l'enfant de 1 mois à 12 mois et même un peu plus âgé est

extrêmement difficile, nous dirons même impossible. Ceci est exact, si l'on veut appliquer à cette recherche les mêmes méthodes que chez l'adulte.

Il faut partir de ce point qu'un enfant à développement nerveux normal est calme, dort bien, mange bien, digère bien, que chez lui l'apparition des premières dents, premiers pas, premiers mots se fait aux dates classiques.

Donc tout sujet présentant une anomalie, ou une irrégularité de développement doit être considéré comme anormal dans sa cellule nerveuse, et doit être traité.

On nous taxera peut-être une fois encore d'avancer des idées révolutionnaires : mais celles-ci sont la déduction rigoureuse des observations accumulées depuis quatre ans dans le service du Pr Broca et ensuite du Pr Ombrédanne et non le rêve de quelque esprit chimérique.

MOUVEMENT BIOLOGIQUE

Le développement de l'œuf humain au terme de la grossesse

D'après le travail de Del Vivo et Corinaldesi (1)

Il est très intéressant de rechercher les diverses causes qui peuvent influer sur le développement somatique du fœtus à terme, car on pourra ensuite en tirer des principes permettant d'entourer la femme enceinte de tous les soins relevant de la puériculture anténatale. Il est de plus fort utile de connaître les poids moyens du fœtus et de ses annexes, ainsi que le rapport intime qui unit entre elles les diverses parties de l'œuf : en effet les nombreux traités d'obstétrique donnent tous des poids moyens très différents les uns des autres. Ce sont ces réflexions qui ont incité Del Vivo et Corinaldesi à poursuivre les études du Professeur Sfameni sur les « *valeurs en poids et volume des diverses parties de l'œuf humain à terme* ». Ces auteurs ont établi les rapports qu'il y a dans le développement des diverses parties de l'œuf, et l'influence qu'exercent sur leur accroissement la parité, l'âge, la puberté et la profession de la mère ; ils ont tenu compte aussi des fréquentes altérations placentaires que sont les dépôts de fibrine, les taches dégénératives, les kystes sous chorials et les concrétions calcaires. Leurs statistiques portent sur 2228 observations de femmes à terme et indemnes de toute maladie ; ils ont procédé avec un soin minutieux et une méthode réfléchie dans l'établissement des mesures des diverses parties de l'œuf : ils n'ont pas pesé en bloc toutes les annexes, mais ont pesé séparément placentas, membranes, cordons, et n'ont mis les placentas sur la balance qu'après en avoir extirpé tous les caillots sanguins ; enfin ils ont rejeté tous les placentas qui présentaient des altérations pathologiques, mais n'ont pas, comme nous le verrons, attaché d'importance aux dépôts fibrineux ni aux concrétions calcaires.

Suivant l'ordre adopté dans leur exposé, nous allons rapporter les chiffres qu'ils ont obtenus, et les discussions qu'ils ont soulevées quant aux influences diverses qui peuvent agir sur le développement de l'œuf.

1° Voici les mesures qu'ils donnent aux annexes :

Fœtus = poids 3195 gr. longueur 48 cm. 85. *Placenta* = poids 469 gr., densité 1,06, volume 385 cm³, diamètre 58 × 16 cm. circonférence 54 cm. 16, surface 233 cm² 59. *Membranes* = poids 50 gr., densité 1,02, volume 49 cm³. *Cordon* = longueur 51 cm. 12, poids 31 gr. densité 1,03, volume 30 cm³. Ce poids moyen fœtal de 3195 gr. se rapproche sensiblement de celui qu'avait trouvé Sfameni (3197 gr.) et de celui donné par Dettori (3191 gr.) Macri au contraire indique un chiffre bien inférieur (3150 gr.) Mais ceci peut s'expliquer par le fait que cet auteur n'a réuni qu'une centaine d'observations qui au surplus sont celles de femmes de condition misérable.

Bar a fixé les limites du poids moyen fœtal entre 3000 et 3500 ; Del Vivo et Corinaldesi étendent un peu ces limites : 2750 à 3500 gr.

Il est bien évident que le fait d'avoir pesé les placentas absolument seuls devait faire obtenir un chiffre différent de celui qu'on obtient en pesant le placenta avec ses membranes et avec le cordon, comme cela se fait habituellement ; mais de plus les auteurs ont exécuté ces pesées personnellement, en enlevant au préalable tous les caillots, alors que d'ordinaire les sages-femmes et les infirmières chargées de ce travail n'y apportent pas tout le soin désirable. On comprend que dans ces conditions ils n'aient attribué au placenta qu'une valeur moyenne de 490 gr. alors que les autres auteurs lui assignent 500 à 600 gr. Ce seraient d'autre part les placentas de 375 à 450 gr. qu'on rencontrerait le plus fréquemment, et on peut constater que ces limites correspondent assez bien à celles du fœtus commun.

Pour ce qui est des diamètres et de la circonférence placentaires, et de la longueur du cordon, les chiffres restent à peu près égaux à ceux donnés par les classiques.

2° Rapports de développement entre les diverses parties de l'œuf. — Sfameni a été le premier à montrer que ce n'est pas seulement entre placenta et fœtus, ou vice versa, qu'il existe des rapports de développement, mais que toutes les parties de l'œuf (fœtus, placenta, membranes, cordon, liquide amniotique) sont réglées harmonieusement par la même force d'accroissement ; donc, quand une partie quelconque de l'œuf est plus développée que d'ordinaire, toutes les autres parties le sont également, et de même si l'une est moins développée les autres le sont moins aussi.

Il est extraordinaire que cette conception si claire et si simple soit négligée dans les traités d'obstétrique les plus récents, où l'on attribue tantôt au fœtus, tantôt au placenta la faculté de commander le développement de l'œuf. Bar est le seul à remarquer que, dans les gros œufs, toutes les parties s'accroissent parallèlement. Del Vivo et Corinaldesi, reprenant cette théorie, établissent, grâce à leurs statistiques, que l'augmentation graduelle du poids fœtal répond à une augmentation proportionnelle du poids du placenta, des membranes et du cordon.

Faut-il, pour expliquer une telle harmonie dans le développement de l'œuf, supposer que l'élément directeur et régulateur est le fœtus ou le placenta ? Si le placenta réglait le développement du fœtus, le rapport entre le poids de ces organes devrait avoir une valeur à peu près constante : or on constate au contraire, qu'à mesure qu'on monte des placentas les plus légers vers les plus lourds, le rapport entre les poids fœtal et placentaire augmente graduellement : tandis que les placentas les plus petits représentent la moitié du poids fœtal, les plus gros représentent 1/5 à 1/6 du poids du fœtus. Ceci nous conduit à penser : d'abord que le placenta ne régit pas le développement du fœtus, ni de l'œuf, car, si cela était, l'organisme fœtal devrait toujours tirer les mêmes ressources du tissu placentaire ; en second lieu, que le fœtus a le pouvoir d'extraire d'une même quantité de placenta une quantité de substance nutritive assez variable. On voit en effet que les petits fœtus ont un pouvoir d'extraction relativement beaucoup plus grand que les gros fœtus, autrement dit, il semble que les gros placentas donnent à leurs fœtus moins de matières nutritives, toute proportion gardée, que les petits n'en donnent aux leurs.

Ce phénomène s'explique par le fait que, tout en augmentant dans sa masse, l'organe placentaire n'augmente pas en proportion égale dans chacun de ses éléments :

(1) Del Vivo et Corinaldesi. — Développement de l'œuf humain au terme de la grossesse. *Rivista italiana di ginecologia*, janv.-fév. 1924. (Analysé et résumé par Jacques Dauphin)

les éléments de transmission et de soutien s'accroissent plus vite et davantage que ceux qui sont préposés aux échanges mère-fœtus. On peut penser que dans les petits placentas, les parties vraiment absorbantes (villosités) sont en plus grande quantité par rapport aux parties non absorbantes, c'est-à dire que dans un même espace de lacune placentaire il y a un plus grand nombre de ramifications villeuses, donc une moins grande quantité de sang maternel ; et puisque de ce sang celui là seul est exploité qui se trouve au contact des villosités, on comprend que lorsque la lacune sanguine sera remplie de beaucoup de sang et de peu de villosités une partie du sang traversera inutilement le sinus placentaire ; et inversement quand il y aura peu de sang et beaucoup de villosités, la plus grande partie de ce sang maternel sera exploitée.

Pour vérifier cette hypothèse, Del Vivo et Corinaldesi ont recherché la densité du placenta, et ils ont vu qu'en effet les petits placentas ont une densité supérieure à celle des gros, ce qui atteste un plus grand développement des arborisations villeuses au détriment du sang ; l'examen histologique confirme aussi cette découverte.

Donc les petits placentas, plus denses, ayant un parenchyme hyperactif, on pourrait croire, s'il est vrai que le placenta régit le développement fœtal, que les petits fœtus sont aussi bien nourris que les grands : or, le rapport entre poids et longueur du fœtus montre que les petits sont moins nourris que les grands ; ceci peut s'expliquer par le fait que les pétits fœtus ont un insuffisant pouvoir d'absorption et d'assimilation, ou plutôt par le fait que les petits placentas tout en étant hyperactifs n'arrivent pas encore à fournir à leur fœtus une quantité de matières nutritives suffisantes.

Examinant ensuite les variations de longueur du cordon, on voit que celle-ci n'exerce aucune influence sur le fœus.

Certes quand la longueur du cordon augmente, le développement fœtal s'accroît, mais il n'y a pas là de relation de cause à effet : c'est que tout simplement l'œuf est dans son ensemble plus florissant.

En matière de conclusion on peut donc dire *qu'aucune partie de l'œuf ne commande le développement des autres* ; il faut admettre que c'est l'œuf tout entier qui, du fait même de la fécondation, porte en lui la tendance à se développer plus ou moins dans toutes ses parties. Après cette pétition de principe, il ne faut pas s'étonner de voir des fœtus nés au terme d'une grossesse normale, qui sont exagérément gros ou excessivement petits, et chez lesquels on ne peut découvrir de cause ayant influé sur leur développement : par exemple un fœtus de Schwaab pesait 10 kg. 260, et un décrit par Tardieu 1200 gr. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'à un fœtus d'un poids quelconque correspond toujours un poids proportionné de placenta, de membranes et de cordon. C'est pourquoi, quand on parle de *gros fœtus*, on ne doit pas, comme Pinard et Lévy, admettre qu'il y a des cas dans lesquels seuls le fœtus est anormalement développé tandis que les autres parties de l'œuf ont un poids normal : en règle générale, quand le fœtus est gros, toutes les parties de l'œuf sont plus volumineuses, et quand le fœtus est petit toutes les annexes sont moins développées.

Pour expliquer les grandes oscillations qui se produisent dans le développement de l'œuf, on a invoqué l'hérédité.

Mais la véritable cause reste inconnue. En tout cas, il y a d'autres circonstances, les unes étroitement liées à l'existence de la grossesse, d'autre inhérentes à l'œuf luimême, qui s'ajoutent à l hérédité pour modifier le développement ovulaire : nous voulons parler du sexe de l'enfant, de la parité, de l'âge, de la puberté, de la nutrition et du régime de vie de la femme. Ce sont ces facteurs que nous allons examiner maintenant.

3° Influence de la parité sur le développement de l'œuf. — Le principe posé par Hecker en 1865, que le produit de chaque nouvelle grossesse dépasse en poids et longueur le produit des grossesses précédentes, n'a pas été infirmé depuis. La statistique de Del Vivo et Corinaldesi vérifie que les jeunes mères (primipares ou paucipares) donnent des produits plus petits que les femmes plus âgées ou que les grandes multipares. Ce n'est pas seulement le fœtus, mais toutes les parties de l'œuf qui augmentent de poids et de volume proportionnellement à l'accroissement du nombre des grossesses pour atteindre le meilleur développement lors de la 10e gestation, après quoi le développement décline.

Les raisons pour lesquelles les multipares donnent des produits meilleurs que ceux des primipares, sont d'ordre purement physiologique. Tout organe qui commence à fonctionner ne remplit pas aussi correctement sa fonction que celui qui l'exerce depuis un certain temps déjà ; l'appareil génital améliore son fonctionnement lorsqu'il travaille, et toutes les propriétés physiologiques de l'utérus : sensibilité, contractilité, élasticité, dilatation active, s'améliorent avec la répétion des gestations. De plus, si l'on étudie le rapport qu'il y a entre le poids et la surface placentaires, on voit que jusqu'à 5e gestation la surface du placenta augmente parallèlement au poids de l'œuf, tandis que son épaisseur diminue ; que de la 5e à la 1e gestation, le poids de l'œuf continuant à croître, l'épaisseur du placenta augmente parallèlement, tandis que sa surface ne varie presque pas (c'est là le point optimum) ; enfin qu'au delà de la 10e gestation le poids de l'œuf va en diminuant tandis que le placenta diminue aussi en surface) mais augmente d'épaisseur. Ce phénomène s'explique aisément lorsqu'on examine la façon dont l'œuf se loge dans la cavité utérine et lorsqu'on réfléchit à la formation du placenta ; en effet l'aplatissement du placenta primitivement sphérique est dû à deux causes : l'une externe ; c'est la *dilatation active de l utérus* qui étire et aplanit la face maternelle ; l'autre interne, c'est la *pression amniotique* ou intra-ovulaire qui agit sur la face fœtale ; il faut ajouter, en outre, que la pression endo-lacunaire contribue à augmenter la surface et l'épaisseur du placenta.

4° Influence de l'âge de la mère sur le développement de l'œuf. — Elle est indubitable. Ce sont les femmes âgées de 26 à 40 ans qui donnent les produits de conception les plus développés, ou, pour parler plus exactement, ce sont celles qui se trouvent dans les meilleures conditions de procréation, puisque ce sont leurs fœtus qui se rapprochent le plus de la mesure type du développement normal.

Après avoir étudié l'âge et la parité, on peut maintenant se demander quel est celui de ces deux facteurs qui a la plus grande influence sur le développement de l'œuf ? On peut admettre qu'ils contribuent autant l'un que l'autre au développement du fœtus et de ses annexes, pour la simple raison que d'ordinaire le nombre des gestations augmente avec le nombre des années. D'autre part, à égalité d'âge, il n'est pas douteux que le nombre de grossesses agit de façon à améliorer le produit de conception, mais encore faut-il pour cela que les grossesses se succèdent suivant un rythme convenable, c'est-à-dire qu'elles ne soient ni trop rapprochées ni trop éloignées les unes des autres. Il y a en effet pour chaque parité un âge déterminé de la femme, qui peut s'appeler *âge d'élection* auquel correspond le développement ovulaire optimum. Cet âge d'élection varie nécessairement d'une parité à l'autre, les femmes qui deviennent enceintes à ce moment ont des produits de conception plus développés que celles qui ont en plus d'enfants mais sont plus jeunes, ou que celles qui sont plus âgées mais ont eu moins de gestations.

5° Influence de la puberté. — D'une façon générale, la puberté exerce une notable influence sur le développement de l'œuf, et le produit de conception est d'autant plus florissant que la femme a été réglée plus précocement. On peut distinguer, d'après les caractères du flux

BIBLIOGRAPHIE

Le cerveau et le cœur, par G. Fano. Traduit de l'italien par G. Caputo. Préface de M. le Dr Gley. 1 vol. in-16 de la *Nouvelle collection scientifique*. avec figures dans le texte : 10 fr. Librairie Félix Alcan.

Dans cet ouvrage, G. Fano dépasse de beaucoup la pure physiologie. Ses expériences sur la glande thyroïde, sur la coagulabilité du sang, sur l'action des enzymes, sur les modes d'échanges entre les cellules et le milieu extérieur ; ses investigations si précises sur le développement de la fonction cardiaque chez l'embryon et sur l'automatisme du cœur, ne manqueront pas d'intéresser tous les médecins. Ses ingénieuses recherches sur le cerveau de la tortue, en plus de leur grand intérêt physiologique, apporteront aux psychologues une aide précieuse dans la connaissance du fonctionnement cérébral et dans l'intelligence de la vie psychique. G. Fano n'est pas seulement un subtil expérimentateur, c'est un penseur. A chaque instant, son esprit original et profond, s'élevant jusqu'à la philosophie la plus pure, aborde des problèmes de haute métaphysique.

Le Vagabond des Etoiles, par Jack London. Traduction française de Paul Gruyer et Louis Postif. Un volume in-16 : 8 fr. 50. Les Editions G. Crès et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris.

Sous ce titre, qui est symbolique, Jack London nous conte l'histoire d'un convict californien, ancien professeur d'agronomie, Darrel Standing, qui, ayant assassiné, est condamné au bagne pour la vie. Classé comme incorrigible et mis en cellule solitaire, à la suite d'un prétendu complot où il se trouve impliqué, le convict subit à jet continu le terrible supplice de la camisole de force. Là, dans une sorte de transe cataleptique, produite par l'excès même de la souffrance, il parvient à dédoubler sa personnalité physique. Tandis que son corps demeurera captif, son esprit, libéré, s'enfuira de sa dépouille charnelle pour revivre ses existences passées, vagabonder dans le temps et dans l'espace, jusqu'aux étoiles (d'où le titre de ce volume).

Jack London, qui a frôlé dans son existence chaotique tant de coupables et de misérables déchets de la société, nous peint cruellement, avec sa puissance coutumière, les sombres drames qui se jouent derrière les murs clos des maisons de force.

Musée du Louvre. Les pastels du XVIIe et du XVIIIe siècles, par Paul Ratouis de Limay. Un album in-4° (18 × 24) avec introduction et catalogue raisonné et 60 planches en héliotypie, dont 12 en couleurs : 90 francs. Relié demi-chagrin, tête dorée : 115 francs. Editions Albert Morancé, à Paris, 30 et 32, rue de Fleurus.

Toute une époque revit, évoquée de saisissante manière dans cette salle des pastels du Louvre, peuplée d'effigies parlantes. Ne semble-t-il pas que, suivant l'expression des Goncourt, l'on dérange, en y pénétrant, le XVIIIe siècle qui causait ? Surprenante assemblée que celle où l'on coudoie, parmi les familiers de ce salon, la Cour et la Ville, Louis XV et Marie Leczinska, la Pompadour et le maréchal de Saxe, des princes, des écrivains, des peintres et des sculpteurs, le duc de Berry et la comtesse de Provence, un d'Alembert, un La Tour, un Chardin, un Boucher, un Girardon, un Lemoyne et quelques bourgeois qui semblent s'effacer modestement devant une telle aristocratie de la naissance ou du talent.

Deux siècles ont passé sur les pastels de Vivien et de la Rosalba ; deux siècles se sont écoulés, à un lustre près, depuis que La Tour et Perroneau ont peint leurs meilleurs portraits, et nous pouvons toujours en admirer la fraîcheur, l'éclat et les lumineuses couleurs, qui sont celles de la vie.

Une étude de l'ensemble extraordinairement riche que forment les pastels du musée du Louvre ne pouvait que très heureusement compléter la collection déjà si variée des « Documents d'art ».

L'ouvrage de M. Paul Ratouis de Limay étudie ainsi l'œuvre de Le Brun, Nanteuil, Vivien, Nattier, Vigée, Boucher, Chardin, Prud'hon, pour ne citer que quelques noms de cette floraison magnifique.

De nombreuses planches en couleurs, scrupuleuses reproductions des pastels étudiés, ajoutent au texte qui les commente un agrément incomparable et font de ce volume une publication pleine de charme et de grâce, digne en tout point de la brillante époque évoquée.

La médecine de demain, science de la vie, par le Dr E. Laplanche, 1 vol. in-16 de 160 pages : 6 fr. Gaston Doin, édit., 8, place de l'Odéon, Paris, VIe,

menstruel, trois types fondamentaux à l'appareil générateur : l'un, normal, à fonction utéro-ovarienne moyenne ; un second à fonction inférieure ; et un troisième à fonction supérieure. Dans le second type, la puberté est tardive, la ménopause précoce : dans le troisième c'est l'inverse : à puberté précoce, ménopause tardive. On peut dire que les femmes à puberté précoce ont un appareil génital doué des meilleures qualités fonctionnelles, parmi lesquelles surtout la qualité reproductrice : au contraire chez les femmes à puberté tardive, le système génital fonctionne de façon déficiente, et le petit nombre d'œufs qu'il est capable de produire n'atteint pas en général le degré de développement convenable ; entre ces deux types opposés, il y a un grand nombre de femmes qui, réglées de 13 à 15 ans, n'offrent rien d'anormal dans le fonctionnement de l'appareil générateur.

De même que nous avons examiné plus haut tous deux à la fois l'âge et la parité, il est intéressant de voir l'influence de l'âge en rapport avec la puberté : autrement dit, on peut chercher comment varie le développement de l'œuf suivant que le temps écoulé entre les premières règles et l'accouchement est plus ou moins long. On peut appeler *âge sexuel* cet espace de temps écoulé. On s'aperçoit alors que le développement de l'œuf augmente parallèlement à l'âge sexuel jusqu'à un certain âge de la mère, après lequel commence une chute progressive et constante, et ceci quelle que soit la date des premières règles. On peut donc affirmer qu'à chaque type de puberté (précoce, normale, ou tardive) correspond une époque de la vie génitale à laquelle on obtient les meilleurs produits, époque qu'on pourrait appeler *l'âge sexuel d'élection*. Une remarque maintenant s'impose : des trois facteurs âge, parité, c'est la parité qui semble avoir une action prépondérante. Il nous reste à envisager parmi les causes influant sur le développement ovulaire, celles qui sont inhérentes à l'œuf lui même, c'est-à-dire le sexe du fœtus et les altérations du placenta.

5° **Influence du sexe du fœtus**. — Il est certain que l'œuf qui contient un fœtus de sexe mâle est toujours plus développé que celui dont le fœtus est de sexe femelle, et ceci est vrai quels que soient l'âge, la parité et la puberté de la femme. De plus, cette différence de développement entre les deux sexes varie avec le nombre des gestations et avec l'âge de la femme : c'est de la 2e à la 6e gestation, et dans la période d'âge comprise entre 26 et 30 ans que cette supériorité de développement du mâle se trouve le plus marquée.

6° **Influence des dépôts fibrineux et des concrétions calcaires du placenta**. — Si l'on réunit les observations dans lesquelles les placentas présentent des dépôts fibrineux, on y constate que fœtus et annexes ont à peu de chose près les mêmes poids moyens que dans les observations relatives à des placentas privés d'altérations : ainsi donc la présence de ces dépôts fibrineux n'empêche pas toutes les parties de l'œuf d'avoir un développement normal, ce qui prouve que ces altérations n'ont aucune influence. Mais il y a un fait qui mérite l'attention : les placentas riches en dépôts fibrineux sont plus épais et moins larges que les autres : d'ailleurs les dépôts de fibrine se rencontrent très souvent dans les placentas marginés dont la face choriale est très réduite. Ceci peut s'expliquer de la façon suivante : normalement les deux faces du placenta s'accroissent d'égale façon ; mais lorsque la dilatation active de l'utérus ou la pression intra-ovulaire n'exercent pas toute leur énergie pour distendre le placenta, lorsque pour une cause quelconque l'étendue du chorion est inférieure à la normale, le revêtement décidual ou trophoblastique n'en continue pas moins de proliférer ; et alors ce sont ces masses déciduales proliférées qui, ne trouvant plus l'espace nécessaire pour s'étendre en surface, se rassemblent en tas, puis dégénèrent, et donnent ainsi lieu à la formation des kystes sous-chorials et des dépôts fibrineux.

Lorsqu'un placenta est parsemé de concrétions calcaires on constate que toutes les parties de l'œuf, et non pas le fœtus seulement, présentent un développement exagéré : cela ne veut pas dire que les concrétions calcaires favorisent le développement fœtal, mais tout simplement qu'elles sont l'apanage des gros œufs ; elles ne sont que l'expression d'une plus grande activité de l'œuf. Cette sorte d'altérations se rencontre surtout sur les placentas d'œufs à terme ou prématurés ; elle semble donc indiquer un stade de développement avancé, c'est-à dire de presque maturité de l'organe. Del Vivo et Corinaldesi ont remarqué que, tout comme les dépôts fibrineux, les concrétions calcaires se voient de préférence sur les placentas épais et peu étendus ; leur origine est aussi la même : prolifération exubérante des cellules déciduales, suivie de dégénérescence. On peut se demander pourquoi les cellules déciduales suivent une dégénérescence tantôt hydrique, tantôt fibrineuse, tantôt calcaire ? Si, comme dit Sfameni, on réfléchit que la dégénérescence fibrineuse et plus encore l'infiltration calcaire se rencontrent dans les cellules profondes (cellules voisines des lacunes sanguines), tandis que la dégénérescence hydrique se voit dans les cellules superficielles (cellules situées sous la membrane du chorion), on peut trouver là matière à hypothèse : il serait permis de penser que le contact avec le sang des lacunes sanguines, ou bien la pression endolacunaire, ou ces deux causes à la fois, agissent de façon que les cellules déciduales profondes, qui en subissent l'action, dégénèrent en fibrine ou s'infiltrent de sels calcaires grâce aux substances minérales contenues dans le sang ; les cellules superficielles au contraire qui ne sont pas au contact du sang ni exposées à la pression intralacunaire vont plutôt vers la dégénérescence hydrique et la dissolution. On peut ainsi comprendre pourquoi les dépôts calcaires se trouvent le plus souvent sur la face utérine du placenta et le long des cloisons déciduales, alors que les kystes sous-chorials se forment d'habitude sur la face du placenta.

8° **Influence des conditions hygiéniques de la femme enceinte sur le développement de l'œuf**. — Pinard a montré le premier que les femmes enceintes entrées en clinique dans les derniers temps de la grossesse ont des enfants beaucoup plus développés que celles qui travaillent pendant toute leur gestation et mènent une vie de privations et de souffrances. Ainsi commence, avec l'œuvre de Pinard, l'étude du développement fœtal par rapport aux conditions d'hygiène et à la profession de la femme enceinte, dans le but hautement humanitaire d'apporter aux femmes pauvres et abandonnées les soins spéciaux que nécessite l'état de gestation. De toutes les statistiques il ressort de façon certaine que le repos, la tranquillité, la bonne alimentation pendant la dernière période de la grossesse, permettent une évolution régulière de la gestation et favorisent le développement du fœtus, mais il ne faudrait pas croire que plus le temps de repos précédant l'accouchement a été long, plus le fœtus sera développé : il y a une limite à ce repos, et il semble que le maximum puisse être fixé à deux mois avant le partum.

Pour ce qui est de la profession, si on divise les femmes enceintes en trois grandes catégories : ménagères, ouvrières, paysannes, on constate que ce sont d'abord les ménagères, et ensuite les paysannes qui ont les plus beaux enfants. Les ouvrières, tout en faisant un dur labeur ne vivent pas dans un milieu sain et passent une grande partie de la journée dans des locaux insalubres. Cependant au cours de ces dernières années, de grands progrès ont été faits pour améliorer le sort de la classe ouvrière : diminution des heures de travail, surveillance de l'hygiène des ateliers, alimentation abondante, éducation de la femme sur l'hygiène de la grossesse, repos en clinique dans les derniers jours de la gestation. Toutes ces conditions ont contribué à rendre plus robuste la santé de la femme et à améliorer le produit de conception.

XXXIVe Congrès

DE

L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925).

TROISIÈME QUESTION

De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus

Rapport de M. J. GUYOT (de Bordeaux).

L'appareillage actuel des fractures de l'humérus date des recherches de Delbet, qui, en 1901, proposa une nouvelle méthode basée sur l'*extension continue*. Puis Tuffier en 1903 attira, un des premiers, l'attention sur la valeur de l'*abduction* dans le traitement des fractures du bras.

Et en 1906 Judet et Dupuy de Frenelle inventèrent séparément des appareils dans lesquels l'*extension continue est associée à une abduction variable*.

Principes directeurs de l'appareillage. — Quel que soit le point de l'os fracturé et la direction du trait de fracture, les fragments ont plus ou moins de tendance à se déplacer sauf dans les fractures par engrènement de la tête humérale. Ce déplacement détermine trois sortes de déformations :

1° L'ANGULATION. — Elle peut se faire dans tous les sens. Au tiers supérieur, elle est de cause musculaire et réalise la déformation en crosse par abduction du fragment supérieur. Au niveau de la diaphyse, l'angulation est commandée par le traumatisme, la pesanteur, l'attitude défectueuse du coude. A la partie inférieure de la diaphyse, le fragment inférieur est presque toujours porté en arrière, simulant une luxation du coude.

2° LE CHEVAUCHEMENT. — Il peut ne pas exister dans certaines fractures transversales. Dans les fractures obliques, c'est le sens du trait de fracture qui commande le chevauchement. Il cause le raccourcissement du levier brachial et peut être décelé par la radiographie et par la mensuration.

3° LE DÉCALAGE. — Sous ce terme on comprend depuis Destot le déplacement par rotation des fragments l'un sur l'autre. Le décalage existe dans toutes les fractures mais il atteint son plus haut degré dans les fractures du tiers supérieur tournant en dehors sous l'influence des muscles scapulaires postérieurs et le fragment inférieur en dedans par l'action des grands pectoral et dorsal. Ce déplacement est d'ailleurs accentué par l'attitude souvent donnée à l'avant-bras qu'on ramène et fixe devant le thorax.

La consolidation des fragments dans cette situation de décalage limite la rotation externe du bras.

Pour déceler le décalage, il faut examiner l'orientation des épiphyses et surtout recourir à la radiographie. Enfin on se rappellera que dans le traitement des fractures de l'humérus, l'avant-bras ne doit pas être ramené en écharpe devant le thorax dans le plan frontal.

L'appareillage comporte certaines *contre-indications*. La principale est l'*interposition musculaire* dont le diagnostic sera basé sur cette triade symptomatique : obliquité du trait, écartement des fragments, absence de crépitation osseuse. En pareil cas, il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

Parmi les fractures qu'il ne faut pas appareiller on peut citer encore les fractures de l'extrémité supérieure chez le vieillard, qui seront traitées exclusivement par le massage, les fractures diaphysaires avec paralysie radiale, les fractures du col avec luxations irréductibles de l'épaule, les fractures isolées du condyle huméral, qu'on doit opérer.

Il est nécessaire de tenter la *réduction de la fracture* avant d'appareiller, au besoin en s'aidant de l'anesthésie locale selon la méthode de Quénu ou de l'anesthésie générale. Une série d'appareils sont d'ailleurs faits pour réaliser d'eux-mêmes cette réduction dans certains cas.

La *durée de l'appareillage* est variable. Pour les fractures fermées de la diaphyse, la consolidation est obtenue en trente ou quarante jours. Pour les fractures ouvertes, il faut compter cinq ou six semaines.

Description des appareils. — Les fractures de l'humérus peuvent être traitées par deux méthodes : la méthode ambulatoire qui est la meilleure et la méthode non-ambulatoire qui convient à certains cas spéciaux.

A. MÉTHODES AMBULATOIRES. — I. *Appareils de contention simple*. — Ceux-ci s'adressent aux fractures sans grand déplacement ou à déplacement réduit. Ils ne doivent être employés qu'autant que l'immobilisation du foyer de fracture est permanente. Ils peuvent être divisés en deux catégories selon que le bras est fixé dans l'extension ou dans l'abduction.

1° *Appareils de contention, le bras en extension.* — L'*appareil à attelles*, surtout employé comme moyen provisoire, est un appareil définitif suffisant pour les fractures sans déplacement.

Parmi les *appareils plâtrés*, celui de Hennequin est abandonné. Il vaut mieux appliquer un appareil thoraco-brachial, type Judet ou Leriche.

Dans cette catégorie prennent place encore l'*attelle mécanique de Cramer* et l'*appareil de Séjournet* un peu complexe et d'application délicate, mais qui a donné d'excellents résultats fonctionnels à son auteur.

2° *Appareils de contention le bras en abduction.* — L'abduction est motivée par la nécessité de mettre le fragment inférieur dans la continuité du fragment supérieur dont le déplacement en dehors déterminé par des muscles puissants ne peut être directement corrigé. La position en abduction est obtenue soit à l'aide d'appareils triangulaires formés d'attelles en bois ou en fil de fer, comme les *attelles de Pascalis*, d'*Hoffmann*, de *Van de Velde*, le *triangle d'Hacker*, soit avec des appareils plâtrés à anses métalliques comme ceux de *Leriche*, de *Lance*, et l'appa de *Bonnal*.

II. *Appareils à extension axiale.* — Ceux ci exercent sur les fragments une action d'extension intermittente ou continue qui tend à combattre l'action des muscles, au moins des muscles à direction longitudinale de façon à corriger le chevauchement et dans une certaine mesure l'angulation. L'extension axiale peut être réalisée de diverses manières :

1° *Extension simple.* — On fixe un poids à l'extrémité inférieure du bras à l'aide d'un bandage adhésif. L'inconvénient de cette méthode est que l'extension n'est réalisée que quand le malade est dans la position debout ou demi-assise.

2° *Extension par suspension axillaire.* — Un arc métallique axillaire est suspendu élastiquement à l'extrémité supérieure d'une tige ou d'une attelle dont l'extrémité inférieure est solidarisée avec le coude. C'est le principe des appareils d'*Abadie* et de *Potts*.

3° *Appareils à béquilles axillaires.* — Ils sont très nombreux. Leur caractère commun est d'être constitués par une tige métallique terminée en haut par une fourche qui fait la contre-extension axillaire, l'extension étant réalisée ou maintenue par différents moyens : des poids : béquillon de *Pascalis*, une glissière : béquillon de *Lonsdale*, d'*Alquier*, des ressorts : appareils de *Delbet*, de *Leclercq*, *Heitz-Boyer*, etc.

4° *Extension à ressorts sans béquilles axillaire.* — Un exemple de ce genre d'appareils est celui de *Bardenheuer* et *Graesner*. Une chape scapulaire maintenue par une bretelle fait la contre-extension et une crémaillère solidarisée, au-dessous du coude qui est libre, avec l'extrémité inférieure du bras à l'aide de bandelettes adhésives.

5° *Plâtres à attelles extensives.* — Ici des attelles à ressorts ou à glissières sont fixées de part et d'autre dans des appareils plâtrés circulaires prenant en bas le coude et l'avant-bras, en haut la partie supérieure du bas, l'épaule et l'aisselle voire même quelquefois le thorax. On peut citer dans ce groupe les appareils d'*Alquier-Foisy*, de *Vignard*, de *Martini*, de *Santamaria*.

6° *Attelles métalliques.* — Ayant surtout pour but de réaliser l'extension axiale des fractures ouvertes, ces appareils ont été en général construits au cours de la guerre. Ils comportent un point d'appui axillaire et une traction élastique sur la partie inférieure du bras : attelles de *Ferrier*, de *Jones*, de *Pécharmant*, de *Descomps*.

III. *Appareils à extension et abduction moyenne.* — Ils sont formés d'une partie thoracique et d'une gouttière ou d'une attelle qui reçoit le bras en abduction et l'avant-bras fléchi, l'extension étant généralement obtenue à l'aide d'un caoutchouc Les appareils de ce type les plus connus sont ceux de *Judet*, de *Dupuy de Frenelle*, de *Pouliquen*, de *Cauchois*, de *Rouvillois*, de *Miss Gassette*, de *Paschoud*.

IV. *Appareils à abduction à angle droit.* — Dans certaines fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus on a préconisé l'abduction à angle droit que peuvent donner certains des appareils déjà décrits mais pour laquelle ont été créés spécialement l'*attelle aéroplane de Cleary*, le *cadre de Judet* et l'*appareil de Warren Sever*, ces deux derniers permettant d'obtenir en outre l'élévation de l'avant-bras en rotation externe.

R. C. Seine

Antiphlogistine

Glycéroplasme minéral à chaleur humide et constante

Rappelez-vous de l'*Antiphlogistine* dans le traitement des Angines, Abcès, Bronchites, Pneumonies, Furonculoses, Synovites, etc., ainsi qu'en Gynécologie.

Échantillons & Littérature : B. TILLIER, phien 1re classe
116, Rue de la Convention, PARIS-15e.

TONIQUE REMINÉRALISATEUR SANS ALCOOL

EXTRAIT DE CÉRÉALES (VITAMINES) ADRIAN

ADULTES 4 Cuillerées à soupe par jour.
ENFANTS 4 .. à dessert –

LIQUIDE ou GRANULÉ

TROUBLES DE LA CROISSANCE
LYMPHATISME — ANÉMIE

MALADIES DE NUTRITION AIGUES ou CHRONIQUES

9, Rue de la Perle, PARIS.

PRODUITS
ADRIAN
9
de la Rue
Perle
PARIS

R. C. Seine 43.90

Comprimés à 0gr50 de

FORMINE-ADRIAN

SYNONYMES :
Héyaméthylene-Tetramine, Urotropine, é

le MEILLEUR ANTISEPTIQUE des VOI URINAIRES, BILIAIRES et INTESTINAL

Produit créé dès 1894 dans les laboratoi de la Maison **ADRIAN** et Cie et depu imité par les Allemands sous divers non
Voir : Formulaire des Nouveaux Remèdes 13e Edition, page 76.

Sté FRANÇAISE DE PRODUITS PHARMACEUTIQ ADRIAN et Cie, 9, rue de la Perle, Pa

---

TUBERCULOSE PULMONAIRE — EMPHYSEME — ECZEMA — PALUDISME
Traitement spécifique et abortif de la SYPHILIS

ARRHÉNAL ADRIAN

Gouttes	dosées à	2 milligr....	10 à 20 par jour	(en deux fois).
Ampoules	—	50 —	1 à 2	—
Granules	—	1 centigr. . .	1 à 3	—

9, rue de la Perle PARIS

SULFURINE

BA SULFU SANS

LANGLEBERT

Hygiénique, Fortifiant, Antirhumat

Agent puissant contre l'Obésité.



SOUPLESSE et BEAUTÉ de la P

Peut être pris chez soi, sans baignoire spécial

VENTE : *Dans toutes Pharmacies.*

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En ampoules de 15-30-60 grammes.

CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE

ainsi mis à l'abri du contact de l'air
le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie.

VENTE EN GROS : 9 et 11, Rue de la Perle, PARIS

POUDRES DE VIANDE ADRIA

Ces poudres conservent tous les principes de digestion, d'assimilation et de nut et sont les seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.
En boîtes de 125, 250, 500 grammes et 1 kilogramme :

Flacon et 1/2 Flac. **SUC DE VIANDE ADRIAN** 9,r

Une cuillère à bouche équivaut à 125 grammes de viande

IODURE DE CAFÉINE

MARTIN-MAZADE

0 GR 25 PAR CUILLERÉE A CAFÉ — 2 A 4 PAR JOUR — NI INTOLÉRANCE NI IODISME — LE FLACON 8 FR. 20

ARTÉRIOSCLÉROSE, ASTHME, EMPHYSÈME, LÉSIONS CARDIAQUES DIVERSES
ANGINE DE POITRINE, NÉPHRITES, AFFECTIONS CARDIO-RÉNALES, HYDROPISIES DE DIFFÉRENTES
ORIGINES, SCLÉROSE CÉRÉBRALE, OBÉSITÉ, MALADIES INFECTIEUSES, ETC.



CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE

AGENDA P. L. M. pour 1926

L'agenda P. L. M. pour 1926 paraîtra dans les premiers jours de novembre prochain. Sous couverture bleue, noire et or, il comporte des chroniques rétrospectives et d'actualité, sports, voyages, mœurs, coutumes, curiosités pittoresques, des contes, nouvelles, 500 illustrations dans le texte, 16 illustrations hors texte en couleurs, 12 cartes postales héliogravées.

Ce recueil sera mis en vente au prix de 7 francs l'exemplaire à l'agence P. L. M., 88, rue St. Lazare à Paris dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P. L. M. dsns les agences de voyages et les grands magnasins, à Paris, etc...

Les personnes qui désireraient le recevoir à domicile sont priées de s'adresser au Service de Publicité de la Compagnie P. L.-M., 20, Boulevard Diderot, à Paris, en joignant à leur demande un mandat-poste de 9 francs pour la France et 12 francs pour l'Etranger.

B. TRAITEMENT NON-AMBULATOIRE. — Lorsqu'on doit recourir à cette méthode on peut utiliser le dispositif simple proposé par *Quénu*, l'*attelle de Thomas avec dispositif d'Henry* ou les *cadres à suspension de Miss Gassette*, de *Blacke* et de *Murray*.

Choix des appareils. — Pour choisir l'appareil qui convient il faut tenir compte d'éléments nombreux : 1° de la nature de la fracture (ouverte ou fermée) ; 2° du siège du trait de fracture et de sa direction ; 3° du déplacement des fragments ; 4° des autres lésions associées, enfin de l'âge du sujet et ses tares.

Aux *fractures ouvertes* et particulièrement aux fractures de guerre conviennent les plâtres à anses métalliques et quand il y a une large perte de substance osseuse, les plâtres à attelles extensibles de Foisy et Alquier, l'attelle de Pécharmant.

Les *fractures fermées* de la *diaphyse humérale* seront traitées s'il y a peu de déplacement par des appareils de simple contention et dans tous les autres cas par les appareils à extension continue ou intermittente.

Les fractures siégeant au niveau du *V deltoïdien* ou du *col chirurgical*, celles du col avec luxation de la tête, quand celle ci aura pu être réduite, représentent l'indication principale des appareils à abduction modérée tels que ceux de Judet, de Dupuy de Frenelle, de Poulquen.

Quand les fractures de la grosse tubérosité humérale s'accompagnent d'un grand déplacement, c'est avec les appareils à abduction à 90 degrés, attelle de Cleary, cadre de Judet, qu'on arrivera le mieux à rapprocher les fragments.

Mais il n'est besoin d'aucun appareillage pour les fractures sans déformation axiale du col anatomique ou chirurgical chez l'adulte et le vieillard. Le massage suffira et préviendra les raideurs de l'épaule qui sont ici à redouter.

Dans les *fractures de l'extrémité inférieure* l'appareil de choix est le plâtre appliqué le coude fléchi à angle aigu. Si la réduction ne peut être obtenue, on peut exceptionnellement utiliser l'extension au crochet ou au clou.

Chez l'enfant les fractures du tiers supérieur doivent être traitées par le plâtre thoraco-brachial ; celles de l'extrémité inférieure, la sous-condylienne, par l'appareil de Broca ; celle de la trochlée par l extension, le coude fléchi à angle droit et en supination forcée. Enfin dans les fractures à grand déplacement il faut employer l'extension au lit, le coude fléchi avec contre-extension postérieure.

L'appareillage au lit, méthode de nécessité est indiqué à la période fébrile des fractures ouvertes, chez les poly-blessés, les jeunes enfants et dans certaines fractures difficilement réductibles par la méthode ambulatoire.

En terminant, le rapporteur insiste sur l'intérêt que présenteraient l'installation dans les hôpitaux d'une salle d'appareillage pour fractures munies du personnel et du matériel nécessaires y compris la radiographie, et la création,dans les grandes villes au moins, d'un service spécialisé faisant revivre les centres de fractures organisés pendant la guerre.

Appareillage des fractures du fémur

Rapport de M. ROUVILLOIS (de l'armée).

A part certaines fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes qui sont justiciables de l'ostéosynthèse, la majorité des fractures du fémur peut et doit être traitée par l'appareillage. Il ne sera question ici que des fractures diaphysaires, celles qu'on appelle habituellement « fractures de cuisse » et qui comprennent les fractures de la partie moyenne, les sous-trochantériennes et les sus-condyliennes.

Après avoir tracé un aperçu historique de la question, le rapporteur étudie d'abord :

Les méthodes générales applicables à l'appareillage des fractures de cuisse. — Ce sont la contention simple, la méthode ambulatoire, l'extension continue simple ou associée à la suspension,

I. CONTENTION SIMPLE. — Après réduction on immobilise avec des attelles, des gouttières ou des appareils solidifiables dont le plus employé est l'appareil plâtré.

Le type de l'appareil à attelles est le « Scultet » aujourd'hui démodé, mais capable dans des mains expérimentées de donner d'excellents résultats.

Les gouttières sont en principe détestables et ne conviennent ni au transport ni au traitement des fractures.

Les appareils solidifiables sont à rejeter. Il est rare qu'ils s'opposent au retour des déformations que la réduction immédiate avaient momentanément corrigées. La cuisse en effet ne possède pas de points d'appui osseux fixes, sur lesquels un tuteur plâtré puisse réellement s'appliquer. Cependant cette méthode est de mise dans les cas où l'extension continue est particulièrement difficile, chez les vieillards, les enfants.

II. MÉTHODE AMBULATOIRE. — Elle vise à supprimer les risques de toutes sortes et notamment la congestion hypostatique qui guette les malades longtemps alités. Le type des appareils ambulatoires est l'appareil de Reclus ou le grand spica plâtré de Dollinger dont Dupuy de Frenelle et Judet ont étendu les indications.

L'appareil de Delbet est le modèle du genre. Son emploi a transformé le pronostic et le traitement des fractures de cuisse. La difficulté pourtant était grande de fixer un tel appareil, faute de points d'appui.

Delbet a reconnu que la saillie condylienne pouvait seule aider à l'application de cet appareil. Il garnit cette saillie d'un collier plâtré. Malheureusement ce collier est souvent mal toléré en raison de la fragilité des parties molles recouvrant les condyles. Les points d'appui secondaires sont la branche ischio-pubienne et le grand trochanter. Un système de ressort permet dans une certaine mesure l'extension continue. L'application de cet appareil est délicate. Elle comprend les temps suivants :

a. Confection et fixation d'un collier prenant point d'appui sur les bords postéro-supérieurs des condyles fémoraux ;

b. Mise en place de l'appareil métallique, la tige antérieure nettement en dedans des vaisseaux ;

c. Fixation des ailerons des tiges métalliques au collier condylien ;

d. Mise en tension de l'appareil pour faire une réduction lente et progressive. Celle-ci doit durer de trois à six jours.

e. Blocage de l'appareil et lever du blessé.

Cet appareil n'est pas toujours applicable chez la femme, chez le vieillard, chez les sujets gros, pour qui l'extension continue reprend tous ses droits.

III. EXTENSION CONTINUE. — L'appareillage des fractures des cuisses doit avoir pour principe directeur l'application de l'extension continue qui seule est capable de vaincre la résistance musculaire et d'assurer une réduction suffisante.

PROCÉDÉ DE TRACTION. — La traction s'exerce sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur.

Le meilleur point d'appui au niveau du *fragment supérieur* est la tubérosité ischiatique. Parmi les appareils qui l'utilisent, les uns ont recours à l'ischion du côté correspondant à la fracture, tels sont les appareils de *Thomas* et de ses dérivés ; les autres ont recours à l'ischion du côté sain, c'est le cas de l'attelle de *Patel* et de celle de *Picot*.

Il existe d'autres points d'appui secondaires : la branche ischio pubienne (attelle de *Thomas*), le versant externe de la crête iliaque (*appareil d'Alquier*).

Enfin le bassin tout entier peut être utilisé s'il est immobilisé au préalable (attelle pelvi-crurale de *Patel* et de *Picot*, cadre d'*Antoine et Masmonteil*.

Mais aucun des points d'appui qu'offre le fragment supérieur n'est pleinement satisfaisant. Heureusement dans la pratique, ils ne sont pas indispensables. Cette traction, en effet peut être réalisée par le simple poids du corps.

La traction sur le *fragment inférieur* peut s'exercer :

1° *Sur l'ensemble des parties molles superficielles*. — Elle se fait par l'intermédiaire de bandes adhésives. D'application rapide et facile, la méthode est malheureusement infidèle dans ses résultats et ne convient qu'aux cas où il n'est pas nécessaire d'appliquer une force très grande.

2° *Sur les saillies osseuses par l'intermédiaire des parties molles*. — Pied, genou, cuisse.

La bottine plâtrée d'*Hennequin*, la pantoufle d'*Ombrédane*, semelle et le patin de *Sinclair* utilisent comme point d'appui le dos du pied et la face postérieure du talon, les bords ou la plante du pied.

La cravate d'*Hennequin* se fixe sur la région du genou.

Tous ces appareils ont le tort d'agir par le double intermédiaire des articulations du cou-de pied et du genou qui peuvent par la suite présenter de graves dislocations.

Seul le point condylien serait d'une utilisation rationnelle, mais la réalisation d'un appareil s'y adaptant est sans doute difficile, car les résultats ont toujours été médiocres (collier d'*Alquier*).

3° *Par prise directe et chirurgicale sur le squelette*. — L'idée en est relativement récente. *Codivilla* (de Bologne), transfixia le calcaneum en 1903 à l'aide d'un clou. *Finochetto* passa une lame métallique plus souple et moins traumatisante au-dessus

du calcaneum et en avant du tendon d'Achille. Puis vinrent l'embrochage malléolaire préconisé par *Schiassi*, l'embrochage de l'extrémité supérieure du tibia par *Max Page* et *Bake*. Enfin en 1907, *Steimann* utilisa une broche d'acier transfixiant les condyles à laquelle il attacha un lac et des poids.

Walther Lenormant Willems, *Dupechez* et *Richard* modifièrent le procédé de *Steimann* qui dans son principe reste identique.

Les résultats sont manifestement bons. *Fresson* et *Toupet* sur 47 cas n'ont eu aucun incident à signaler.

La méthode a encore l'avantage de permettre l'application d'appareils à suspension. C'est là le procédé de choix.

La traction continue doit être lente et progressive ; le contrôle radiographique est toujours désirable ; les points d'appui doivent être surveillés avec le plus grand soin pour que leur tolérance soit toujours assurée.

Appareils permettant de réaliser l'extension continue. — Ces appareils fort nombreux sont de trois modalités différentes :

1° *Extension simple sur le plan du lit.* — Les uns réalisent l'extension en rectitude. Le type de ces appareils est celui de *Tillaux*. Les autres réalisent l'extension en plaçant le membre inférieur en demi-flexion, tel l'appareil d'*Hennequin*.

L'appareil de *Tillaux* est d'application facile et permet l'abduction du membre. Il prédispose à la congestion hypostatique et favorise l'enraidissement articulaire.

L'appareil de *Hennequin* est préférable, car il permet au malade de s'asseoir. Son inconvénient principal réside dans son mode de traction qui peut nuire à l'intégrité de l'articulation du genou et du paquet vasculo-nerveux.

2° *Extension continue par appareils fixes reposant sur le plan du lit.* — Ces appareils se résument en un double plan incliné réalisant extension et contre-extension. On en distingue trois variétés :

a. Appareils fixes à contre-extension automatique (cadre de *Sencert*, attelle de *Hey Groves*).

b. Appareils fixes à contre-extension par éléments souples (Pouliguen).

c. Appareils fixes à contre-extension par éléments rigides. Ces derniers s'appuient sur la tubérosité ischiatique seule, ou, en plus, sur la branche ischio-pubienne, le grand trochanter, la fosse iliaque, ou sur l'ensemble du bassin. Ils exercent en principe l'extension en rectitude avec traction sur le pied, mais ils permettent également la traction, genou fléchi sur l'extrémité inférieure du fémur. Ils réalisent une véritable suspension du membre dans l'appareil lui même.

3° *Extension continue combinée à la suspension au lit.* — Le membre fracturé et l'appareil ne reposent plus sur le plan du lit ; l'appareil est équilibré par les poids de façon à permettre au membre de rester dans la position où on l'a placé, tandis que la réduction est obtenue par l'extension continue qui reste à la base de la méthode.

Les avantages sont nombreux :

La position surélevée du membre favorise l'élimination des œdèmes ; la traction peut être orientée dans les directions les plus différentes, ce qui est utile dans les fractures à grands déplacements. Les pansements au lit sont rendus plus faciles ainsi que le contrôle radiographique. Il est toujours aisé de modifier la traction, la flexion ou l'extension, l'adduction ou l'abduction. Le seul inconvénient réside dans la complexité de l'appareil qui réclame une surveillance quotidienne.

Adaptation de l'appareillage aux indications cliniques. — *L'état général* entre en ligne de compte quand il faut choisir l'appareil à employer. Est-il déficient ? La lésion passe au second plan, l'appareil le plus simple est le meilleur.

L'âge joue un rôle également, et si l'adulte est justiciable des méthodes compliquées, il n'en est pas de même de l'enfant ni du vieillard.

Chez l'enfant nouveau-né on s'inspirera de la méthode de *Bossi* qui immobilise le membre dans la position fœtale. S'il existe un déplacement notable, on appliquera un appareil silicaté ou plâtré, des attelles de carton ou de tarlatane apprêtée. Il faudra surveiller tout spécialement les lésions cutanées.

Chez l'enfant plus grand et indocile, le grand plâtre en abduction qui immobilise le bassin est à recommander.

Chez le vieillard on pensera aux dangers de la congestion et l'on fixera son choix sur un appareil à suspension ou un appareil ambulatoire.

Au point de vue des formes anatomo cliniques. — Les fractures de cuisse doivent être divisées en trois groupes, chacun réclamant une thérapeutique spéciale :

1° *Fractures de la partie moyenne du fémur.* — C'est pour ces fractures que l'ostéo-synthèse présente le minimum d'indication. Leur réduction est relativement facile surtout quand le trait de fracture est spiroïde ; quand il est transversal il persiste toujours un peu de chevauchement. On choisira entre l'appareil de *Delbet* et celui de *Hodgen*.

2° *Fractures sous-trochantériennes.* — On peut employer le grand plâtre de *Whitmann* ou l'appareil de *Delbet*. L'extension continue avec le cadre de *Masmonteil*, les attelles de *Patel* et de *Picot* ont les préférences du rapporteur.

3° *Fractures sus-condyliennes.* — Surtout fréquentes dans les blessures de guerre, ce sont des fractures graves avec complications immédiates du côté des parties molles et du paquet vasculo-nerveux, nécessitant une surveillance attentive. Pour ces raisons, il faut renoncer aux appareils plâtrés

L'extension continue avec les dispositifs de *Tillaux* ou d'*Hennequin*, ceux de *Bardenheuer* ou de *Zuppinger* est insuffisante.

L'attelle de *Thomas* peut donner des résultats satisfaisants, mais l'appareil à plan incliné et articulé de *Judet* est excellent.

Adaptation de l'appareillage aux conditions spéciales du malade. — Il faut distinguer :

1° L'appareillage de transport ;

2° L'appareillage de traitement simplifié dans les milieux dépourvus de ressources ;

3° L'appareillage de traitement définitif dans les grands centres.

L'importance du premier appareil appliqué est capitale. Une mauvaise immobilisation initiale peut avoir pour conséquence l'embrochage des muscles, des vaisseaux et des nerfs, et assombrir d'emblée le pronostic. Les gouttières doivent être délaissées. Il faut choisir entre les appareils à contention faits de store en rouleaux et préconisés par *Jeanbrau*, et les appareils à extension continue dont trois variétés sont vraiment recommandables : appareil de *Pouliquen*, attelle de *Thomas-Lardennois*, cadre de *Bonnet*. Le rapporteur donne une description détaillée de tous ces appareils et leur mode d'application.

Il arrive fréquemment que le milieu auquel appartient le blessé est dépourvu de moyens perfectionnés ; c'est le cas dans la chirurgie de guerre et dans la pratique courante de la clientèle rurale. Deux appareils répondent parfaitement à ces conditions : l'attelle de *Thomas* et surtout l'appareil de *Pouliquen*. Celui-ci a pour lui le grand avantage de pouvoir être improvisé partout. Il faut cependant ne lui accorder que la valeur d'un procédé de fortune.

Dans les milieux mieux outillés, loin de la ligne de feu, ou dans les centres chirurgicaux, il faut user des appareils qui combinent l'extension continue à la suspension. Un contrôle radiographique permanent est absolument nécessaire.

Discussion de la troisième question.

M. Frœlick (de Nancy) dans les fractures obstétricales, rabat la cuisse de l'enfant sur son ventre et l'y fixe avec du leucoplaste. Cette méthode est simple, permet les soins de propreté et le pansement du cordon ombilical. Huit à dix jours suffisent à la consolidation.

Chez le nourrisson, on fixe le membre dans la même position, mais on l'y maintient grâce à une gouttière de carton ou de feutre plastique placée sous le fémur et dans le creux poplité.

Vers trois ans, on utilise la traction continue avec bandes de leucoplaste et planche orthopédique. Celle-ci doit avoir la longueur de l'enfant plus 15 centimètres, et sa largeur au niveau des épaules plus dix centimètres. La planche est capitonnée et porte des courroies transversales correspondant aux aisselles et aux cuisses. Une cheville de bois capitonnée est enfoncée dans la planche au niveau de l'entre-cuisses. Au pied de la planche, une tige rigide permet la traction continue par une corde ou un caoutchouc.

Après trois ans, l'auteur recommande l'extension continue au leucoplaste et aux poids suivant un dispositif original.

Chez l'enfant turbulent rien ne vaut l'appareil plâtré ; spica comme pour une coxalgie avec étrier enfoui dans le plâtre, traction au leucoplaste sur l'étrier.

Dans les fractures sus-condyliennes, immobilisation sur un pupitre formé de deux planches d'inégales longueurs avec charnières dont l'écartement est réglé par une corde sous-tendant l'angle.

Dans les fractures du col du fémur chez l'enfant, après réduction par la traction sur le lit mécanique, abduction et rotation interne, immobilisation, le genou en flexion.

L'auteur n'a jamais été contraint de faire d'ostéo-synthèse pour une fracture récente de cuisse chez l'enfant. Son indication doit être exceptionnelle.

(*A suivre.*) Chastenet de Géry et Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 octobre (*suite*)

Myosite ossifiante. — *G. Paisseau*, *Darbois* et *Hamburger* présentent un malade atteint d'ostéomes multiples du membre inférieur droit survenus à la suite d'un traumatisme ayant déterminé une fracture bimalléolaire du cou-de-pied gauche. L'examen radiologique permit de constater l'existence d'un processus de périostite plastique ankylosante au niveau des deux articulations coxofémorales déformées en coxavara, deux saillies apophysaires au niveau de l'astragale et une légère déformation en lame de sabre des deux tibias.

Ces lésions qui se distinguent nettement des ostéomes chirurgicaux doivent être rapportées à un processus de myosite ossifiante et assimilées à la forme localisée de cette affection plutôt qu'à la forme classique, généralisée et progressive dont elle diffère notablement tant au point de vue évolutif qu'au point de vue de la localisation des ostéomes.

Séance du 30 octobre 1925.

Lymphomes tuberculeux. — MM. *Babonneix* et *Pollet* présentent un sujet de 52 ans atteint, depuis plusieurs mois, d'adénopathies multiples, occupant surtout les aines, les aisselles, le médiastin, et s'accompagnant, surtout pour les premières, de phénomènes de compression très marquée. Aucun signe hématologique de leucémie. La biopsie d'un ganglion n'y révèle pas traces d'adénie. Il ne s'agit pas non plus de lymphosarcome. Reste donc par exclusion, et sous réserves, l'hypothèse de lymphomes tuberculeux. Le malade n'a-t-il pas eu jadis une « bronchite » ? N'est-il pas porteur, actuellement, d'un épanchement pleural séro-fibrineux ? L'examen histologique du ganglion prélevé n'y montre-t-il pas une particulière abondance des lymphocytes ?

Importance du syndrome humoral rachidien dans le diagnostic différentiel de l'encéphalite léthargique et de la neuro-syphilis. — MM. *L. Babonneix* et *L. Pollet* présentent un sujet atteint de syndrome parkinsonien qui semble bien avoir succédé à une encéphalite léthargique. Mais, en même temps, on constate chez lui l'existence d'une réaction de Wassermann fortement positive pour le sang. S'agit-il de neuro-syphilis à forme parkinsonienne ? Vraisemblablement non, car chez lui, le liquide céphalo-rachidien est normal. On peut donc affirmer qu'il existe, chez ce patient, deux affections : une syphilis ancienne, sans retentissement sur le névraxe ; un syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique.

A propos de la lambliase vésiculaire. — MM. *Chiray* et *Lebon* s'élèvent contre la notion récemment introduite en gastroentérologie de l'infestation cholécystique par lamblia intestinalis diagnostiquée au moyen du tubage duodénal. La présence du parasite, même en quantité abondante dans le liquide de tubage à la suite de l'excitation vésiculaire provoquée, ne leur paraît nullement démonstrative. Ils rapportent l'observation d'un médecin chez lequel l'épreuve de Meltzer-Lyon, quoique complètement négative, amenait une bile duodénale chargée de lamblia. La carence de la réponse vésiculaire permettait déjà de penser que la vésicule devait être mise hors de cause dans ce cas. En fait l'intervention chirurgicale montra que le cholé-

cyste était occupé par deux calculs de la grosseur d'une noisette et avait perdu toute valeur fonctionnelle. Ni dans le liquide qu'il contenait, ni dans le suc obtenu par grattage de l'épithélium vésiculaire, on ne put déceler le parasite. Il semble donc que, dans ce cas comme sans doute dans beaucoup d'autres, si l'injection intra-duodénale de sulfate de magnésie amène une bile riche en lamblia, c'est parce que ce sel, exerçant une action irritante et décapante sur la muqueuse intestinale, détache un certain nombre des parasites qui s'y trouvent fixés. Le duodénum est en effet leur habitat préféré.

Le trouble de la glycorégulation au cours des maladies infectieuses. — MM. *L. Labbé* et *Boulin* ont remarqué que la glycémie était légèrement au-dessus de la normale au cours des infections même légères. La réaction de l'hyperglycémie est toujours augmentée ; toutefois il n'existe pas de rapport entre le trouble de la glycorégulation et la gravité de l'infection. Ce trouble peut d'ailleurs persister après guérison de la maladie infectieuse et peut-être ce fait permet d'expliquer le cas de diabète post-infectieux.

M. *Achard* partage l'opinion de M. Labbé sur le trouble de la glycorégulation au cours des infections. Depuis longtemps déjà il a insisté sur ce fait qui lui paraît indépendant de l'insuffisance hépatique.

Paralysie radiale et rhumatisme articulaire aigu. — MM. *H. Dufour* et *A. Blondel* présentent un malade atteint brusquement de paralysie radiale gauche le 22 août 1925. L'absence d'antécédents fait conclure à une paralysie radiale dite *a frigore*. Celle-ci est typique, presque totale, permettant seulement des mouvements d'extension de l'avant-bras sur le bras. La R. D. existe sur tous les muscles innervés par le radial ; légère sur le triceps et le court supinateur, accentuée et nette sur tous les autres. L'évolution en est essentiellement lente : 1 mois 1/2 après son début, cette paralysie n'a subi que peu d'amélioration. Le 14 octobre, apparition d'une arthrite scapulo-humérale droite avec 38°2, sueurs, coloration rosée des téguments. Un traitement au salicylate de soude (5 gr. puis 8 gr.) est institué avec des enveloppements au salicylate de méthyle. La fluxion articulaire disparaît, mais le poignet droit se prend à son tour. Dès le traitement salicylé : amélioration immédiate de la paralysie, les mouvements s'effectuent plus facilement ; la résistance musculaire s'accentue davantage et les progrès augmentent de jour en jour. Les auteurs pensent à une localisation primitive du virus rhumatismal sur le nerf radial avec localisation secondaire au niveau des articulations (le malade n'a jamais eu de crise antérieure de R. A. A.). Ils insistent sur la rareté du fait.

Cette observation démonstrative montre les rapports entre les lésions nerveuses et le R. A. A. Elle soulève en cas de paralysie dite *a frigore*, la possibilité d'une thérapeutique par le salicylate de soude.

Deux cas de tumeur du lobe frontal à forme somnolente. — MM. *Lechelle, Alajouanine* et *Thévenard* présentent deux cerveaux, l'un avec un tubercule volumineux du lobe frontal droit l'autre avec un gliome bilatéral des lobes frontaux et rapportent les observations cliniques de ces deux cas où la somnolence fut le symptôme initial et prépondérant du tableau clinique ; elle s'était terminée rapidement par le coma dans le premier cas ; elle s'était, dans le deuxième cas, transformée en torpeur croissante avec hémiplégie progressive sans aucun autre signe permettant d'incriminer le lobe frontal. Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic avec l'encéphalite léthargique dans la première observation, et dans les deux, l'importance des accès de narcolepsie. Ce symptôme que l'on tend à considérer comme un symptôme de localisation de la région infundibulaire peut donc n'être que le principal signe des tumeurs du lobe frontal et surtout le signe initial, en dehors de toute compression secondaire.

M. *de Massary* insiste également sur la valeur de la somnolence dans les tumeurs du lobe frontal.

Présentation d'un appareil à projections épiscopiques. — *Maurice Renaud.*

René Giroux.

NÉCROLOGIE

Albert CAUCHOIX

(1879-1925)

M. Cauchoix meurt à 46 ans, en pleine activité professionnelle et scientifique, à un âge où, dans notre organisation actuelle, les hommes commencent seulement à montrer ce qu'ils sont et ce qu'on peut attendre d'eux. Il meurt trois ans après son élection à la Société de chirurgie où il trouvait une tribune pour exposer ses idées, et l'année même où il devenait, à la Maison de santé, titulaire d'un service de chirurgie. Ce qu'il avait déjà produit permet de mesurer la perte qu'éprouve par sa disparition le corps des chirurgiens des hôpitaux de Paris, et sa vie, trop brève, est un magnifique exemple d'énergie et de travail.

Entravé trop tôt par l'état de sa santé, Cauchoix n'en a pas moins parcouru, à force de volonté, les rudes et multiples étapes de notre profession. Externe des hôpitaux en 1900, interne en 1902, il est prosecteur en 1908, puis chef de clinique du professeur Delbet, et enfin, en 1914 il obtint ce titre de chirurgien des hôpitaux, le plus difficile et le plus envié, celui qui, avec un service hospitalier, permet à un chirurgien de donner sa mesure. Cauchoix venait d'être nommé quand éclata la guerre. Il n'était pas de ceux qui trouvaient dans leur santé prétexte à s'embusquer et à rester chez eux ; il voulut « servir » et il servit, pour le mieux des blessés, d'abord à la tête d'un service de chirurgie à Nantes, puis comme chef de secteur à la XVe Région. La guerre finie et étant encore chef du Bureau Central, Cauchoix assure le service de consultation à Necker, puis de Beaujon, jusqu'à sa titularisation comme chef de service.

Les travaux d'A. Cauchoix ne sont pas très nombreux, mais tous ont une valeur indiscutable qui témoigne de l'intelligence, de l'érudition et de la conscience scientifique de leur auteur. Sous l'inspiration de son maître Delbet, il étudie dans sa thèse inaugurale (1908) *le traitement chirurgical actuel des kystes hydatiques du foie et de leurs complications.* Puis, il publie en 1908 et 1910, dans la *Revue de chirurgie*, des articles sur le *Traitement du pied plat valgus invétéré* et sur les *Paralysies dans les luxations de l'épaule.* Enfin en 1921 et 1922, à la Société de chirurgie, puis dans la *Revue de chirurgie* et à la Société d'ophtalmologie, il donnait une très remarquable étude, basée sur des observations personnelles, du *Traitement de l'exophtalmos pulsatile*, dans laquelle il exposait la question toujours discutée des ligatures carotidiennes.

Les qualités de précision, de netteté, de bon sens que l'on trouve dans ces travaux étaient bien celles de l'esprit de Cauchoix. D'abord un peu froid et réservé, tout en étant d'une courtoisie parfaite, il montrait bien vite à ceux qui l'approchaient la haute valeur de son intelligence et la droiture de son caractère, et cela lui avait valu l'estime, la confiance et l'affection de tous ses collègues, et une autorité que l'on a rarement à son âge.

A. Cauchoix avait de nombreuses attaches médicales : neveu de Nocard, le grand savant d'Alfort, il était devenu par son mariage le gendre du regretté Josias et le cousin de notre collègue Léon Binet.

Il disparaît sans avoir pu donner tout ce que nous attendions de lui, laissant d'unanimes regrets et un souvenir qui sera conservé pieusement par tous ceux qui l'ont connu.

Ch. LENORMANT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Les grands syndromes oto-rhino-laryngologiques, par A. MOULONGUET. 1 vol. de la Bibliothèque des Grands Syndromes. 528 p., 109 fig. 50 fr. (Doin).

Les Directions actuelles et les destinées de la chirurgie, par M. Dartigues, in-8, 48 p., 2 fr. (Doin).

L'Anatomie en poche, par V. PAUCHET et S. DUPRET. 1 vol. 297 pl. en noir et en couleur. 25 fr. (Doin).

L'Evolution biologique et spirituelle de l'homme, par Sir Olivier LODGE, 174 p., 7 fr. (Editions Meyer).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 46. Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 14 NOVEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies	35 fr.
Belgique et Italie	45 fr.
Étranger 1re zone	55 fr.
Étranger 2e zone	70 fr.

Étudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ

NOUVELLES

XI[e] Congrès de médecine légale des pays de langue française. — Le XI[e] Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Antheaume, secrétaire général de la Société de médecine légale de France ; vice-présidents : M. le professeur Sorel (de Toulouse) et M. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire général, M. le professeur Etienne Martin (de Lyon) ; secrétaire général adjoint, M. Piédelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour :

1° Médecine légale. — *Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse*. — Rapporteur : M. Vielledent (de Lille) ;

2° Criminologie. — *Le témoignage des psychopathes.* — Rapporteur : M. Rogues de Fursac (de Paris).

3° Pathologie traumatique. — *Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose)*. — Rapporteur : M. Dervieux (de Paris).

Dispensaires de l'Orne. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires de l'Orne, aura lieu à Alençon, le 1[er] décembre prochain.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité National de Défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

Département du Finistère. — La date du concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des 4 circonscriptions des Dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, annoncée pour la première semaine de novembre, a été reportée à la dernière semaine du même mois

Les déclarations de candidatures pourront, en conséquence, être reçues jusqu'au 20 novembre, dernier délai. »

Syndicat des chirurgiens français. — La première Assemblée Générale du Syndicat des chirurgiens français a eu lieu à Paris, les 8 et 9 octobre courant.

Cet important groupement professionnel, réunissant à l'heure actuelle, 380 chirurgiens a étudié au cours de cette Assemblée Générale les questions suivantes, inscrites à l'ordre du jour :

1° De l'admission des malades payants, en particulier des futurs bénéficiaires des assurances sociales, dans les hôpitaux de l'A. G. de l'A. P. à Paris. (Rapporteur : D[r] Descomps) ;

2° De l'admission des malades payants dans les hôpitaux de province, et en particulier, des futurs bénéficiaires des assurances sociales (Rapporteur : D[r] Lapeyre) ;

3° De l'exercice de la chirurgie en ce qui concerne les bénéficiaires des assurances sociales en Alsace (Rapporteur : P[r] Stolz) ;

4° Le fisc et les maisons de santé (Rapporteur : D[r] Viannay).

Au cours de la première séance, le Conseil d'Administration a été élu pour trois ans, conformément aux statuts.

Il est composé de MM. les docteurs : Lenormant, de Paris, Delagenière du Mans, Jeanbrau de Montpellier, Renon de Niort, Deniker de Paris, Iselin de Paris, Baumgartner de Paris,

COTTE de Lyon, GUYOT de Bordeaux, HUGUIER de Paris, IMBERT de Lyon, LAMBERT de Lyon, LEGÊNE du Havre, LECLERC de Dijon, LEMARCHAL de Laon, LERICHE de Strasbourg, PETIT J. de Rouen, PRAT de Nice, SAIGET de Lorient, VIANNAY de Saint-Etienne.

Le Bureau a été constitué de la façon suivante : Président : Dr LENORMANT ; vice-présidents : Dr DELAGENIÈRE et Dr JEANBRAU ; secrétaire général : Dr RENON ; secrétaire général adjoint : Dr DENIKER ; trésorier : Dr ISELIN ; MM. BÉRARD de Lyon, KLEINKNECHT de Mulhouse, LAPEYRE de Montpellier, LEJARS de Paris, LÉO de Paris, et SILHOL de Marseille ont été élus membres du Conseil de famille.

Les résolutions suivantes relatives aux deux grandes questions à l'ordre du jour ont été votées :

Assurances sociales. — Le Syndicat des Chirurgiens français réuni en Assemblée générale le 8 octobre 1925.

Donne mandat à son Conseil d'Administration de poursuivre l'étude de l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux, en prenant pour base les principes suivants : 1° Respect absolu du secret professionnel ; 2° droit du malade de choisir son chirurgien ; 3° Légitimité de la demande d'honoraires pour tout malade payant ; 4° Fixation des prix d'entretien du malade dans les hôpitaux sur des bases réelles ; 5° nécessité des garanties techniques pour le recrutement des chirurgiens hospitaliers ; 6° entente entre les syndicats médicaux et les caisses pour la fixation des tarifs.

Impôts sur les Maisons de santé. — Le Syndicat des Chirurgiens français réunis en Assemblée générale :

1° « Proteste contre la prétention du fisc de vouloir imposer a chiffre d'affaires et aux bénéfices commerciaux et industriels les honoraires perçus par les chirurgiens dans leur maison de santé pour acte médical.

« Il estime que le caractère libéral de la profession médicale exclut toute assimilation avec les professions commerciales et que les actes, même hospitaliers, des chirurgiens qui opèrent dans une clinique leur appartenant, ont principalement pour but les soins à donner à leurs malades et ne peuvent être soumis à la double imposition.

« Emet le vœu que soit modifié l'article 9 de la loi de finances du 13 juillet 1925, érigeant en principe l'arbitraire le plus absolu et livrant le contribuable à la discrétion du contrôleur, sans la garantie d'aucun jury d'équité ;

» Se réservant, si satisfaction n'est pas donnée, de refuser dorénavant les lourdes charges acceptées jusqu'ici au bénéfice de la collectivité sociale ;

3° « Confie à la Commission du fisc le soin d'organiser sur ces bases la défense de ses intérêts ».

Le compte rendu de cette assemblée générale sera publié dans le prochain numéro du *Bulletin du Syndicat des chirurgiens français*

Vacance de poste de directeur de bureau municipal d hygiène. — La vacance de directeur du bureau municipal d'hygiène est déclarée ouverte pour le Mont-Dore (Puy-de-Dôme)

Le traitement alloué est fixé à 2.400 fr. par an.

Les candidats ont un délai de vingt jours, à compter de la présente publication, pour adresser au ministère du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 6e bureau) leurs demandes.

Faculté de Médecine de Paris. — M. Roger, professeur de pathologie expérimentale à la faculté de médecine de l'université de de Paris, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1925, professeur de physiologie à la même faculté, en remplacement de M. Richet, admis à la retraite.

M. Bezançon, professeur de bactériologie à la faculté de médecine de l'université de Paris, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique médicale à la faculté, en remplacement de M. Chauffard, admis à la retraite.

Faculté de Médecine de Nancy. — La chaire de maladies des enfants de la faculté de médecine de l'université de Nancy est transformée en chaire de thérapeutique.

M. Perrin (Maurice), agrégé près la faculté de médecine de l'université de Nancy, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de thérapeutique à ladite faculté.

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à partir du 1er novembre 1925, à MM. Mathieu (Pierre), Parisot (Jacques) et Thiry (Georges), agrégés près la faculté de médecine de l'université de Nancy.

Faculté de Médecine de Lyon. — La chaire de clinique médicale infantile de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon est transformée en chaire de clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.

M. Mouriquand, professeur de clinique médicale infantile à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique médicale infantile et hygiène du premier âge à ladite faculté.

Nécrologie. — M. CASSAS, de Lyon.

CLINIQUE MÉDICALE

L'hémophilie (1)

Par M. **Louis RAMOND,**
Médecin de l'hôpital Laënnec.

Définition.

L'hémophilie est une entité morbide, le plus souvent héréditaire, parfois acquise, caractérisée par une prédisposition aux hémorragies, hémorragies qui peuvent être spontanées et se produire en tous points du corps, mais qui sont surtout provoquées et incoercibles, au point qu'on voit la moindre plaie saigner indéfiniment.

Intérêt de la question.

C'est une affection relativement rare, mais dont l'intérêt est cependant considérable. Non seulement son étude conduit à analyser avec soin les phénomènes si curieux, et encore un peu mystérieux, de la coagulation sanguine, et entraîne forcément une revision de tous les états pathologiques hémorragiques, mais, même au point de vue strictement pratique, elle aboutit à des résultats de la plus haute importance.

Qui connaît l'hémophilie saura, en effet, reconnaître cette diathèse, même dans ses formes discrètes, même quelquefois dans sa forme latente, et mettra son malade en garde contre les dangers d'une intervention chirurgicale, d'une ablation dentaire, d'une opération sur le naso-pharynx, opérations sanglantes, anodines chez un sujet normal, et qui exposent l'hémophile à des hémorragies redoutables, parfois mortelles.

Il saura également — celui qui aura étudié l'hémophilie — que cette affection détermine, au niveau des jointures, des arthropathies d'un type spécial, habituellement causes d'erreur de diagnostic pour qui n'en a pas entendu parler, et qu'il n'aura pas de peine, quant à lui, à rapporter à leur cause véritable.

Enfin, et c'est peut-être encore le principal, il connaîtra les moyens thérapeutiques, actuellement à notre disposition, pour lutter efficacement contre cette tendance hémorragique, et grâce à lui, le pronostic de l'hémophilie, habituellement redoutable, se trouvera chez son malade considérablement amélioré.

Voilà les considérations qui m'ont fait juger opportun de vous soumettre aujourd'hui le cas d'un de mes clients. Veuillez écouter son histoire lamentable. Elle va nous servir d'exemple et de prétexte pour repasser ensemble ce que nous savons aujourd'hui de l'hémophilie.

Observation clinique d'un hémophile

M. X.., avec lequel j'ai fait connaissance en 1920 à l'occasion d'une hématémèse abondante et de copieux méloenas qu'il venait de présenter, était alors un homme de 35 ans, de taille moyenne, d'assez forte corpulence, mais dont le teint jaunâtre trahissait l'état anémique.

Pendant toute sa vie, il s'est fait remarquer par la facilité avec laquelle il faisait des hémorragies à l'occasion des traumatismes les plus insignifiants.

Le début apparent de sa diathèse hémorragique remonte à son tout jeune âge. Il n'en a pas gardé le souvenir, mais il a entendu tant de fois raconter le fait qu'il en connaît les moindres détails. Il avait environ 1 an 1/2 à 2 ans ; il était monté sur un banc ; il tombe sur le sol la tête la première. Aussitôt apparut sur le front une bosse sanguine si volumineuse et à développement si rapide, que l'on fit venir d'urgence un médecin. Celui-ci eut l'idée — malencontreuse ! — d'inciser cet hématome. Il s'en échappa du sang liquide et la bosse s'affaissa, mais l'hémorragie externe continua pendant plus de 24 heures, au grand affolement de tout l'entourage.

Pendant toute son enfance, il faisait avec une extrême facilité, après des heurts, des coups même très légers, des ecchymoses sous-cutanées parfois extrêmement étendues. A plusieurs reprises il présenta des saignements prolongés à la suite de plaies ou de coupures tout à fait superficielles. Il se souvient d'avoir dû tenir toute une matinée, comprimé par l'autre main, le bout d'un doigt, à l'extrémité duquel il avait arraché une petite pellicule péri-unguéale, ce que vulgairement on appelle une envie.

Au moment de l'adolescence apparurent des épistaxis, abondantes, tenaces, persistantes. Le dernier saignement de nez fut mémorable. Il se produisit lors de la rédaction de la composition de philosophie au baccalauréat, et obligea le malade à interrompre son épreuve.

S'il n'eut plus dans la suite d'autres épistaxis, ce pauvre garçon continua à souffrir sans cesse d'accidents hémorragiques divers.

Il ne pouvait se raser sans que la moindre égratignure, un simple arrachement de poil déterminassent un saignement qui persistait une partie de la journée. Chaque « barbe » lui coûtait 3 faux-cols, disait-il, car il tenait à être correct, et ne pouvait porter ses cols tachés de sang. A plusieurs reprises, obsédé par ces hémorragies, il laissa pousser sa barbe.

Il dut cesser également tout soin de propreté de la bouche. L'usage de la brosse à dents provoquait immédiatement un saignement intarissable des gencives. Aussi ses dents étaient-elles en déplorable état. Et il ne pouvait ni les faire soigner, ni — encore moins — les faire arracher, aucun dentiste ne se souciant de le traiter, en raison de son hémophilie.

Enfin il eut à plusieurs reprises des hémorragies intestinales manifestées par des selles sanglantes et du mélæna. Par trois fois il a présenté des hématuries durables, certainement d'origine rénale, car elles étaient accompagnées d'un syndrome douloureux à type de coliques néphrétiques, et de l'expulsion de longs caillots, représentant des moules de l'uretère.

Bien entendu, il a toujours conservé depuis son enfance la propension à faire des ecchymoses sous-cutanées à la moindre contusion. Il ne peut s'asseoir brusquement sur un siège un peu dur, s'appuyer sur la barre d'appui de l'autobus, sans présenter aux points de pression une vaste ecchymose. Bien souvent il s'est trouvé, en se déshabillant « d'énormes bleus », en apparence spontanés, car il ne se rappelait pas s'être cogné.

En dehors de ces manifestations hémorragiques il a souffert d'autres accidents, qui lui paraissaient bien différents : il a eu « du rhumatisme », des manifestations articulaires.

C'est à 12 ans qu'ont débuté ces arthropathies. Depuis lors, elles n'ont cessé d'apparaître par poussées, trois ou quatre fois par an. Elles ont frappé les coudes, les genoux, les cous-de-pied, les poignets, et une seule fois le pouce gauche. Les autres jointures ont toujours été indemnes.

Il s'agissait parfois de simples douleurs, sans modification physique de l'article, d'arthralgies, comme l'on dit ;

(1) Conférence faite le dimanche 1er mars 1925, à l'hôpital Laënnec.

ou bien l'articulation se trouvait tuméfiée, gonflée, plus ou moins rouge, et l'impotence fonctionnelle était complète.

Les fluxions articulaires évoluaient en général parallèlement aux hémorragies, elles les annonçaient souvent, car elles les précédaient habituellement de quelques jours. Ainsi, l'hématémèse, occasion de ma première visite, avait été précédée d'une tuméfaction douloureuse du coude et du poignet gauches.

Assez souvent, toutefois, les arthralgies et les hémorragies évoluaient indépendamment les unes des autres.

A force de se répéter, toujours sur les mêmes articulations, ces poussées articulaires ont abouti à des déformations des extrémités osseuses, à de l'épaississement des ligaments et de la synoviale, à une ankylose partielle. M. X.. est maladroit de ses mains ; il ne peut se dresser sur la pointe des pieds ; il ne peut complètement étendre ni ses avant-bras sur les bras, ni ses jambes sur les cuisses. La marche, qui n'est possible qu'avec une canne, est pénible et fatigante.

L'examen somatique n'ajoutait rien d'intéressant à cette anamnèse, si instructive. J'ai vu le sang rouge de l'hématémèse, la masse noire goudronneuse du mélæna. Il y avait incontestablement une hémorragie gastrique.

J'ai constaté la tuméfaction et la demi-ankylose des genoux, des poignets, des coudes et des cous-de-pied.

Le diagnostic d'accidents hémorragiques gastriques d'origine hémophilique, chez un individu atteint d'arthropathies hémophiliques, s'imposait. J'ai appliqué le traitement convenable. En une quinzaine de jours le malade était rétabli.

J'ai pu suivre ensuite cet homme pendant 4 ans, en collaboration avec le docteur Emile Baudouin. Il a fait sous nos yeux une série d'accidents.

En 1921 il a eu une nouvelle hématurie rénale, avec douleurs vives néphrétiques.

En 1922, un énorme hématome spontané a, un beau matin, infiltré sa langue, au point d'en tripler au moins le volume. La bouche était entièrement obstruée, impossible à fermer ; la langue, violacée, presque noire, ulcérée et presque sphacélée contre les chicots dentaires, laissant suinter une sanie sanglante, faisait hernie à travers l'orifice buccal. On pouvait craindre l'asphyxie. Il était impossible de songer à faire absorber de la nourriture. Malgré l'apparente gravité de cette complication, tout est rentré dans l'ordre en quelques jours.

Enfin en 1924, le 14 mars, une hématurie rénale survint encore, avec crise douloureuse néphrétique gauche. Une piqûre de morphine fut nécessaire.

Toutes ces hémorrhagies viscérales sont apparues sans cause. Dans l'intervalle, il y eut, naturellement, de nombreuses hémorragies provoquées accidentelles, des ecchymoses, des poussées articulaires, toutes manifestations pour lesquelles le malade jugeait inutile de nous appeler, habitué qu'il était à les voir survenir et à les traiter. Il connaissait, en effet, à fond sa maladie, avait lu tous les traités qui la concernaient. Il savait toute la gravité de son état et se montrait très fier d'avoir atteint 39 ans. Il attendait — en la redoutant — l'hémorragie qui devait le conduire au tombeau.

Elle devait se produire le 3 avril 1924 ! quelques jours après la terminaison de sa dernière hématurie.

Ce matin-là, au réveil, il se sentit mal à l'aise, tout étourdi, et éprouva le besoin impérieux d'aller à la selle. Il fut effrayé — mais non surpris — de voir le seau plein de sang rouge, liquide, non coagulé, absolument pur, sans matières fécales.

Dans la journée, il eut de nombreuses évacuations rectales, toutes de sang pur, contenant cette fois quelques caillots.

M. Baudouin jugeant la situation grave, et redoutant une issue fatale, nous voyons ensemble le malade à 4 heures de l'après-midi. Il est blafard, couvert de sueurs froides. Il se sent prêt à s'évanouir. Son pouls très rapide est à peine perceptible. Le sang qu'il a perdu est presque complètement fluide. Nous en mesurons un litre 1/2. La situation nous paraît désespérée.

Vers 10 heures du soir, cependant, l'état du malade paraît meilleur. On dirait que nos injections de sérum de cheval (hémostyl), d'anthèma (sérum-sérique de Dufour et Le Hello) d'adrénaline et d'huile camphrée ont réussi à rétablir la situation. Il y a bien eu encore deux selles sanglantes, mais elles sont peu abondantes. Le pouls est mieux frappé, la tendance lipothymique moins accentuée.

Il ne s'agissait malheureusement que d'une accalmie trompeuse. A 3 heures du matin, l'affaiblissement refait des progrès, le collapsus semble imminent et, quelques instants plus tard, une syncope termine le martyre de M. X., tandis qu'il évacue sur le bassin une nouvelle garde-robe sanglante de trois quarts de litre.

L'histoire de cet hémophile est complète, et par là très instructive. Son héros nous fournit un exemple des principales manifestations hémorragiques susceptibles de se produire au cours de l'hémophilie, comme vous allez l'entendre maintenant en écoutant les caractères principaux de cette diathèse hémorragique.

Historique

L'hémophilie semble avoir toujours existé. On en trouve d'après CARRIÈRE, pour la première fois mention dans les écrits d'un médecin arabe du nom d'ALSA-HARZAVI, mort à Cordoue en 1107. Cet auteur rapporte, d'après des récits recueillis au cours de ses voyages, le cas d'enfants qui, ayant frotté leurs gencives avec leurs mains, auraient ainsi provoqué des hémorragies intarissables, suivies de mort.

En réalité, cet état morbide n'a commencé à être réellement bien étudié qu'au 19e siècle. LEBERT, le premier, donne en France (en 1837) la relation détaillée de huit cas d'hémorragies constitutionnelles, qui se rapportent à l'hémophilie. WICKLHAM LEGG publie en Angleterre, en 1872, un « Traité de l'hémophilie »

Plus tard, HAYEM, KLIPPEL et LHERMITTE commencent des recherches sur les lésions du sang et les troubles de la coagulabilité sanguine au cours de cette affection.

Parmi les travaux modernes les plus intéressants sur cette diathèse il faut citer les importants et remarquables rapports de G. CARRIÈRE (de Lille) et de MARCEL LABBÉ au Congrès de Médecine de 1907 ; les études pathogéniques et thérapeutiques de SAHLI, de NOLF et de PROSPER-EMILE WEIL.

Etiologie

L'hémophilie est une maladie rare.

Elle se présente sous deux grands types :

1° *L'hémophilie familiale et héréditaire*, la plus fréquente.

2° *L'hémophilie acquise ou sporadique*, beaucoup plus rare. Il est possible même que bien des cas étiquetés sporadiques relèvent en réalité de l'hémophilie familiale, car la maladie, comme nous allons le voir, peut, dans sa forme héréditaire, sauter 1, 2 ou même 3 générations. Dans ces conditions les antécédents risquent fort d'être inconnus.

Causes prédisposantes

A) *Hémophilie familiale.*

Parmi les causes prédisposant à l'hémophilie, l'*hérédité* joue donc le rôle le plus important. Elle intervient sûrement dans 50 pour 100 des cas, chiffre certainement inférieur à la normale pour les raisons que je viens de vous exposer.

Il y a des *familles*, dans lesquelles l'hémophilie se transmet de génération à génération. La plus connue est la fameuse *famille Mampel*, partout citée, et bien étudiée par LOSSEN, pendant quatre générations. Elle comprenait, dans ce laps de temps, 111 mâles dont 37 étaient hémophiles (33 %) : toutes les femmes étaient indemnes. De l'examen d'un certain nombre de familles d'hémophiles, analogues à la famille Mampel, on a pu tirer les lois de transmission héréditaire de l'hémophilie. Les voici :

1° L'hémophilie est transmissible de génération en génération ;

2° La transmission peut sauter une, deux, et même trois générations ;

3° La transmission se fait aux garçons, exceptionnellement aux filles ;

4° Ce sont surtout les femmes de souche hémophile, saines elles-mêmes, qui transmettent l'hémophilie.

Le *sexe* a donc une grande influence prédisposante. Les hémophiles appartiennent presque tous au sexe masculin. Les femmes sont beaucoup plus rarement frappées, dans la proportion de une femme pour 10 hommes.

L'hémophilie serait plus fréquente dans les pays septentrionaux, en particulier dans *les races anglo-saxonnes*, en Angleterre et surtout en Allemagne. On a dit aussi que la race juive y était particulièrement prédisposée. Tous ces faits ne sont pas absolument certains, et sont encore discutés. Il semble établi par contre que l'hémophile est plutôt rare, et qu'elle guérit même parfois, u au moins s'atténue dans les climats chauds.

B) *Hémophilie acquise.*

Telles sont les conditions qui président au développement de l'hémophilie héréditaire et familiale. Quant aux causes qui déterminent l'hémophilie sporadique ou y prédisposent, on peut dire qu'elles nous sont encore complètement inconnues.

Parmi les antécédents héréditaires de ces malades on a trouvé : tantôt de l'arthritisme, tantôt de la névropathie, de la tuberculose, de la syphilis, de la cholémie, et tour à tour on a considéré cette hémophilie sporadique comme une manifestation du neuro-arthritisme, de la tuberculose héréditaire, de l'hérédo-syphilis (CARRIÈRE), de la cholémie familiale (GILBERT et LEREBOULLET).

On a incriminé, parce qu'ils existaient dans les antécédents des malades, la scrofule, le rhumatisme articulaire aigu, les maladies infectieuses de l'enfance (rougeole, coqueluche, scarlatine), la dyspepsie. Le rôle de tous ces antécédents est loin d'être prouvé. Ils sont tellement banaux, qu'il est peu de sujets chez lesquels on ne les retrouve.

Pour en revenir à notre malade, son anamnèse permettait de le classer dans l'hémophilie familiale et héréditaire, la plus fréquente et celle que nous prendrons comme type de description.

On retrouve, en effet, dans ses ascendants — et bien entendu exclusivement dans ses ascendants du côté maternel — des antécédents hémorragiques.

La sœur de sa mère — sa tante — a eu un fils, mort à 18 ans d'hémorragie gastrique incoercible.

Un oncle de sa mère a succombé à des hémorragies.

Fait bien digne de remarque, cet homme a une sœur, non hémophile suivant la règle, qui s'est mariée en 1921, malgré mes avertissements au sujet des dangers qu'elle faisait courir à sa descendance mâle. Elle a eu déjà deux garçons ; elle est encore enceinte à l'heure actuelle. Elle justifie donc la règle établie, que les femmes des familles d'hémophiles sont particulièrement fécondes. En tout cas, elle ne fait malheureusement pas exception à la loi qui la condamnait à transmettre la maladie à ses fils ! Le premier de ses enfants est mort d'hémorragie intestinale trois jours après sa naissance. Le second est mort en naissant d'hémorragie méningée. Il est vrai que l'accouchement avait été laborieux, et avait nécessité une application de forceps.

Le caractère familial de l'hémophilie de notre homme est donc bien prouvé, puisque deux membres de sa génération — lui et son cousin — ont été atteints et sont morts d'hémophilie, tandis que nous retrouvons des antécédents hémorragiques dans une génération précédente et des hémorragies dans celle qui suit la sienne.

Symptômes

A) DÉBUT

L'hémophilie familiale étant une maladie congénitale, son début est le plus souvent précoce.

Elle apparaît quelquefois dès les premiers jours de la vie, souvent au moment de la chute du cordon ombilical.

Dans la majorité des cas cependant, comme ici, elle ne se manifeste que plus tard, à l'occasion des premiers pas, alors que l'enfant commence à prendre réellement et activement contact avec le monde extérieur. Dans 50 pour 100 des cas, c'est au cours de la première année que se montre la tendance aux hémorragies, plus rarement après l'âge de 3 ans, exceptionnellement après l'âge de 10 ans. Lorsqu'elle n'apparaît que dans la moyenne ou la grande enfance, ou au moment de l'adolescence, c'est généralement à l'occasion de la chute des dents de lait, ou d'une blessure accidentelle, ou d'une intervention chirurgicale, ou encore de l'ablation des amygdales, ou de l'avulsion d'une dent, qu'elle se révèle.

Ce début dans l'enfance, joint à ce fait, que je vous dirai tout à l'heure, que peu d'hémophiles dépassent 20 ans, vous explique pourquoi l'hémophilie, qu'on peut voir chez l'adulte — notre malade en est un exemple, — est surtout une maladie infantile, et intéresse tout spécialement les pédiâtres.

B) PÉRIODE D'ÉTAT

A la période d'état, le symptôme cardinal de cette affection est la *tendance aux hémorragies spontanées ou provoquées*. Contrairement à ce qui se passe pour les purpuras, *ce sont les hémorragies provoquées qui constituent le signe capital de l'hémophilie*, les hémorragies spontanées restent au second plan.

Il n'est d'ailleurs pas facile de dire toujours si une hémorragie dite spontanée l'est bien réllement, tant peuvent être minimes, insignifiants, les traumatismes susceptibles de provoquer des hémorragies chez les hémophiles. Rien d'étonnant dans ces conditions à ce qu'ils passent inaperçus, et fassent croire à l'origine spontanée d'un saignement, en réalité provoqué.

Les hémorragies

a) LEURS CARACTÈRES COMMUNS.

Les hémorragies des hémophiles ont trois caractères

principaux ; elles sont : 1° *provoquées* ; 2° *durables et incoercibles* ; 3° *récidivantes*. Nous retrouverons ces caractères dans presque tous les cas, quel que soit le siège de l'hémorragie ; ils sont cependant surtout remarquables pour les hémorragies externes qui se font au niveau de la peau ou des muqueuses superficielles.

Les autres hémorragies profondes ou sous-cutanées, ou intra-articulaires sont souvent spontanées, au moins en apparence.

b) Leurs différentes formes.

1° *Hémorragies externes (peau et muqueuses)*.

Les hémorragies externes sont parmi les plus fréquentes. Elles sont les plus intéressantes et les plus caractéristiques. Elles peuvent être tellement durables qu'elles sont parfois mortelles. On les observe au niveau de la peau, ou au niveau des muqueuses superficielles (du nez, de la bouche, des organes génitaux externes).

a) Les *hémorragies cutanées* succèdent à une plaie accidentelle ou opératoire, à la pose de ventouses scarifiées, à la vaccination, à une simple écorchure, à un grattage, à l'ablation d'une croûte cicatricielle... Je vous rappelle que la chute du cordon ombilical peut entraîner une hémorragie habituellement mortelle en raison de sa persistance et de la faible résistance du nourrisson à cet âge.

Le caractère du saignement cutané chez les hémophiles n'a rien de spécial ; le sang s'écoule en nappe, en bavant, mais il est impossible d'en tarir la source.

Notre malade avait de ces hémorragies cutanées : rappelez-vous les trois faux-cols quotidiens, conséquence des feux du rasoir sur la région barbue du cou, et le saignement consécutif à l'arrachement de la pellicule épidermique péri-unguéale !

b) Les *hémorragies au niveau des muqueuses superficielles* sont généralement traumatiques.

Au niveau du nez, où elles sont particulièrement fréquentes, elles sont provoquées aussi quelquefois par de la toux, un effort, un éternuement, etc. Les épistaxis des hémophiles sont des épistaxis abondantes, à tamponnement pourrait-on dire, si cela ne portait faussement à croire que le tamponnement est capable de les arrêter, ce qui n'est malheureusement pas habituel. Elles sont fréquentes, récidivantes et graves. Notre homme en avait eu de nombreuses. L'une d'elles l'avait empêché, vous ne l'avez pas oublié, d'obtenir son baccalauréat de philosophie.

Les *hémorragies buccales et gingivales* s'observent souvent. Elles peuvent être produites, comme chez notre sujet, par le simple brossage des dents ; elles sont favorisées par la carie dentaire. Elles succèdent quelquefois à l'extraction d'une dent. On peut en rapprocher les hémorragies bucco-pharyngées consécutives à l'ablation de végétations adénoïdes.

La morsure accidentelle de la langue, si fréquente chez les enfants, et anodine dans la plupart des cas, est redoutable chez les hémophiles, et, dans une statistique de Carrière, on trouve 7 observations dans lesquelles elle a entraîné la mort.

L'hémophilie est responsable encore *d'hémorragies prolongées au niveau des muqueuses génitales externes* : chez le petit garçon à l'occasion de la circoncision ; chez la femme à l'occasion de la défloration. Wachsmuth a relaté l'histoire d'une jeune hémophile morte d'une hémorragie provoquée par la rupture de l'hymen le soir de ses noces.

2) *Hémorragies dans une cavité organique (estomac, intestin)*.

Les hémorragies des hémophiles se produisent quelquefois dans une cavité organique profonde, en communication avec le dehors. Elles s'extériorisent donc secondairement.

Dans ce groupe on peut ranger les *hématémèses, les hémorragies intestinales*, fréquentes chez les nourrissons, *les hématuries* qui peuvent tenir à une hémorragie rénale ou à une hémorragie vésicale. On considère aujourd'hui que l'ancienne *hématurie essentielle* d'Albarran et d'Israel est le plus souvent une hématurie hémophilique.

Toutes ces hémorragies sont relativement rares au cours de la vie brève des hémophiles. Notre malade a cependant présenté chacune d'elles une ou plusieurs fois.

Il n'a pas eu d'*hémoptysies*, et ce n'est pas étonnant, car le rejet du sang par les voies aériennes est tout à fait exceptionnel chez les hémophiles. Quand il se produit, il n'est pas toujours dû à un saignement pulmonaire ou bronchique, il peut encore venir de la trachée ou des bronches.

Les *hémorragies utérines, les métrorragies*, constituent une des manifestations les plus habituelles — souvent presque la seule — de l'hémophilie féminine. Chez les femmes hémophiles les premières règles sont habituellement précoces. Les menstrues se font ensuite remarquer par leur abondance au-dessus de la moyenne.

Mais les véritables *hémorragies utérines graves* des hémophiles s'observent surtout *au moment de la délivrance*, après *un accouchement* ou à l'occasion *d'un avortement*, fréquent chez de telles malades. On a vu que 50 p. 100 des femmes hémophiles présentaient des hémorragies graves de la délivrance, suivies de mort dans 6 à 7 pour 100 des cas.

3) *Hémorragies sous cutanées ou sous-muqueuses.*

Les hémorragies sous-cutanées ou sous-muqueuses prennent l'aspect *d'ecchymoses*, très exceptionnellement celui de pétéchies (les pétéchies sont, avec les vibices, plutôt le fait des purpuras.)

Ces ecchymoses, qui ont la couleur et les caractères habituels de toutes les ecchymoses, vont du violet foncé au jaune clair en passant par le vert et s'effacent en 15 à 20 jours. Elles peuvent être spontanées ; elles sont généralement provoquées (dans 62 °/₀ des cas), et sont alors considérables. Ce sont des *ecchymoses de pression*, signe capital sur lequel Carrière a insisté ; un pincement léger, le recul d'un fusil, le fait de s'asseoir un peu brutalement sur un siège dur, de porter un fardeau sur les épaules, la simple pression digitale quelquefois, suffisent pour les faire apparaître au point touché.

Un hématome frontal avait montré le début apparent de la maladie de notre client ; il faisait, pendant toute sa vie, des ecchymoses avec une telle facilité qu'il n'en retrouvait pas toujours la cause.

4) *Hémorragies profondes, viscérales.*

Les hémorragies profondes des hémophiles constituent des hématomes.

a) Ils se forment parfois *dans des viscères. Dans le foie, les poumons*, ils ne donnent lieu à aucune manifestation clinique et sont fréquemment des découvertes d'autopsie. Au contraire quand ils se localisent au *niveau du cerveau de la choroïde, du labyrinthe* .., ce qui est rare, ils déterminent des troubles fonctionnels de la plus haute gravité, tel qu'une hémiplégie, de l'amaurose, du vertige de Ménière.

b) Le sang se collecte parfois *dans le tissu cellulaire*. Ainsi les hémorragies interstitielles peuvent infiltrer *le tissu périrénal, le tissu cellulo-graisseux de l'orbite*, produi-

sant de l'exophtalmie, *le tissu interstitiel des cordes vocales*, déterminant de l'enrouement et de l'aphonie.

c) Mais c'est surtout *dans les muscles* qu'on voit, chez les hémophiles, de vastes hématomes.

La *langue* en est souvent le siège. Comme dans notre cas, la langue devient tout d'un coup, énorme, dure et noire ; elle gêne, par son volume, la respiration, la mastication, la déglutition. Elle produit de tels troubles que la question peut se poser d'une intervention d'urgence, d'une trachéotomie par exemple.

MM. Legueu, Mouchet, ont observé des hématomes dans *les masses sacro-lombaires*, dans *les muscles fessiers*.

La localisation le plus souvent signalée de l'hématome musculaire des hémophiles est celle qui se produit au *niveau du psoas*.

Tous ces hématomes sont peu douloureux en général. Ils peuvent cependant être sensibles à la pression, donner de la crépitation sanguine particulière à la palpation. Ils sont parfois l'occasion de crises douloureuses très violentes quand le muscle, par suite de son volume triplé par l'hématome, comprime les nerfs voisins. C'est ce qui arrive pour le crural, quand le psoas est frappé. Il y a dans la cuisse d'atroces douleurs, et souvent, dans la suite, on note de l'abolition du réflexe rotulien.

5) *Hémorragies intra-articulaires, arthropathies hémophiliques.*

Les hémorragies des hémophiles peuvent enfin se faire dans les cavités articulaires, donnant naissance à ce que l'on appelle les arthropathies hémophiliques, et ce que les malades — comme le nôtre — qualifient habituellement de rhumatisme.

Ces arthropathies sont extrêmement fréquentes, tout à fait caractéristiques, elles constituent un symptôme de premier ordre de l'hémophilie familiale.

Elles ont été bien étudiées : en Allemagne par Kœnig, en 1891 ; en France par Meynet, de Lyon, en 1896. Elles ont fait plus tard l'objet d'un excellent travail de Pierre Cruet, lui-même hémophile, et qui a succombé quelque temps plus tard à des hémorragies dues à sa diathèse.

Il faut distinguer, avec Cruet, deux variétés d'arthropathies chez les hémophiles.

1) Il y a d'abord les *arthropathies provoquées*, qui succèdent à un violent traumatisme, à une entorse, à une fracture juxta-articulaire. Ce sont là des arthrites traumatiques banales, qui présentent seulement ce caractère particulier de s'accompagner d'un épanchement sanguin intraarticulaire énorme en raison de l'hémophilie du sujet.

2) Il y a ensuite des *arthropathies spontanées*, qui sont les vraies arthropathies hémophiliques, qui peuvent coïncider avec les hémorragies externes ou sous-cutanées, ou leur succéder. Elles sont quelquefois la première manifestation, et pendant un temps, l'unique manifestation, de la diathèse hémophilique.

Les arthropathies hémophiliques.

Elles apparaissent d'habitude entre 3 et 10 ans, elles durent jusque vers la 15e année et cessent très souvent au moment de la puberté. On conçoit aisément que la période de croissance, qui favorise la congestion des épiphyses, prédispose aux poussées hémorragiques dans les articulations.

Elles seraient, d'après Cruet, plus fréquentes en été qu'en hiver.

Elles se localisent surtout sur les grosses articulations. Elles frappent par ordre de fréquence : les genoux, les coudes, les chevilles, puis les hanches, les épaules, les poignets, les doigts, les orteils.

Elles se présentent sous plusieurs types, dont Kœnig puis Meynet ont donné une classification personnelle, plus ou moins classique.

A) Cliniquement, d'après Cruet, la forme le plus souvent observée (56 % des cas) serait l'hémarthrose simple.

a) *Légère*, cette hémarthrose ne se traduit que par une simple gêne, un peu de pesanteur de la jointure atteinte. Les mouvements sont possibles, mais un peu douloureux Les signes physiques sont à peu près nuls. Cette poussée fluxionnaire légère dure 24 à 48 heures, et guérit ensuite complètement.

b) A un degré de plus, l'hémarthrose, *bénigne mais non douloureuse* (Cruet), donne lieu à une sensation de tension articulaire limitant d'une façon marquée les mouvements. L'article est gonflé, les culs-de-sac sont nettement dessinés ; s'ils sont superficiels, comme au coude par exemple, ils sont renitents à la palpation. Il n'y a ni rougeur, ni ecchymose, mais la chaleur locale est manifestement augmentée. Au bout de 6 à 8 jours, cette forme d'arthropathie disparaît sans laisser de traces.

c) L'hémarthrose *grave et douloureuse* passe en 6 à 12 heures par les deux phases précédentes. Ensuite, l'articulation tuméfiée, tendue, devient le siège de douleurs pongitives continues, réveillées par les mouvements même légers, et par la palpation. Il existe de l'anorexie, de l'insomnie, de la fièvre. Bien souvent une injection de morphine devient nécessaire. L'impotence fonctionnelle est absolue. L'articulation est immobilisée en demi-flexion, ses culs-de-sac sont saillants et douloureux. On perçoit à leur niveau, parfois, de la crépitation neigeuse. Autour de la jointure il existe déjà de l'atrophie musculaire.

La durée de cette hémarthrose est de 8 à 15 jours ; elle régresse ensuite lentement et met encore une dizaine de jours à guérir, soit par restitution intégrale, soit avec atrophie musculaire.

Cette forme crée malheureusement une prédisposition morbide locale, et, l'arthropathie hémophilique se faisant par poussées, c'est toujours sur la jointure déjà frappée que se feront les nouvelles fluxions. « Chaque hémophile, disait Cruet, a son articulation fragile. »

B. Le résultat de ces récidives toujours au même point aboutit à la constitution de l'hémarthrite chronique récidivante. On voit tous les ans, tous les mois, ou plus souvent encore, se produire des attaques répétées qui finissent par tuméfier et par déformer la jointure ; on perçoit un empâtement fongoïde des culs-de-sac, des craquements articulaires ; on remarque de la limitation des mouvements, de l'atrophie musculaire. Il y a là un état d'arthrite subaiguë, auquel Meynet donnait le nom représentatif de « *pseudo-tumeur blanche hémophilique*.

C. Après 10, 15 ou 20 attaques d'hémarthrite, l'articulation, qui s'empâte chaque fois davantage, en arrive à l'ankylose plus ou moins complète. Ainsi cette forme chronique passe bien par les trois phases que Kœnig attribuait aux arthropathies hémophiliques, phases : 1° d'hémarthrose simple ; 2° d'arthrite chronique ; 3° d'ankylose. Mais il faut bien savoir que la plupart des arthropathies de l'hémophilie ne dépassent pas le stade d'hémarthrose. La classification de Kœnig laisserait supposer que les trois stades sont fréquents et obligatoires.

Vous vous rappelez que notre sujet en était arrivé au stade d'hémarthrite récidivante avec ankylose commençante.

En dehors des hémorragies et des arthropathies, il n'existe chez l'hémophile aucun autre caractère clinique

particulier. L'examen des viscères, l'analyse des urines, ne fournissent aucune donnée intéressante.

L'examen du sang

Il n'en est pas de même de l'examen du sang, qu'il est indispensable de pratiquer dès qu'on soupçonne la possibilité de l'hémophilie. Les caractères hématologiques de l'hémophilie sont en effet très spéciaux, et seuls, dans des cas douteux, ils permettent de certifier le diagnostic.

1) L'*examen cytologique du sang* est cependant peu instructif.

Le *nombre des hématies*, absolument normales d'ailleurs, est en rapport avec l'état d'anémie du malade et la plus ou moins grande abondance de ses pertes sanguines.

Les *leucocytes* sont 6 à 8.000 par millimètre cube, comme à l'état normal ; leur nombre est toutefois assez souvent plutôt bas. La formule sanguine est presque normale avec une certaine tendance à de la mononucléose relative, à de la lymphocytose (SAHLI).

Les *hématoblastes* sont 2 à 300.000 par millimètre cube, chiffre normal.

2) Ce qu'il y a de remarquable chez les hémophiles, ce qu'il faut rechercher chez eux, ce sont les *gros troubles de la coagulation sanguine* signalés par GRANDIDIER, LOSSEN, HAYEM, LENOBLE, SAHLI et bien étudiés par PROSPER-EMILE WEIL.

Pour les rechercher on prélève du sang au bout du doigt, ou mieux par ponction veineuse, opération sans danger d'hémorragie chez les hémophiles, comme l'a montré P.-E. WEIL. Le sang retiré directement de la veine coagule plus lentement encore que celui que l'on prélève par piqûre au bout du doigt, et le trouble, s'il est léger, risque moins de passer inaperçu.

Sur ce sang retiré de la veine et mis à coaguler dans des petits tubes de verre, voici les caractères principaux que l'on peut remarquer en ce qui concerne la coagulation.

a) Il existe un *retard extrême de la coagulation*, qui, au lieu de se faire en une dizaine de minutes, chiffre normal, n'est complète qu'au bout de 30, 45 minutes à plusieurs heures, et même 12 heures.

b) Par suite de ce retard de la coagulation, les hématies par leur poids ont le temps de tomber au fond du tube ; il y a *sédimentation des hématies*.

c) *La coagulation* — quand elle se fait — *prend le type plasmatique*, c'est-à-dire qu'elle commence lentement par la partie supérieure jaunâtre, couenneuse du sang sédimenté et, s'étend ensuite brusquement à la partie inférieure, rouge et cruorique.

d) Enfin, le *caillot est rétractile*, plus dans sa partie supérieure que dans sa partie inférieure, NOLF prétend que cette rétractilité classique du caillot des hémophiles est inconstante, il l'a vue manquer deux fois sur trois. Pour P.-E. WEIL, seul le caillot blanc serait rétractile.

e) On complète généralement l'examen du sang d'un sujet atteint de diathèse hémorragique par la recherche de deux épreuves particulières : l'épreuve du lacet, et la détermination du temps de saignement.

e) *La détermination du temps de saignement*, de DUKE, se recherche de la manière suivante : on fait au niveau du lobule de l'oreille une petite incision très superficielle de deux millimètres. Avec du papier buvard on étanche de demi en demi-minute la goutte de sang qui sourd, jusqu'à ce que le saignement cesse. A l'état normal, le sang ne coule plus au bout de trois minutes ; on a obtenu au total 6 taches. Dans certains purpuras le temps de saignement est considérablement augmenté. On s'attendrait à le trouver indéfini dans l'hémophilie. Eh bien ! fait paradoxal en apparence, il est dans cette maladie *parfaitement normal*. Si l'hémophilie est donc hématologiquement caractérisée par un retard considérable de la coagulation *in vitro*, la coagulabilité sanguine *in situ* ne paraît pas modifiée.

f) L'*épreuve du lacet*, proposé par GLEDINI, bien étudiée et vulgarisée par le prof. WEILL (de Lyon), consiste, en présence d'un état hémorragique, à placer pendant quelques instants un garrot en caoutchouc au niveau du bras. Quand le signe est positif, comme dans les purpuras et dans l'hémogénie, on voit se produire à l'extrémité distale du membre, au-dessous du lien, des taches purpuriques. Dans l'hémophilie, *ce signe du lacet est négatif*, c'est-à-dire qu'il ne fait apparaître aucune pétéchie ni aucune ecchymose.

Le signe hématologique le plus constant de l'hémophilie, c'est donc le retard extrême de la coagulation sanguine *in vitro*. Il est bon de remarquer que ce retard varie suivant l'endroit où a été prélevé le sang : il est plus marqué si le sang provient d'une ponction veineuse que s'il a été directement retiré d'une plaie cutanée. Il est variable aussi chez un même malade suivant les moments. Ainsi, pendant les périodes d'hémorragie (encore un fait paradoxal !) ou immédiatement après elles le sang peut coaguler d'une façon sensiblement normale (SAHLI, NOLF).

Toutes ces recherches sur le sang n'ont pu être faites chez notre malade. Il se refusait absolument à se laisser prendre du sang. Il ne voyait pas de quel intérêt pratique pour lui seraient les résultats obtenus, tant lui paraissait évidente de par la clinique, l'existence de l'hémophilie familiale chez lui. Il n'avait pas tort !

Diagnostic

A) DE L'HÉMOPHILIE

1) Il est certain que dans les conditions où se présentait sa maladie : congénitale, héréditaire et familiale, avec son cortège de manifestations hémorragiques spontanées ou provoquées, cutanées, muqueuses, sous-cutanées, viscérales, musculaires, articulaires, aucune hésitation n'était permise ; le diagnostic d'hémophilie ne faisait aucun doute. C'est une éventualité qui se présente assez souvent dans la pratique.

Il en va toutefois autrement dans un certain nombre de cas, et l'hémophilie fait assez souvent l'objet de discussions diagnostiques.

2) Voilà un individu qui présente des hémorragies gingivales, quelques ecchymoses sous-cutanées : il n'a pas eu encore d'hémorragies externes incoercibles... Ne penserez-vous pas devant l'état fongueux et saignant de ses gencives plutôt au *scorbut* ou à la *leucémie aiguë* qu'à l'hémophilie ? Il est vrai que le scorbut, maladie par carence, par manque d'aliments frais, se présente dans des conditions étiologiques très spéciales, que la stomatite hémorragique en est le signe dominant, que les hémorragies apparaissent après une longue période de troubles. La leucémie aiguë est une affection fébrile, elle s'accompagne non seulement d'hémorragies et d'un état pseudo-scorbutique de la bouche, mais encore d'adénopathies multiples à prédominance cervicale, d'hépato- et de splénomégalie, d'une leucocytose progressive avec mononucléose d'un type spécial.

3) Supposez maintenant que vous soyez appelés auprès d'un enfant qui a des ecchymoses nombreuses sous-cu-

tanées, des épistaxis. Avant de conclure à l'hémophilie il vous faudra éliminer le *purpura hémorragique* connu sous le nom de *maladie de Wherlof*, qui se développe tout à coup, chez un enfant, sans aucun antécédent d'hémorragies et dans lequel prédominent d'ailleurs les ecchymoses.

4) Dans les mêmes conditions, chez l'adulte ou l'adolescent, vous aurez à discuter les *purpuras hémorragiques*.

5) Chez une femme, qui présente quelques rares ecchymoses et principalement des hémorragies utérines, menstruelles ou puerpérales, il sera bien difficile de savoir si vous êtes en présence d'une hémophilie discrète ou de cette forme de purpura que P.-E. Weill a eu le mérite d'isoler sous le nom d'*hémogénie*.

Dans tous ces cas, le diagnostic entre un purpura et l'hémophilie étant difficile à établir par la clinique seule, l'examen du sang s'imposera. Vous en connaissez les résultats en cas d'hémophilie. Les caractères hématologiques des purpuras sont diamétralement opposés : la coagulation se fait en un temps normal et sous le type habituel ; le caillot est irrétractile (ce qui marche de pair avec la rareté des hématoblastes) ; le temps de saignement est prolongé ; le signe du lacet est positif.

Ne croyez pas cependant que le laboratoire tranchera toujours la question. Il existe en pathologie humaine, à côté des types de maladie nettement différenciés, des cas intermédiaires, des formes de transition. C'est ce qui arrive dans les états hémorragiques. Il est possible aussi qu'il y ait des associations morbides, qu'un purpura se développe chez un hémophile, ou, inversement, qu'une hémophilie sporadique vienne se greffer sur un état purpurique ou hémogénique. En face de ces cas, il est impossible de conclure d'une façon ferme et de ranger la maladie dans un cadre donné : ce serait d'ailleurs aller à l'encontre de la vérité.

6) Nous n'en avons pas fini cependant avec les difficultés de diagnostic que nous réserve l'hémophilie. Les arthropathies hémophiliques sont fréquemment en effet l'occasion d'erreurs grossières. Cela se produit principalement quand les lésions articulaires sont les seules manifestations de la diathèse. Tardieu rapporte un cas célèbre à propos duquel 15 médecins firent une erreur de diagnostic Chez un enfant en bas-âge, si vous voyez une ou deux articulations, ou même plusieurs, se tuméfier, s'immobiliser, devenir douloureuses, vous penserez sans doute d'abord à la *maladie de Barlow*, et vous méconnaîtrez l'hémophilie. Cependant la maladie de Barlow est, elle aussi, une maladie par carence, un *scorbut infantile* par manque de lait frais et d'aliments frais ; elle guérit facilement et rapidement par adjonction au régime d'aliments riches en vitamines ; elle ne s'accompagne pas d'hémorragies cutanées ou muqueuses ; le sang se coagule normalement.

Plus tard devant des douleurs articulaires localisées, l'idée pourrait venir à l'esprit d'une *ostéomyélite aiguë*. Chez les adolescents et les adultes on a vu souvent les arthropathies hémophiliques prises pour du *rhumatisme articulaire aigu*, du *pseudo-rhumatisme infectieux blennorragique*, de *l'arthrite syphilitique*. L'hémarthrite récidivante a pu être confondue avec un *ostéosarcome* et surtout avec une *arthrite fongueuse tuberculeuse*, *une tumeur blanche*. Je ne puis insister sur toutes ces erreurs de diagnostic ; elles sont facilement évitables si l'on connaît les arthropathies hémophiliques et si l'on pense à elles. Un examen du sang confirme l'existence de la diathèse hémorragique.

7) La recherche du retard de la coagulabilité sanguine est donc de première importance dans bien des cas. Elle seule est encore capable de permettre de dépister l'hémophilie dans les deux circonstances suivantes, souvent rencontrées en pratique : 1° en présence d'une hémorragie accidentelle ou opératoire incoercible trahissant la maladie hémorragipare, jusque là latente ; 2° devant un enfant mâle, de souche hémophilique, jusque-là indemne, alors que sa famille, anxieuse de savoir s'il échappera aux fatales lois de la transmission de l'hémophilie, demande au médecin si, oui ou non, ce garçon est hémophile. En cette dernière occurence vous ne pourrez pour étudier la coagulabilité du sang, prendre du sang dans la veine que si l'enfant est âgé de plus de 2 ans ; plus tôt le prélèvement du sang au doigt vous donne une réponse satisfaisante, à moins que l'hémophilie soit très légère.

8) En terminant ce chapitre de diagnostic, permettez moi de vous dire encore que chez les hémophiles, il faut se mettre en garde contre une autre source possible d'erreurs : c'est de rapporter tous les troubles morbides qu'ils présentent à leur maladie hémorragipare : de croire à une hémorragie méningée alors que le malade est atteint de méningite syphilitique ou tuberculeuse ; de porter le diagnostic d'arthropathie hémophilique en face d'une arthrite gonococcique chez un hémophile. Les hémophiles sont des hommes comme les autres, et ils sont exposés aux mêmes infections que le commun des mortels, nonobstant les accidents spéciaux dus à leurs altérations sanguines.

B. — De la variété d'hémophilie.

Une fois l'hémophilie reconnue, la question se pose de savoir si l'on a affaire : 1° à une hémophilie familiale, 2° à une hémophilie sporadique, 3° à un état hémophilique secondaire. Voici les caractères distinctifs de ces trois variétés.

a) Je ne reviens pas sur ceux de *l'hémophilie familiale*, que nous avons prise comme type de description, et dont notre homme était un remarquable exemple.

b) *L'hémophilie sporadique* acquise apparaît chez un individu dans la famille duquel on ne retrouve aucune trace d'hémophilie. Elle se montre tard, à l'occasion d'un traumatisme, de l'arrachement d'une dent, d'une opération chirurgicale.

Les hémorragies sont rares ; elles sont moins graves que dans l'hémophilie familiale, elles sont toujours provoquées, aussi n'y a t-il jamais d'hémorragies viscérales ou articulaires

Les altérations sanguines seraient différentes de celles de l'hémophilie familiale, d'après M. P.-E. Weil : le sang veineux y est plus fluide ; il coule plus rapidement et plus facilement à travers l'aiguille de ponction veineuse aussi, la sédimentation des hématies y est-elle très rapide, plus rapide que dans l'hémophilie familiale. Le retard de la coagulation, bien moindre, ne dépasse pas 45 minutes.

c) Les *états hémophiliques* sont *secondaires* à des infections, à des intoxications, à des insuffisances fonctionnelles du foie ou des reins.

a) Il est facile de les rattacher à l'infection originelle, quand ils surviennent au cours d'une *forme hémorragique d'une maladie infectieuse* (*variole*, *scarlatine*, *rougeole*, etc).

b) De même, quand la tendance hémophilique et les tro ubessimarqués de la coagulation sanguine se mon-lttnuacours d'une *maladie du sang* comme la *leucémie*,

l'anémie pernicieuse, le *purpura*, est-il aisé de rattacher a cette affection primitive le retard de la coagulation du sang. Nous avons vu que, dans ces conditions, la grosse difficulté est principalement de distinguer, dans l'intrication des troubles hématologiques, ce qui revient à l'hémophilie et aux autres maladies hémorragipares.

c) Devant un état hémophilique dont la cause ne vous paraît pas évidente, rappelez vous toujours que celle-ci peut résider en un état *d'insuffisance hépatique*, et recherchez avec soin les signes qui peuvent le traduire : les modifications physiques du foie, l'ictère ou un état cholémique, l'urobilinurie etc... Souvenez vous également que cet état peut provenir d'une *insuffisance rénale*, et explorez avec soin les fonctions du rein qui peuvent être troublées par une *néphrite chronique* souvent associée à de *l'artério-sclérose* et à de *l'hypertension*.

d) Enfin je vous rappelle que certaines *intoxications*, spécialement celles qui sont dues aux *venins de serpents — de la vipère*, dans notre pays — engendrent assez souvent un état hémophilique. On peut rapprocher de ces faits *l'hémophilie hirudinique*, assez fréquente après l'application de *sangsues* dans un but thérapeutique et qui a été bien étudiée par Lesieur, par Weill et Mouriquand. Cet état hémophilique est déterminé par le passage dans le sang du malade, d'une partie de la sécrétion des glandes salivaires de la sangsue : l'hirudinine, dont les propriétés anticoagulantes *in vitro* sont connues depuis longtemps. Nous en avons vu un bel exemple, tout récemment, dans nos salles : un jeune homme atteint de fluxion de poitrine, et à qui nous avions fait appliquer sur le thorax, *loco dolenti*, six sangsues, a saigné pendant 48 heures, au niveau de chaque morsure, sans que rien pût tarir cet écoulement de sang. Je dois à la vérité de dire, qu'il a parfaitement guéri de sa pneumopathie grave, et que cette hémophilie hirudinique passagère n'a eu aucune influence fâcheuse sur sa convalescence. Néanmoins, en pratique, il est bon de connaître la possibilité de tels faits, le saignement prolongé exerçant toujours une impression profonde sur les malades et leur entourage.

Ce diagnostic de la forme de l'hémophilie en face de laquelle on se trouve à une grosse importance pour fixer le pronostic, comme vous allez le voir.

Pronostic.

Le pronostic de l'hémophilie est, d'une façon générale *toujours grave* : 90 pour 100 des hémophiles ne dépassent pas 20 ans.

Un certain nombre de facteurs interviennent cependant pour atténuer, ou, au contraire, pour accentuer, la gravité de ce pronostic. Ce sont : 1º *l'âge des malades*, car plus l'hémophilie commence de bonne heure, plus elle est redoutable.

2º Le *sexe* : la maladie est plus grave chez l'homme, plus exposé aux traumatismes que la femme ; chez cette dernière, il est vrai, les hémorragies redoutables de la délivrance sont toujours à craindre et assombrissent l'avenir.

3º Le *siège des hémorragies* : les ecchymoses sont moins dangereuses que les hémorragies externes ; parmi ces dernières, les plus inquiétantes sont les hémorragies du cordon, le plus souvent mortelles, et les épistaxis.

4º La *fréquence*, *l'abondance et la répétition des hémorragies*, car il est évident qu'une issue fatale sera tout particulièrement redoutée lorsque les hémorragies seront très abondantes ou qu'elles se reproduiront souvent et à intervalles rapprochés.

5º Incontestablement, une des bases les plus solides sur lesquelles doit reposer le pronostic, c'est la *forme de l'hémophilie*. Dans une certaine mesure les éléments pronostiques précédents en dépendent.

a) L'*hémophilie acquise, sporadique* et les *états hémophiliques* sont moins graves que l'hémophilie familiale. Ils sont mieux influencés aussi par la thérapeutique. Dans les états hémophiliques secondaires, le pronostic dépend généralement beaucoup plus de la maladie causale que de l'état du sang, somme toute contingent et accessoire.

b) L'*hémophilie familiale* est donc la plus redoutable. Encore sa gravité est-elle question d'espèces, et, au point de vue du pronostic qui nous occupe en ce moment, a-t-on l'habitude de distinguer trois types de cette hémophilie.

α) La *forme bénigne*, que P. E. Weil appelle très justement « *la petite hémophilie familiale* » et qui n'est caractérisée, cliniquement, que par quelques ecchymoses intermittentes et quelques hémorragies légèrement prolongées.

Parfois même ces quelques manifestations cliniques n'existent pas, seul l'examen du sang montre le retard de la coagulation sanguine : c'est la *forme latente* de l'hémophilie.

L'*hémophilie des femmes* mérite d'être classée dans cette forme bénigne, car elle est habituellement discrète, et les hémorragies se cantonnent dans la sphère génitale (règles abondantes, avec quelques ecchymoses). Je vous rappelle que, chez la femme, les hémorragies génitales peuvent cependant être graves, et même mortelles, quand elles se produisent au moment de la délivrance à l'occasion d'un accouchement ou d'un avortement, fréquent chez ces sujets.

β) La *forme moyenne* est caractérisée par l'association de saignements au niveau des muqueuses, aux hémorragies externes faciles et prolongées, et aux ecchymoses sous-cutanées. Elle guérit dans certains cas à la puberté.

γ) La *forme grave*, celle de notre malade, commence de très bonne heure et se termine par la mort après une existence dramatique entrecoupée d'accidents d'hémorragies externes profuses, d'épistaxis à tamponnement, d'hématomes, d'hémorragies intestinales, d'hématuries, d'arthropathies, etc.

Terminaison.

La mort est le fait, soit : comme ici, d'une hémorragie externe, ou muqueuse ; soit: d'une anémie pernicieuse, à moins que le sujet ne soit emporté entre temps par une maladie intercurrente, la tuberculose en particulier.

Evolution.

L'évolution de l'hémophilie n'est d'ailleurs pas régulière. La maladie procède par poussées pendant lesquelles les hémorragies se produisent plus facilement et durent davantage, puis tout se calme momentanément pour reparaître ensuite de nouveau. Les reprises de la maladie se font surtout en été et au printemps et cependant les climats chauds semblent favoriser les améliorations. Que de paradoxes dans cette curieuse maladie !

Pathogénie.

Quelle est donc la cause de l'hémophilie ? On ne le sait pas encore au juste. Cependant bien des points sont déjà élucidés, et l'exposition que je vais vous faire de la con-

BIBLIOGRAPHIE

L'adaptation par L. Cuénot, 1 vol. in-16 de 420 pages, avec 82 figures, 20 fr. Gaston Doin et Cie, éditeurs, 8, place de l'Odéon, Paris (6e).

L'adaptation, terme exclusivement vital, désigne l'ajustement, l'appropriation des organismes aux conditions extérieures de l'existence ; elle implique une idée d'utilité ou mieux de convenance. C'est une question des plus difficiles, tant par son étendue, qui embrasse le champ presque entier de la *Biologie*, que par les problèmes de fait et de métaphysique qu'elle soulève : aussi mérite-t-elle d'être traitée à part, et sans parti pris doctrinal.

Au début du livre, l'auteur définit et limite le sujet, en établissant des catégories dans ce qu'on appelle communément des adaptations : accommodation individuelle, acclimatation, adaptation spécifique globale, adaptation des organes à leur fonction, adaptation statistique (terme nouveau se référant aux dispositions fréquentes dans un milieu donné, comme la palmure des vertébrés aquatiques). Mais tout n'est pas rigoureusement adapté ; il y a aussi des organes inutiles, dont les rudimentaires sont un bon exemple, des organes indifférents, mal faits ou excessifs, des propriétés presque nuisibles. Puis vient un exposé critique des théories qui ont cherché à expliquer (lamarckisme, darwinisme) ; si l'on peut comprendre l'adaptation nécessaire et suffisante, mais celle-là seulement, comme le résultat d'une rencontre heureuse (préadaptation), il faut reconnaître la complète insuffisance des tentatives d'explication causale, basées sur la réaction utile des organismes ou la sélection naturelle, quand on les confronte avec des cas concrets comme la genèse de l'œil, de l'alvéole d'Abeille, des coaptations si précises des insectes.

L'ouvrage se termine par un chapitre sur la spécialisation des outils et la déficience troublante des types intermédiaires dans les arbres généalogiques, et par un exposé de la métaphysique de l'adaptation, c'est-à-dire de la position prise, en face de ce problème central de la Biologie, par le finalisme spiritualiste, le mécanisme matérialiste et l'agnosticisme.

Almanach Hachette 1926. — Moderne. Vivant. Varié. Pratique. 3 fr. 95.

Le Théâtre de la rue, par Paul Ginisty. Un bel album in-4° (18×24), de 64 pages de texte et 24 planches de héliotypie, dont une en couleurs, présenté sous portefeuille de luxe. Imprimé sur pur fil Lafuma pour le texte et vélin de Torpes pour les planches. Prix : 50 fr. Relié demi-chagrin, tête dorée, montage sur onglets, 75 fr. Editions Albert Morancé Paris, 30 et 32 rue, de Fleurus, Paris.

A travers les siècles, les spectacles de la rue se sont bien modifiés, encore qu'ils aient à peu près tous gardé la marque de leur origine. Leur histoire valait la peine d'être contée, tant par ce qu'elle contient de variété pittoresque et colorée que par ce qu'elle évoque un genre dont notre époque ne connaît plus, hélas, l'amusante diversité.

Depuis les premiers tréteaux, les montres et cris du Moyen-Age, jusqu'aux fêtes populaires, aux réjouissances publiques du Second Empire, c'est l'évocation de tout un monde d'amuseurs dont les noms, parvenus jusqu'à nous, symbolisent la rue elle-même en c'est l'histout ce qu'elle contient de promesses de vie joyeuse et bruyante : toire des cafés, des boulevards, de ces boulevards, perpétuelle foire dont nul vestige ne demeure, terrain conquis par des gens ingénieux dont l'adresse ou les artifices sollicitaient la curiosité publique.

Cet ouvrage, qui fait partie de la Collection des *Documents et Souvenirs*, retrace avec une verve légère l'intéressante histoire de ces spectacles de la rue sans s'alourdir jamais d'ennuyeuses références. De nombreuses illustrations, choisies parmi les documents collectionnés dans les principaux musées de France, donnent au texte un admirable complément artistique qui ne saurait être trop goûté.

Nul doute que cet ouvrage qui vient s'ajouter à une collection déjà riche en ouvrages de haute valeur rencontre auprès des connaisseurs, des amateurs d'art et des curieux de souvenirs, l'ac ueil que lui méritent ses remarquables qualités documentaireset artistiques.

L'Architecture Religieuse en France à l'Epoque Gothique, par R. de Lasteyrie. — Cet ouvrage posthume, publié par les soins de M. Marcel Aubert, paraîtra en 10 fascicules qui formeront, la publication terminée, deux beaux volumes in-8 colombier, très richement illustrés. Ces deux volumes ne se vendront pas séparément. Prix actuel de la souscription : soit en 10 fascicules à 15 fr. Soit en 2 vol. brochés, livrable à l'achèvement de chacun d'eux, 140 fr. Les fascicules ne se vendent pas isolément. Le prix de l'ouvrage sera majoré à la clôture de la souscription. Le fascicule I vient de paraître. Librairie Picard, 82, rue Bonaparte, Paris.

ception actuelle de la pathogénie de cette affection sanguine est nécessaire pour vous faire comprendre les fondements de la thérapeutique que nous lui opposons.

Données fournies par l'anatomie pathologique

L'anatomie pathologique, malgré des autopsies nombreuses d'hémophiles, ne nous a fourni, jusqu'à présent, aucun renseignement de grande valeur sur la cause intime de l'hémophilie. Il est vrai qu'on n'a guère examiné les organes hématopoiétiques, probablement plus ou moins altérés.

Il est bon de souligner néanmoins que de nombreux auteurs, Hooper, Liston, Fischer entre autres, ont signalé des lésions portant sur les petits vaisseaux des hémophiles, et consistant suivant les cas, en un amincissement de leur tunique moyenne, en une dégénérescence graisseuse de la paroi des artérioles, en des lésions d'endartérite proliférante. Certes, ces lésions ne sont pas constantes, mais nous verrons qu'elles ne sont pas négligeables.

Théories pathogéniques.

L'absence d'une lésion fondamentale à la base de l'hémophilie a permis aux auteurs de donner libre cours à leur imagination pour édifier des théories de l'hémophilie. Je me garderai bien de vous les citer toutes. Je me contenterai de vous résumer la théorie circulatoire et la théorie nerveuse.

1° La *théorie circulatoire* rattachait l'hémophilie à une hypertension artérielle hypothétique, basée sur la constatation d'une hypertrophie du ventricule gauche chez les hémophiles, faite par Schönlein, Schneider, Gavoy. Mais les hémophiles ne sont pas hypertendus ; et quant aux hypertendus, ils n'ont jamais d'hémophilie !

2° La *théorie nerveuse* de Lancereaux, Lapeyre, Recklinghausen attribuait les hémorragies de l'hémophilie à un trouble nerveux, par assimilation avec les hémorragies sous-cutanées, musculaires, séreuses ou viscérales que l'on voit, chez l'homme, succéder aux hémorragies ou au ramollissement du cerveau, ou chez l'animal, suivre les lésions expérimentales de l'isthme de l'encéphale (Vulpian et Ollivier).

3° De nos jours la *théorie sanguine* est la plus en vogue. L'hémophilie et ses troubles sont sous la dépendance de l'altération du sang, du retard de la coagulation sanguine.

A quoi donc est dû le retard de la coagulation sanguine ? Vous ne pourrez répondre à cette question — ou en comprendre la réponse — que si vous savez exactement quel est le processus normal de la coagulation du sang. Aussi je vous le rappelle brièvement.

a) Il existe normalement dans le sang une substance coagulable : le *fibrinogène*, et une substance coagulante : la *thrombine* (qu'on appelait encore autrefois *fibrinferment*, ou *plasmase*). De l'action de la thrombine sur le fibrinogène résulte la formation de *fibrine* qui englobe dans ses mailles les globules et forme un caillot.

C'est très simple, comme vous le voyez.

En réalité, les choses se compliquent un peu du fait que la thrombine n'existe pas telle qu'elle est dans le plasma, et cela se comprend, car s'il en était autrement le sang se coagulerait immédiatement et ne pourrait pas circuler, comme il le fait, à l'état liquide. De même que la fibrine n'existe que sous la forme de fibrinogène, la thrombine n'existe dans le plasma qu'à l'état de ferment inactif, de proferment, auquel on donne le nom de *thrombogène* (ou *profibrinferment*).

Ce thrombogène, inactif, ne se transformera en ferment actif — en thrombine — qu'au moment d'une effraction vasculaire, sous l'action d'un autre ferment, d'origine cellulaire : d'une *zymase*, qu'on appelle *la thrombokinase*.

La thrombokinase est produite par les *éléments du sang* : leucocytes altérés et surtout hématoblastes, et par *les cellules endothéliales vasculaires*. Elle réclame pour agir sur le thrombogène et en faire de la thrombine, la présence de *sels de chaux*.

b) En principe, le retard de la coagulation dans l'hémophilie peut donc être dû :

1° à une insuffisance de substance coagulable : le fibrinogène ;

2° à une insuffisance de substance coagulante : la thrombine, ou de ses composants : thrombogène, thrombokinase, sels de chaux ;

3° à la présence d'une substance anticoagulante.

Or :

1° Il n'y a pas de substance anticoagulante dans le sang des hémophiles, car l'adjonction de sang d'hémophile à du sang normal n'empêche pas la coagulation de ce dernier (ou bien cela n'arrive que dans certains cas exceptionnels d'hémophilie familiale signalés par P.-E. Weill.)

2° La quantité de fibrinogène et de fibrine a été toujours trouvée sensiblement normale par Sahli et par Nolf.

3° Le *trouble de la coagulation sanguine chez les hémophiles résulte donc d'un manque ou d'une imperfection de la thrombine*. La preuve en est que l'addition *in vitro* de sérum normal au sang d'un hémophile ramène le temps de coagulation de ce sang à la normale ou à son voisinage.

c) La thrombine étant un produit complexe, résultant de l'action de la thrombokinase sur le thrombogène en présence des sels de chaux, *quel est celui de ces trois composants qui est déficient* ?

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que c'est la thrombokinase ; ce ferment existerait en quantité insuffisante, ou bien serait de mauvaise qualité.

d) Il devenait intéressant par conséquent *de rechercher la raison de cette insuffisance quantitative ou qualitative de la thrombokinase*. Vous vous souvenez qu'elle est sécrétée normalement par les hématoblastes, les leucocytes, les parois endothéliales vasculaires.

a) Les *hématoblastes* étant en nombre normal chez les hémophiles, et la rétraction du caillot (qui est directement sous la dépendance des hématoblastes) se faisant parfaitement bien chez de tels malades, il n'y a pas de raison de supposer que l'insuffisance de thrombokinase vient de leur fait.

b) On s'est alors demandé si elle n'était pas sous la dépendance *des leucocytes*. On a fait remarquer que les hémophiles ont généralement une quantité de globules blancs plutôt faible, que la formule leucocytaire est habituellement modifiée en faveur des mononucléaires, particulièrement des lymphocytes. C'est pourquoi Wright, en pratiquant des injections d'acide nucléinique, Sicard et Guttmann, en faisant des piqûres de nucléinates, — substances qui produisent une hyperleucocytose marquée — ont essayé de modifier la coagulabilité du sang des hémophiles. Ils n'ont obtenu aucun résultat. Les leucocytes ne paraissent donc pas responsables du manque ou de l'insuffisance de la thrombokinase chez les hémophiles.

c) Alors ? Ce trouble ne peut être dû qu'aux *endothéliums vasculaires.* C'est ce que l'on pense communément aujourd'hui. L'hémophilie, en adoptant cette manière de voir, serait donc une maladie de l'endothélium vasculaire plutôt qu'une maladie du sang.

d) Quant *à la raison de l'insuffisance fonctionnelle de cet endothélium vasculaire,* on la trouverait soit dans une malformation congénitale portant sur les cordons de His, d'où dérivent embryologiquement le sang circulant et les cellules des endothéliums vasculaires, — cette hypothèse est valable pour l'hémophilie familiale — soit dans des modifications humorales en rapport avec un mauvais fonctionnement des glandes à sécrétion interne (foie, surrénales, thymus, thyroïde, testicule, ovaire (P.-E. WEILL et BOYÉ), excitants physiologiques normaux des cellules à thrombokinase.

Telle est la théorie sanguine ; elle satisfait l'esprit. Elle n'est pas en contradiction avec les nouvelles conceptions de NOLF et HERRY sur la coagulation, dont ces auteurs font un phénomène non pas chimique, mais physique. D'après eux l'hémophilie résulterait de l'insuffisance d'une substance qu'ils appellent thrombozyme. Mais si elle permet de concevoir clairement la raison d'être des hémorragies traumatiques prolongées, elle ne fournit aucune explication valable au sujet des ruptures vasculaires spontanées, des ecchymoses. Pour comprendre ces saignements spontanés, il est nécessaire, d'admettre une fragilité vasculaire spéciale,

e) On en revient ainsi à la *théorie vasculaire* de HOOPER, LISTON, FISCHER, basée sur les lésions artérielles qu'ils ont trouvées chez les hémophiles (amincissement des parois, dégénérescence graisseuse), et que je vous ai rappelées tout à l'heure : la tendance aux hémorragies dans l'hémophilie tiendrait à un défaut de résistance des parois vasculaires. Pour CARRIÈRE, l'hérédo-syphilis serait souvent responsable de cette fragilité des vaisseaux.

Il est probable que l'un et l'autre des deux facteurs — sanguin et vasculaire — jouent leur rôle dans l'hémophilie. Sang et vaisseaux n'ont-ils pas d'ailleurs une origine commune : les cordons de His, congénitalement malformés dans l'hémophilie familiale ?

Traitement.

Le traitement de l'hémophilie s'inspire de ces données pathogéniques.

I) TRAITEMENT DE FOND.

Le traitement de fond de cette diathèse doit viser, en effet, avant tout, à corriger le défaut principal du sang : le retard de sa coagulation.

A) *Médications principales.*

Trois médications principales ont été proposées, et sont encore en honneur : l'administration de sels de chaux, les injections de sérums animaux, les injections de propeptone.

1° *Les sels de chaux* ont été prescrits à la suite des travaux d'ARTHUS et PAGÈS sur le rôle des ions calciques dans la coagulation sanguine. WRIGHT a montré qu'administrés par voie buccale ils agissaient activement. On a donc donné dans l'hémophilie soit le *chlorure de calcium,* soit le *lactate de calcium* (ce dernier plus actif) par la bouche à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Il ne faut jamais dépasser 4 grammes *pro die,* les grosses doses ayant un effet anticoagulant. Il ne faut pas non plus trop longtemps prolonger l'usage du médicament, sans quoi l'on risque un effet inverse de celui qu'on cherche. On donne le sel de chaux pendant 4 à 5 jours. On interrompt pendant un temps égal, puis on reprend et ainsi de suite. Les résultats obtenus sont loin d'être parfaits.

2° Les *injections de sérums animaux,* vulgarisés par P.-E. WEILL, ont une action autrement active, et c'est la méthode à laquelle se rallient la plupart des médecins. Ils fournissent ainsi au plasma d'hémophile la thrombine qui lui manque.

Au début, on s'est servi de sérum de cheval, sérum antitoxique (antidiphtérique ou antitétanique). A l'heure actuelle on se sert de préférence de sérums équins hémopoiétiques frais qu'on trouve dans le commerce (hémostyl). On peut aussi employer du sérum humain ; CHALIER l'emprunte à la mère des petits hémophiles.

Le sérum est injecté dans les veines à la dose de 10 à 20 centimètres cubes, ou plutôt sous la peau à la dose de 20 à 40 cent. cubes.

L'action corrective du sérum sur la coagulation étant passagère, il faut renouveler les injections tous les deux mois (P.-E. WEILL). Les accidents sériques seraient légers et peu fréquents avec cette technique que P.-E. Weill a pu continuer pendant 1 à 6 ans, et le pronostic de l'hémophilie en serait complètement modifié, les malades n'ayant aucun accident hémorragique tant qu'ils sont sous l'action de la sérothérapie, et celle-ci pouvant, à la longue, améliorer définitivement leur coagulation sanguine.

3° Quelques auteurs reprochent cependant à la sérothérapie d'exposer le malade à des accidents sériques, et préfèrent traiter les hémophiles par les *injections de propeptone de* NOLF. La peptone est, vous le savez sans doute, un anticoagulant énergique quand elle est injectée à fortes doses. NOLF a pensé que probablement les petites doses produiraient une action inverse, une réaction contre l'anticoagulation. L'expérience a vérifié l'exactitude de cette conception.

On fait stériliser à 120°, dans des ampoules de 10 cc., une solution de peptone de Witte (propeptone) à 5 pour 100 dans du sérum chloruré sodique à 5 pour 1000. On injecte 10 cc. de cette solution à un adulte, 3 à 10 cc. à un enfant, les injections étant toujours sous-cutanées.

MM. NOBÉCOURT et L. TIXIER sont très partisans de cette méthode chez les enfants. Ils ont répété ces injections jusqu'à 12 fois de suite, chaque piqûre étant séparée de la précédente de quelques jours à une semaine.

Le seul inconvénient de ces injections, c'est d'être parfois douloureuses.

B) *Médications accessoires.*

A ces médications fondamentales on associe des médications diverses.

L'*opothérapie* thyroïdienne, hépatique, ovarienne, etc., est mise en œuvre, puisqu'on suppose que les extraits glandulaires peuvent stimuler la formation de la thrombokinase.

La *radiothérapie splénique* aurait donné quelques améliorations et augmenté la quantité de thrombine du sang. Est-ce en provoquant, par la lyse de nombreux leucocytes, la mise en liberté de ferments cellulaires et parmi eux de thrombokinase ? ou bien est-ce en agissant sur l'ion calcium ? Nous ne le savons pas.

En outre vous ne manquerez jamais d'instituer un *traitement général* destiné à lutter *contre l'anémie.* Il se composera : d'une alimentation riche, mais sans excès, comprenant principalement des œufs, des légumes verts, de la viande ; de préparations ferrugineuses et arsenicales ; d'une cure climatique à la mer ou à la montagne,

de préférence dans les climats chauds, qui ont parfois guéri quelques hémophiles.

Vous pourrez être appelé à donner des soins à un hémophile dans deux circonstances spéciales que nous devons encore envisager : 1° à propos d'un accident hémorragique ; 2° en prévision d'une opération chirurgicale.

II. Traitement des hémorragies chez les hémophiles.

a) En face d'une hémorragie cutanée, ou muqueuse, chez un hémophile, le *traitement local* par la compression, le tamponnement, les applications d'hémostatiques tels que : l'eau oxygénée, l'antipyrine, etc., est complètement inefficace (c'est bien là le caractère principal de l'hémophilie !). Il faut savoir cependant que le sérum animal frais, appliqué sur la plaie ou la muqueuse qui saigne, a une action hémostatique locale réelle ; les solutions d'adrénaline au 1/100e, de chlorure de calcium au 1/100e peuvent aussi avoir un effet utile en application locale. Nolf, en mettant de l'extrait de rate sur les gencives d'un hémophile que rien ne pouvait empêcher de saigner, a vu se tarir presque aussitôt le suintement sanguin.

b) Comme *traitement général*, il faut agir immédiatement et rapidement sur la coagulation du sang. Les injections de sérum sont indiquées, mais vous choisirez de préférence alors, le sérum-sérique de Dufour et Le Hello, ou bien vous ferez une transfusion sanguine intraveineuse (mais surtout jamais sous-cutanée).

Sachez que les injections d'émétine (Pagniez) ou d'adrénaline au 1/100 (Marcel Labbé) ou de lobe postérieur d'hypophyse, ont pu — pratiquées les unes et les autres sous la peau — faire cesser des hémorragies inquiétantes.

II. Traitement préopératoire chez un hémophile.

Quand un hémophile devra subir une intervention de petite ou de grande chirurgie, ou bien avant l'accouchement d'une femme hémophile enceinte, vous ferez pendant une quinzaine de jours une sérothérapie intensive, et vous donnerez les sels de chaux pour éviter, dans la mesure du possible, les hémorragies ultérieures.

IV. Traitement des arthropathies hémophiliques.

Le traitement des arthropathies hémophiliques consiste à traiter l'hémophilie, comme je viens de vous apprendre à le faire, à immobiliser et à comprimer légèrement sous de l'ouate les articulatious malades.

Nous sommes loin, vous le voyez, d'être désarmés en face de l'hémophilie, et certainement la thérapeutique moderne a grandement amélioré le pronostic de cette redoutable diathèse hémorragique. L'avenir des hémophiles reste cependant toujours sombre. La guérison complète est exceptionnelle dans l'hémophilie familiale, l'amélioration n'est habituellement que temporaire et relative, et, un beau jour, une reprise survient qui emporte le malade au milieu d'un syndrome hémorragique que rien ne peut enrayer. Notre malade illustre merveilleusement, mais bien tristement, ces faits. Malgré la sérothérapie, malgré les sels de chaux et les extraits glandulaires, sa vie n'a été qu'une suite ininterrompue d'épisodes hémorragiques et il est mort, saigné à blanc, nonobstant les injections de sérum-sérique, d'adrénaline et d'hypophyse que nous lui avons pratiquées lors de son hémorragie intestinale terminale.

ACTUALITÉS

Les enseignements du Congrès de la Syphilis héréditaire

Par le Dr **CARLE** (de Lyon).

Le Congrès de la syphilis héréditaire, ouvert à Paris le 5 octobre 1925, sous la présidence du Pr Jeanselme, a institué deux intéressantes nouveautés ; d'abord, la localisation des rapports, des discussions et des communications sur un point bien précis de la syphiligraphie — et surtout l'idée de mettre en présence des pédiatres, des accoucheurs et des syphiligraphes, de façon à confronter leurs opinions, souvent différentes, et même opposées, comme chacun sait.

De cette rencontre, toujours courtoise, souvent brillante, qu'est-il sorti ?

Les conclusions votées à la fin de chaque séance sont, par définition, l'expression un peu incolore du débat. Elles doivent être assez générales pour ne pas raviver les querelles et être votées à l'unanimité. Une journée de travail pèse sur les cerveaux, et l'heure appproche d'aller passer l'habit pour le dîner du soir.

Il est donc permis, tout en les approuvant, de dégager de cette réunion quelques autres enseignements.

I. Les premiers rapports sur la *Syphilis héréditaire larvée*, posaient la question des limites de cette hérédité. Comme l'a plaisamment indiqué Queyrat, dans cette offensive, le rapport de Leredde constituait l'avant-garde, l'avance en pleine pathologie infantile, où elle devait semer le désordre — le gros de l'armée était représenté par les rapports de Devraigne et Carle — la réserve toujours prudente, parce qu'elle doit souvent décider du sort de la bataille, se massait dans le solide rapport de Lesné.

De cette rencontre, marquée par de sévères escarmouches entre Lesné, Weill-Hallé, Blechmann, d'une part, Milian, Queyrat, Léri de l'autre, il semble résulter un arrêt pour les syphiligraphes. Dans ces dernières années, sous l'influence des découvertes sérologiques et des résultats, imprévus autant que merveilleux, obtenus par les traitements intensifs dans nombre de maladies infantiles, des esprits généralisateurs avaient étendu à l'infini le domaine de l'hérédo-syphilis. Peut-être y avait-il quelque excès, comme je l'ai admis dans mon rapport. Mais il ne faut pas se plaindre de cette tendance, qualifiée d'impérialisme. Grâce à ceux qui ont dirigé ce mouvement, Queyrat, Milian, Leredde, Marcel Pinard, en tête, l'attention des Maîtres, et surtout celle de tous les praticiens de France, a été fortement attirée sur quantité de lésions infantiles sans étiologie précise, qui étaient en réalité justiciables de la médication spécifique. Pour faire triompher cette notion, dont tout le monde admet aujourd'hui la réalité, il a fallu non seulement des scientifiques purs, toujours trop timorés, mais encore des apôtres, et même des visionnaires. C'est grâce à eux que l'idée d'un Congrès réservé à la syphilis héréditaire a pu être lancée et admise par tous. La campagne des syphiligraphes constitue un bloc, dans lequel il y a toujours quelque chose de bon à prendre, même dans ce qui serait aujourd'hui rangé parmi les exagérations.

J'aurais voulu cependant que les conclusions fissent ressortir plus nettement une distinction qui a plané sur tout le débat. A chaque instant, les pédiatres disaient ; « Ces symptômes ne nous paraissent pas suffisants pour rattacher telle affection à la syphilis héréditaire. » Mais, à la fin de leurs rapports ou de leurs discussions, ils concluaient parfaitement que, si ces symptômes évoquaient le moindre doute où s'ils persistaient, malgré une thérapeutique raisonnable, il était tout à fait indiqué de

recourir au traitement d'épreuve, lequel donnait souvent des résultats inespérés (Lesné). Or, tout est là ; là est véritablement le nœud de l'action, le point sur lequel tous les syphiligraphes portent leurs efforts. Depuis des années, nous disons à tous les médecins : En présence d'une affection infantile tenace, digestive, cardiaque ou nerveuse, n'hésitez pas à tenter une médication spécifique, fût-ce par les simples frictions, si vous craignez les thérapeutiques plus actives. Vous obtiendrez quelquefois, dans les cas les plus imprévus, de merveilleux et rapides résultats. Veuillez alors noter soigneusement cette observation et la publier. Par l'accumulation de ces succès isolés d'avant-garde, nous arriverons à connaître exactement l'emplacement de l'ennemi et à l'écraser plus sûrement.

Sur ce point, les discussions du Congrès ont démontré que nous étions tous d'accord.

II. Les rapports de Marcel Pinard, Lemaire et Péhu portaient sur le *Traitement du nourrisson*. L'entente était plus facile, au moins sur le principe, car le choix du médicament est plus délicat. Cependant dans ce concours où les candidats abondent, les arsenicaux sous toutes les formes, administrés par la voie hypodermique, paraissent avoir pris la tête. Un bon point au sulfarsénol et à l'acétylarsan. Les frictions mercurielles ont été réhabilitées, et à juste titre. Le bismuth a « écopé » assez fortement, un peu trop à mon avis. L'action thérapeutique peut parfaitement se faire sentir, lors même qu'on conserve des nodosités indurées dans la fesse.

Il ne s'est heureusement pas trouvé une voix pour défendre les pseudo-traitements donnés par la bouche sous le vocable rassurant de dépuratifs. Les uns sont notoirement insuffisants, les autres franchement dangereux pour le tube digestif, telles les solutions à base de sublimé, si elles sont données à bonne dose et prolongées. Cet ostracisme ne s'étend pas aux nouveaux composés arsenicaux, tréparsol, par exemple, en ce moment à l'étude et dont les résultats paraissent intéressants.

Accord absolu, sur le nécessité de rompre ave cla déplorable habitude de traiter les enfants à l'occasion des accidents, sans voir au delà. La syphilis héréditaire est une septicémie qui doit être, comme la syphilis acquise, et plus longtemps encore traitée pendant des années — et surveillée pendant toute la vie.

III. Les importants rapports sur le *Traitement des procréateurs* étaient présentés par Milian, Lévy-Solal, Spillmann et Petgès. Ce sujet essentiellement syphiligraphique comportait trois points de vue : thérapeutique, prophylactique, social.

En thérapeutique, l'accord est fait depuis longtemps entre nous sur la nécessité absolue d'un traitement intensif chez les procréateurs, d'un traitement prématrimonial, d'un traitement prénatal, et du traitement au cours de la grossesse. Je crois avoir été le seul tout d'abord à faire entendre une voix discordante sur ce dernier point. Mais la discussion a démontré que, si ce détail avait été soumis à un vote spécial, j'aurais rapidement gagné quelques partisans. J'ai fait ressortir une fois de plus qu'avec un époux ancien syphilitique, précocement, intensivement et régulièrement traité, le traitement de la femme enceinte n'était pas toujours une nécessité. Que le moindre doute, ou simplement la difficulté de la surveillance, autorise une médication pendant la grossesse, c'est entendu. Mais si les examens les plus minutieux et les plus répétés s'accordent pour assurer l'intégrité de cette femme, je ne la traite pas, et ne l'ai jamais traitée. Les résultats accumulés depuis 25 ans sous forme de progéniture abondante et saine ne m'ont jamais fait regretter cette abstention.

D'ailleurs quelques lignes du rapport du Pr Petgès, quelques paroles du Pr Couvelaire prononcées dans la discussion, et quantité de communications orales et personnelles, me laissent croire que je ne suis pas seul à agir ainsi. D'autre part, la grosse objection de la syphilis conceptionnelle paraît sombrer aujourd'hui, et j'ai eu la joie profonde d'entendre Milian prononcer la condamnation de cette loi périmée.

La seconde partie de la séance fut consacrée aux vœux relatifs au perfectionnement des moyens de lutte antisyphilitiques actuellement en vigueur : collaboration des syndicats médicaux, enseignements techniques des futurs praticiens, action des dispensaires et des assistantes (dont on a tenté de limiter le rôle, problème délicat). On a demandé aux pouvoirs publics l'appui nécessaire pour créer ou perfectionner partout les consultations prénatales, consultations de nourrices, maisons maternelles, etc, susceptibles d'assurer la continuité de la surveillance et du traitement chez la mère et chez l'enfant. Enfin l'éducation des enfants dans les écoles secondaires, et du public, par tous les moyens, a été demandée une fois de plus.

Nous avons conscience, nous médecins, d'avoir fait tout ce qui était scientifiquement possible dans cette croisade anti-vénérienne. Le résultat est là pour démontrer que nos efforts n'ont pas été vains. Nous avons le droit d'exiger les appuis nécessaires à la continuation de la lutte.

2e CONGRÈS ANNUEL DE STOMATOLOGIE

Paris (Faculté de Médecine). Du 19 au 24 octobre 1925.

Président : Dr J. Tellier (de Lyon).

Nous ne rapporterons ici que les communications ayant un rapport avec la médecine générale laissant, à dessein, de côté les travaux de *prothèse, d'orthodontie ou de technique* stomatologique.

1er rapport : MM. Worms et J. Bercher (du Val-de-Grâce)

Affections oculaires d'origine dentaire (Etude critique.)

Le travail de MM. Worms et Bercher, venant après le rapport si complet de M. C. Fromaget a surtout pour objet de mettre en lumière l'importance des *infections sinusiennes latentes* dans la genèse des complications oculaires d'origine dentaire. Les troubles oculaires à distance, dont l'interprétation est des plus délicates, relèveraient souvent de cette étiologie.

Les auteurs précisent d'abord les *relations anatomiques* qui rattachent les dents au sinus maxillaire.

Les sinus les plus vastes sont parfois aussi procidents, de telle sorte que les racines dentaires font réellement saillie à leur intérieur.

L'étude étiologique des cas observés parle hautement en faveur de l'intervention des sinus dans la production des complications oculaires d'origine dentaire.

Les dents coupables sont avant tout les dents sous-sinusiennes.

La lésion dentaire elle-même n'offre souvent qu'une symptomatologie très estompée, cependant il s'agit toujours de dents à pulpe anciennement nécrosée et présentant des foyers périapicaux chroniques.

Les auteurs acceptent l'ancienne classification en *troubles oculaires d'ordre réflexe et accidents de nature inflammatoire.*

Les troubles réflexes voient leur domaine se restreindre de plus en plus au profit des accidents infectieux.

Beaucoup plus importants sont les *troubles de nature inflammatoire*.

a) Les uns, *complications de voisinage*, sont d'interprétation facile et de pathogénie certaine. Le processus infectieux progresse par contiguïté de tissus, empruntant soit la *voie périostée*, soit la *voie sinusienne*, *soit la voie osseuse*, exceptionnellement la *voie veineuse*.

Les principales formes de ces complications, bien connues depuis les rapports de De Lapersonne et de F. Lemaitre, peuvent déterminer, suivant leur intensité et leur extension, des accidents du côté de l'orbite (phlegmons ou simplement cellulites orbitaires) ou du côté de son contenu (névrites optiques, lésions étendues du fond

de l'œil) dont les auteurs rapportent un certain nombre d'exemples.

b) Troubles inflammatoires à distance.

Les plus fréquents sont les troubles congestifs pouvant aller jusqu'aux hémorragies sous-conjonctivales, les kératoconjonctivites du type phlycténulaire ou ulcératif.

Quant aux iritis, aux irido-cyclites, aux névrites optiques, sans admettre que le domaine de ces complications s'étend jusqu'aux limites que lui assignent les auteurs américains, MM. Worms et Bercher croient que les faits de cette nature sont loin d'être exceptionnels.

L'origine dentaire est parfois annoncée par des signes caractéristiques et connus des malades ; il est d'autres cas, au contraire, où la complication oculaire éclate sans qu'on ait relevé la moindre souffrance dentaire.

Elle semble se manifester avec prédilection au cours de lésions apicales que seule la radiographie permet de dépister.

L'épreuve thérapeutique permet souvent de confirmer le diagnostic.

Des différents modes de transmission des germes infectieux du foyer dentaire à l'œil, la voie *lymphatique* et la *voie veineuse* ne sauraient être retenues.

La transmission par *voie artérielle* semble réunir le plus de suffrages, mais cette théorie métastatique, surtout admise et défendue par les Américains, n'explique pas le caractère habituel d'homolatéralité des troubles oculaires et des lésions dentaires et la fréquence plus grande des complications oculaires dans les affections dentaires du maxillaire supérieur. MM. Worms et Bercher présentent une autre explication qui leur paraît plus proche de la réalité : la *théorie sinusienne.*

L'infection sinusienne est le chaînon intermédiaire entre la lésion dentaire et la localisation oculaire.

La symptomatologie fonctionnelle est parfois nulle ou se réduit à des réactions d'une insignifiance telle que le malade les ignore ou les néglige.

La *radiographie* joue un grand rôle dans la mise en évidence des réactions sinusales. Les incidences de Hirtz permettent d'apercevoir les limites des lésions avec plus de netteté qu'on ne peut les apprécier avec les moyens ordinaires. On est surpris de constater que la zone pathologique est souvent plus étendue qu'on ne l'avait supposé.

Il est rare que les sinusites maxillaires soient absolument pures. Elles *s'accompagnent presque toujours de réactions des cellules ethmoïdales et même des cavités ethmoïdo-sphénoïdales.*

La polysinusite est la règle, la monosinusite est l'exception.

Cette notion, très importante, d'ailleurs vérifiée souvent par l'intervention, peut servir à expliquer le mode de transmission de l'infection dentaire à l'orbite et à l'œil.

2e rapport : MM. Guilly et Lhirondel : *La contention des appareils complets.*

Question en discussion : *Le traitement des pyorrhées alvéolaires.*

M. Fichot : *Traitement médicamenteux et vaccinal.*

La place que conservent les anciennes médications est encore au moins provisoirement et peut-être pour longtemps très importante. Sinon les antiseptiques, du moins les solutions caustiques méritent d'être encore judicieusement utilisées.

Les médications nouvelles ne s'adressent en réalité qu'à la qualité du processus infectieux dans la maladie.

L'emploi des arsénobenzols a cependant introduit dans la pharmacopée des accidents pyorrhéiques un médicament dont l'efficacité est certainement supérieure à celle de tous les autres procédés employés jusqu'ici.

Quant à la vaccinothérapie, en l'état actuel des choses, elle ne paraît pas marquer un très net avantage sur les anciennes méthodes de traitement, le procédé n'est pas au point et ses résultats pratiques sont dans l'ensemble des plus médiocres.

Mais il ne suffit pas de traiter les symptômes locaux, il importe aussi de modifier et de transformer le terrain pyorrhéigène. L'importance de la thérapeutique pathogénique est, ici, considérable. Il faut pour chaque réaction morbide que l'on parvient à découvrir, établir une thérapeutique appropriée. Il faut songer enfin par l'opothérapie, les médications et les méthodes de désensibibilisation, à transformer le fond commun, le terrain sur lequel évolue l'état pyorrhéique.

C'est donc, en somme, à une thérapeutique très complexe qu'il faudra avoir recours, c'est-à-dire que de solides connaissances médicales seront ici nécessaires.

Béliard : *Traitement par les bridges de contention.*

La méthode est basée sur le principe de solidarisation du maximum des dents disponibles, par le concours d'un grand bridge à piliers multiples. Elle tire parti d'organes condamnés, fait disparaître les symptômes cliniques de l'affection, rétablit l'esthétique et la fonction, tout en améliorant l'état général.

Monier : *Traitement chirurgical.*

Après anesthésie locale, la gencive est incisée suivant un tracé correspondant au fond des culs de-sac pyorrhéiques.

Les parties osseuses enflammées et ramollies sont détruites à l'aide de curettes fines.

La suppression et le drainage des clapiers suppurants met le patient à l'abri de la pyophagie et des complications générales qui peuvent en découler.

Psaume : *Traitement par les agents physiques.*

Le massage, l'ionisation, les courants de haute fréquence, les rayons X, le radium, les rayons U. V. ont été préconisés dans le traitement de la pyorrhée.

Les résultats semblent encore incertains.

Se basant sur l'action, aujourd'hui démontrée, des U.V. sur l'ossification (rachitisme) et sur certaines maladies de la nutrition (acidose), P. soulève la question du traitement général du pyorrhéique par les U.V.

Aux applications locales, conseillées jusqu'alors ; il serait intéressant d'adjoindre les irradiations générales.

Darcissac et Legrain : *La vaccinothérapie de la pyorrhée par le pansement microbien à demeure sous gouttière porte vaccin.*

Un gélo-vaccin est préparé soit avec le pus du malade, soit avec des souches microbiennes de diverses provenances.

Il est maintenu au contact des gencives par une gouttière en vulcanite portée pendant la nuit.

Saidmann : *L'emploi des lampes à rayons U. V. dans le traitement de la pyorrhée.*

S. présente une lampe à arc polymétallique suffisamment maniable pour servir aux applications stomatologiques

La lumière émise par cette lampe peut être utilisée soit en irradiations générales, soit localement grâce à un concentrateur et à une tige de quartz appliquée sur la gencive.

Chateau : *Théorie mécanique de l'ébranlement progressif d'une dent pyorrhéique.*

Cet ébranlement correspond à une augmentation de volume du ligament, séparant d'abord les surfaces articulaires normalement coaptées, puis joue vis-à-vis d'elle un rôle analogue à celui d'une bourse séreuse articulaire, tout en limitant les mouvements.

L'auteur préconise le traitement prothétique de surocclusion ou de béance, indépendant ou complément de la contention qui, épargnant tout traumatisme à la dent menacée, lui permet une survie considérable (17 et 23 ans dans les observations citées.)

LEBEDINSKY : *Les grands syndromes pyorrhéiques.*

La pyophagie a une influence incontestable sur l'état général. Elle peut se compliquer de troubles digestifs. (gastrite septique d'orifice dentaire de Hunter), de troubles intestinaux et hépatiques (syndrome bucco-entéro-hépatique), de troubles rénaux (syndrome bucco-entéro-rénal). L. étudie successivement chacun de ces syndromes et rapporte des observations cliniques.

WATRY (d'Anvers) : *Rachitisme et malformations maxillaires.*

En examinant de nombreux enfants rachitiques W. a constaté, dans l'immense majorité des cas, des dysmorphoses maxillo-faciales caractérisées par l'atrésie des maxillaires, et la forme ogivale de la voûte palatine qui détermine la respiration buccale. Ces dysmorphoses s'opposent à la guérison spontanée du rachitique par suite des troubles qu'elles engendrent (troubles respiratoires, circulatoires, etc.).

Le traitement général du rachitisme doit donc être complété par un traitement d'orthopédie maxillaire pour lequel la collaboration du stomatologiste est indispensable,

M. FREY insiste sur la nécessité d'une symbiose entre le pédiatre et le stomatologiste. Il regrette que les examens bucco-dentaires soient si souvent négligés et signale de très beaux travaux sur le rachitisme qui ne mentionnent pas les dysmorphoses maxillo-faciales.

M. P. ROBIN précise les répercussions de ces dysmorphoses sur l'état général de l'enfant par suite de l'atrésie de cette cavité crânio-facio-vertébrale, dénommée par lui confluent vital-fonctionnel.

DUCHANGE : *Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire inférieur au trou ovale via fosse ptérygoïde.*

Après avoir rappelé les techniques proposées, soit par voie cutanée, soit par voie buccale, D. expose les rapports anatomiques de la fosse ptérygoïde. Une aiguille droite doit être introduite en dehors du crochet de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde et enfoncée de 33 mm.

Les dangers sont minimes à condition que l'aiguille ne sorte pas de l'espace préstylien où se trouve le nerf.

DUFOURMENTEL ; *Note sur quelques observations récentes d'ankylose temporo-maxillaire, secondaire à des accidents d'origine dentaire.*

Lorsque les ostéophlegmons mandibulaires se compliquent d'arthrite temporo-maxillaire, on assiste à la formation d'une ankylose. L'arthrite simule parfois une parotidite en raison du gonflement et de l'apparition de fistules cutanées presque intarissables,

Anatomiquement, l'ankylose est caractérisée par la présence d'un bloc osseux énorme ayant fréquemment plus de 2 cm. d'épaisseur. Cet os, formé en plein tissu inflammatoire, est moins dense que dans les ankyloses traumatiques. aussi le trismus sera-t-il moins serré que dans cette dernière variété.

BEHAGUE et DUFOURMENTEL : *Névralgies faciales d'origine dentaire.*

Dans le traitement des névralgies faciales par ionisation d'aconitine on peut obtenir une cédation complète des douleurs ; mais parfois après disparition des accès paroxystiques il persiste une sensation continue de lourdeur.

Dans ces cas, on constate fréquemment la présenee d'une sinusite maxillaire. La lésion peut être limitée à une zone d'ostéite du plancher du sinus suffisante pouvant donner de l'opacité à la transillumination.

Ces lésions du plancher du sinus et les névralgies qui en dépendent ont fréquemment une origine dentaire.

J. TELLIER. ROMEY et BEYSSAC : *Les dents des tuberculeux : remarques expérimentales, cliniques et thérapeutiques.*

Ces auteurs rapportent les conclusions suivantes :

1° Les dents des tuberculeux sont plus vulnérables à la carie que les dents des sujets normaux.

2° Elles ne sont pas plus décalcifiées, au contraire, que les dents des sujets sains.

Ces données expérimentales doivent trouver leur explication dans les modications des qualités tissulaires des dents des tuberculeux, qualités tissulaires qui sont sous la dépendance du sympathique et des glandes à sécrétion interne.

Chez ces malades, l'administration de sels de chaux, associés à l'extrait parathyroïdien diminue les pertes calciques.

H. FARGIN-FAYOLLE : *Le traitement rapide du liséré bismuthique.*

Le liséré bismuthique connu de plus en plus dans le public devient un stigmate révélateur de la syphilis. Le bismuth apporté par voie sanguine se dépose dans la paroi et autour des vaisseaux du rebord gingival sous forme de grains amorphes de sulfure de bismuth.

Le traitement tendra à provoquer alternativement une exfoliation rapide des parties les plus superficielles de la muqueuse gingivale et des hémorragies susceptibles d'entraîner rapidement les grains bismuthiques.

Ces indications sont parfaitement remplies par des applications d'acide trichloracétique combinées avec des incisions marginales de la gencive. M. PSAUME.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du samedi 7 novembre 1925.

Laignel-Lavastine lit le compte rendu du Congrès d'Histoire de la médecine, tenu à Genève cette année. Ce congrès a été l'occasion de communications intéressantes sur la médecine ancienne en Suisse, en Italie et dans les pays alliés. Le compte rendu de Laignel-Lavastine, à la fois précis et plein de verve, fixe d'une manière inoubliable la physionomie de ce congrès.

Les documents familiaux des anciennes familles médicales sont toujours intéressants. ***Menestrier*** présente les cahiers de notes de Jean Barraud. La famille Barraud compte parmi ses membres des médecins et des chirurgiens depuis trois siècles. Les carnets de Jean Barraud reflètent l'enseignement professionnel sous Louis XIV : ils renferment aussi des renseignements sur sa vie de famille et constituent un véritable livre de raison. L'enseignement de la médecine est emprunté en partie aux livres de Guy de Chauliac. C'est d'abord une suite de questions et de réponses, une sorte de catéchisme médico-chirurgical. En 1641, Jean Barraud copie un traité d'ostéologie, un traité du cartilage, les « os en vers français ». Puis viennent des notions de physiologie : les membres sont le cœur, le cerveau, le foie ; les membres sont à la fois le siège de fonctions et de vertus morales, décrites dans un style ampoulé. L'orthographe est phonétique. Enfin les cahiers contiennent un recueil thérapeutique datant de 1734, où l'on retrouve les formules de la poudre de sympathie, du baume du Commandeur, des remèdes pour la maladie de galanterie. puis, plus tard nous trouvons un traité d'anatomie du XVIIIe siècle où sont mentionnées les découvertes de Harvey et de Pecquet.

Variot trace le portrait d'un praticien de campagne bourguignon du XIXe siècle, Edouard Roydreau, médecin et archéologue qui amassa des documents précieux sur les époques néolithique, du bronze et gallo-romaine. Ses collections et ses albums, sont conservés au musée d'Autun dans une salle spéciale. Cette figure curieuse n'était d'ailleurs pas exceptionnelle en France, il y a quelques années. La vie plus douce permettait d'envisager des loisirs à la fin d'une longue carrière.

Avec ***Neveu***, nous passons en Orient à l'Hôpital des Chevaliers de Rhodes, que les Italiens viennent de restaurer. Cette vieille institution qui évoque le souvenir de Villiers de l'Isle-Adam était installée dans une construction qui tenait du caravansérail et du couvent médiéval. On peut en admirer l'une des portes à Versailles, où elle orne la salle des Croisades. Les assises sont romaines et en nous promenant avec Neveu dans l'édifice restauré, nous retrouvons la salle des malades, les salles du personnel, les cuisines et les doux jardins d'Orient, où les convalescents achevaient de recouvrer la santé. La séance se termine sur ces souvenirs pleins de charme et de poésie qui font paraître plus gris le soir pluvieux de Paris. Jean VINCHON.

Les enfants que les Mères allaitent en s'aidant du
"LACTAGOL"
sont des enfants **sains** et **épanouis.**

DIPLOMES D'HONNEUR

Bruxelles 1910
Turin 1911

MÉDAILLES D'OR

Paris 1904-1905
Milan 1906
Londres 1908



La boite pour une semaine environ.

SE MÉFIER DES PRODUITS D'IMITATION

Exiger la marque
"SPHINX"
et la dénomination
"LACTAGOL"

DANS TOUTES LES PHARMACIES

Laboratoire du "LACTAGOL"
43, rue Pinel, à **Saint-Denis**, *près* **Paris**
Téléphone : **Paris-Nord 56-38** R. C. Seine 2.153

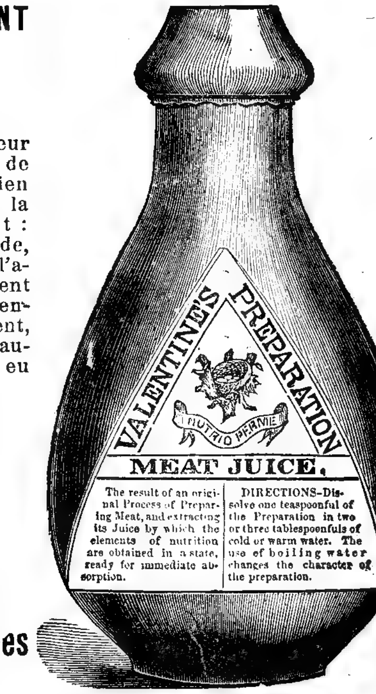
VALENTINE'S MEAT JUICE

Richmond Virginia - Etats-Unis

RECONSTITUANT et FORTIFIANT
par excellence

Le Docteur I. Burney Yeo, professeur de Thérapeutique au Collège Royal de Londres, a noté dans son ouvrage bien connu « L'aliment dans la santé et la maladie » le fait remarquable suivant : Dans un cas très grave de fièvre typhoïde, compliqué d'hémorragies abondantes, l'alimentation du malade a été exclusivement limitée à de petites quantités de « Valentine's Meat Juice » données régulièrement, toutes les trois heures, avec un peu d'eau-de-vie. Le malade a été sauvé et a eu une rapide convalescence.

Echantillon sur demande
au
Dépôt Général
Pharmacie Anglaise
des Champs-Élysées
62, Avenue des Champs-Elysées
PARIS (8e)



R. C. Seine 30.488

Les plus importants du Monde entier.
Les plus hautes Récompenses aux Expositions Universelles et Internationales.

ÉTABLISSEMENTS
A. CLAVERIE

Fournisseurs des Centres d'Appareillage, des Hôpitaux Civils et Militaires, de la Préfecture de la Seine, des Manufactures de l'Etat, etc...

234, Faubourg St-Martin, 234
PARIS

Angle de la rue Lafayette -:- Métro : Louis-Blanc.
Téléphone : Nord 03-71, 81-84, 76-80 (ateliers).

Usine-Modèle à Romilly-sur-Seine (Aube).
Ateliers à Paris : 232 et 234, Faubourg Saint-Martin et 14, rue Alexandre Parodi.

APPAREILS DE L'ART MEDICAL
BANDAGES HERNIAIRES
CEINTURES -:- SANGLES
CORSETS MÉDICAUX
CORSETS DE TOILETTE
:: :: BAS A VARICES :: ::
ORTHOPÉDIE -:- PROTHÈSE
CHAUSSURES ORTHOPEDIQUES
CRÉATIONS NOUVELLES
MODÈLES PERFECTIONNÉS

Messieurs les Docteurs recevront franco Catalogues et Feuilles de Mesures spéciales, sur demande adressée au *Service Médical des Établts A. CLAVERIE, 234, Faubourg Saint-Martin, Paris (10e).*

LIPOÏDES H.I.

EXTRAITS PURIFIÉS ET IMPUTRESCIBLES DE TOUS LES ORGANES

Les Lipoïdes sont, par rapport aux poudres sèches d'organes, exactement ce que l'extrait de digitale ou l'extrait de belladone est à la poudre de digitale ou de belladone.

R. C. SEINE 281.038

GYNOCRINOL

Stimulant et activateur des fonctions ovariennes et de la menstruation.

GYNOLUTÉOL

Calmant et sédatif des fonctions ovariennes et de la menstruation.

ANDROCRINOL

Certaines aménorrhées rebelles aux traitements ovariens. Sénescences féminine et masculine.

LABORATOIRE J. M. ISCOVESCO
107, RUE DES DAMES, PARIS 17e - TÉL. MARCADET 59-28

VARIÉTÉS

Où en est la métapsychique ?

Les problèmes de la métapsychique ont toujours intéressé les médecins. La physiologie et la pathologie, au temps de Charcot, semblaient devoir apporter la solution de tous les problèmes occultes. Aujourd'hui la question est plus complexe et les réponses d'il y a trente ans ne satisfont plus l'esprit parce que les études sur cette matière ont été poussées plus loin.

Paul Heuzé dans la collection de « *Mises au point* (1) » a tenté de fixer l'étape actuelle des études métapsychiques. Il l'a fait avec prudence et il indique bien que ce n'est là qu'un essai. Son livre comporte d'abord une critique des faits douteux. Les médiums ont été si souvent surpris en flagrant délit de truquage, que le discrédit pèse sur eux dans les milieux scientifiques, surtout depuis les dernières expériences de la Sorbonne. Le critique se doit d'analyser les faits avec plus de circonspection que les mystiques de l'occultisme, toujours indulgents à la fraude qu'ils considèrent comme une manifestation presque normale de la médiumnité.

Heuzé reproduit dans un appendice important le rapport de la Sorbonne sur Eva C...., le rapport des Trente-Quatre et le rapport de la Sorbonne sur Jean Guzik, le rapport de la commission du journal *Le Matin* sur Pascale Erto. Les pièces concernant Guzik sont contradictoires et montrent comment des observateurs éminents interprètent dans un sens opposé les mêmes faits...

La conclusion est hésitante. Je ne voudrais pas trahir la pensée d'Heuzé. La métapsychique traverse, selon lui, une véritable crise. Cette crise est-elle capable de ramener dans le domaine de la science des faits considérés si longtemps comme uniquement surnaturels ? Heuzé l'espère. Il nous a paru qu'il plaçait ses espérances dans les résultats fournis par l'étude des phénomènes intellectuels. Avec ces derniers, il n'est plus question d'action de « forces » mystérieuses sur la matière, mais de la connaissance du monde extérieur par des voies autres que celles des sens connus, c'est-à-dire de la connaissance supranormale du Dr Osty. Le truchement de la matière, dont le plus vulgaire est la table tournante, déconcerte en effet l'esprit à la réflexion.

L'on ne comprend guère pourquoi des ondes subtiles, porteuses de pensée, émises directement par une source spirituelle, auraient besoin d'un guéridon comme appareil récepteur. Le cerveau humain est bien plus apte à les enregistrer directement.., si elles existent.

Sous l'impulsion d'Osty, l'institut métapsychique se consacre surtout aux phénomènes intellectuels. La connaissance supranormale du passé et du présent semble établie. La possibilité de prévision de l'avenir reste discutée. A côté de la personnalité connue et apparente, renseignée par les apports des sens, il existerait chez l'homme une autre personnalité latente et rarement manifestée, disposant de sources d'informations et procédés mentaux sans rapport avec ceux qui sont connus. Heuzé, avec sa pensée claire et son bon sens un peu rude, réclame que l'on soit plus prudent que jamais, si l'on veut obtenir sur l'existence de cette personnalité et ses manifestation des notions indiscutables.

Nous pensons que l'hypothèse d'Osty peut servir au moins de schéma pour essayer d'analyser des faits troublants, dont le nombre s'accroît chaque jour. Nous rapprochons la connaissance supranormale de cette étrange hypermnésie de l'inconscient, dont Freud a établi qu'il n'oublie rien. Peut-être jouit-il aussi d'une « faculté » d'intuition indépendante de l'espace et du temps ?

Dr Jean VINCHON.

(1) Où en est la métapsychique. Un volume. Gauthier-Villars, 1926.

CHRONIQUE

Les maladies de l'ovulation. — Les cours de perfectionnement pour sages-femmes

Les maladies de l'ovulation. — L'éditeur VIGOT vient de m'envoyer le nouveau livre de M. DALCHÉ, consacré aux *Maladies de l'ovulation.*

Je tiens à dire, en commençant ma chronique, que je considère ce livre comme excellent : je l'ai lu avec un très vif intérêt et, d'autre part, il répond à un besoin, car il constitue la synthèse nécessaire de notions pratiques et théoriques qui sont un objet constant de réflexions pour les gynécologues. J'entends par gynécologues ceux de nos confrères qui étudient les misères féminines et s'efforcent d'y apporter le remède le meilleur.

Si l'on met à part les tumeurs, les infections vraies, et les malformations et déformations, il reste toute une série d'affections qui ne peuvent être étudiées sns le fil d'Ariane qu'est la physiologie gynécologique : ce sont des troubles des fonctions utérines ou ovariennes. Ces troubles ont un substratum anatomique, mais cependant, pour les étudier, la notion physiologique prime la notion de la lésion, parce que celle-ci est minime et mal accessible à nos investigations.

Ces troubles physiologiques évoluent, en général, d'une façon cyclique, comme évolue le cycle ovarien et le cycle menstruel. Les signes physiques qui les accompagnent se transforment d'un jour à l'autre, ce que nous méconnaissons trop souvent : telle masse énorme trouvée à un jour du mois menstruel disparaîtra le jour suivant pour reparaître le mois prochain.. Il y a là un élément d'erreur qu'il faut connaître et cette évolution spéciale en fait un groupe nosologique un peu particulier dans les cadres de la pathologie.

C'est dans cet esprit que M. Dalché a étudié les maladies de l'ovulation, c'est-à-dire les anomalies du travail évolutif qui transforme l'ovocyte en ovule. L'étude de ces maladies est un sujet d'ampleur, mais, note M. Dalché avec la modestie de quiconque a beaucoup travaillé, « si leur terrain nous paraît grand, combien petites sont nos connaissances. »

L'action des rayons X va permettre à l'auteur d'entrer dans quelques précisions : dans un mémoire remarquable, Lacassagne et Coutard ont exposé comment les ovules, survivant après une irradiation, risquaient fort de donner naissance à des petits anormaux et ce, sans lésion appréciable à l'examen histologique des ovaires. « En généralisant, il faut se demander quels pourront être, dans certaines circonstances, les effets de quelques emménagogues à propriétés excitantes » et, à ce propos, M. Dalché rapporte une observation du Dr Barbadault qui porte à soupçonner qu'une irritation de l'appareil folliculo-ovarien par l'extrait ovarien, dit gynocrinol, a pu déterminer une vraie maladie de l'ovulation.

Après avoir rapporté toute l'incertitude de nos connaissances sur la physiologie de l'ovaire, M. Dalché passe à l'étude anatomique des maladies de l'ovulation : lésions de l'ovule et lésions du follicule, hyperémie ovarienne, ovarite menstruelle, hématome folliculaire, apoplexie ovarienne, ovarite sclérokystique.

Les maladies de l'ovulation se voient chez les femmes qui ont des antécédents tuberculeux héréditaires ou personnels, — chez les syphilitiques, surtout s'il s'agit de syphilis congénitale — après diverses maladies infectieuses, diverses intoxications, — chez certaines femmes qui

sont elles-mêmes nées de mariages mal assortis au sens biologique. — après certains shocks émotionnels et certains traumatismes, après des lactations prolongées. Ces maladies peuvent enfin être un épiphénomène d'affections utérines, péritonéales ou intestinales ou encore d'un varicocèle pelvien.

Rien n'est plus délicat que le traitement des maladies de l'ovulation : « En voulant forcer une ovulation paresseuse, ne risquons-nous pas de provoquer des troubles qui se feront sentir non seulement sur la malade, mais sur son hérédité.... Si au contraire nous voulons fréner une ovulation trop active, il nous est bien difficile de conserver la mesure, nous courons le péril de dépasser le but... Aujourd'hui où j'ai derrière moi un long passé médical, je me sens très *timide* lorsque j'ai à formuler une prescription pour une femme chez laquelle j'ai diagnostiqué une maladie de l'ovulation. Je me reconnais *ignorant de tant de choses* que je ne m'avance qu'avec prudence et souvent par tâtonnements successifs »

Il faut savoir un grand gré à M. Dalché d'avoir exposé ces tâtonnements successifs et la manière d'utiliser ces tâtonnements. Il nous a donné un guide précieux pour la thérapeutique de l'infécondité, de l'aménorrhée, de la dysménorrhée et de l'ovarite menstruelle.

Les cours de perfectionnement pour sages-femmes sont obligatoires dans certains pays où l'on considère comme utile à ces dames de venir méditer sur les méthodes anciennes et nouvelles et sur leur application correcte. En France, où l'on ne consent pas souvent à la discipline, nous ne verrons jamais une telle obligation, mais certains accoucheurs s'efforcent de permettre à celles qui veulent se retremper dans le milieu hospitalier de satisfaire cette volonté.

MM. Andérodias et Balard (1) ont réuni en une plaquette d'une centaine de pages, huit conférences faites par eux au cours d'une période de stage accomplie volontairement par des sages-femmes qui exerçaient depuis plus ou moins longtemps leur profession dans la région bordelaise et qui, animées du louable désir de mieux faire, ont accepté l'invitation, à elles adressées, par l'administration des hôpitaux de Bordeaux.

M. Bar dans la préface de cet ouvrage, a dégagé, avec tout le poids de sa haute autorité scientifique et avec son grand sens du bien public, l'intérêt que cette tentative présentait pour les sages-femmes redevenues pour quelques jours des élèves, et il indique comment ce livre prolongeant le succès des leçons, donne toute sa signification à l'effort fait par nos confrères pour donner utilement aux sages femmes un nouveau moyen de s'instruire et, par ce moyen, pour servir plus activement la cause de la protection médicale de la mère et des nourrissons.

La profession de sage-femme passe par une phase critique, constate M. Bar. « Par son éducation première, j'entends par les études générales qu'elles a faites avant

(1) Leçons du cours de perfectionnement des sages-femmes faites à la Maternité départementale de Bordeaux, novembre 1924. Librairie médicale, A. Mollat, 1925, Bordeaux.

son entrée dans une maternité école, par l'enseignement à la fois très spécialisé et très élémentaire qu'elle a reçu dans la maternité où elle a fait ses études obstétricales, la sage-femme est en état d'être une auxiliaire instruite, précieuse entre toutes, du médecin. Elle devrait être appelée à exercer son art à côté de celui-ci, continuellement en communauté d'action avec lui. Or, trop souvent, il n'en est pas ainsi. La sage femme, munie de son diplôme, s'estime indépendante : le médecin voit en elle une concurrente et la communauté d'action qui devrait exister entre médecin et sage-femme fait place à une sorte d'état de guerre préjudiciable à l'un et à l'autre et, plus encore, à la protection médicale de la femme enceinte. Cet état est manifeste dans bien des villes où affluent les sages femmes et où les médecins ont de plus en plus tendance à faire appel à des infirmières, sûrement moins instruites au point de vue de l'obstétrique, mais plus dociles. Il tend à gagner les campagnes désertées de plus en plus par les sages-femmes. Voilà la première cause. Il en est d'autres. Par l'insuffisance des indemnités et honoraires qui leur sont accordées par la communauté ou par les particuliers, la situation matérielle de trop de sages femmes est misérable et j'ai pu dire, rappelle M. Bar, que leur profession était pour elle une profession de détresse. Beaucoup de ces pauvres femmes doivent alors, si elles veulent vivre, adopter un autre métier et, pour elles, l'exercice de la profession de sage-femme n'est qu'un appoint : ou bien, elles cherchent dans la pratique de la gynécologie qu'elles ignorent, dans de vagues pratiques de médecine infantile ou autre, une amélioration à leur sort, réellement malheureux. »

L'organisation de stages pour les sages-femmes, ajoute M. Bar, est une des mesures qui paraissent le plus propres à maintenir chez elles non seulement le degré d'instruction indispensable à l'exercice de leur art, mais aussi l'état d'esprit, sans lequel elles ne peuvent remplir leur rôle.

Ce stage, M. Bar le voudrait obligatoire.

La maternité, où la sage femme a fait ses études, celle à laquelle elle se trouve rattachée par le lieu où elle pratique est évidemment toute désignée : le moment des vacances permet de l'ouvrir toute grande aux stagiaires.

Le département du Haut-Rhin a pu organiser à Colmar, en octobre 1924, deux stages de dix jours à chacun desquels ont participé douze sages-femmes. Chaque sage-femme a reçu en 1924 une indemnité de 150 francs, elle a été logée et nourrie gratuitement à l'Ecole d'accouchement. Il a suffi de faire connaître à chaque sage-femme l'essai tenté pour qu'il y ait un grand nombre de postulantes et pour qu'on ait du admettre seulement les plus anciennes.

La première leçon du cours de perfectionnement est due à M. Balard et est consacrée à *l'asepsie en obstétrique*, dont il rappelle les principes et la pratique. Il expose ensuite l'important problème de l'emploi systématique des gants de caoutchouc pour tous les accouchements. Il ne croit pas qu'il soit raisonnable et pratique d'imposer aux sages femmes l'obligation légale de l'usage des gants de caoutchouc. Mais il estime que la sage femme a l'obligation scientifique et morale d'utiliser les gants de caoutchouc comme complément de l'ensemble de méthodes prophylactiques qu'elle ne doit jamais négliger. M. Balard signale aussi ce point *très important* qu'est le port d'un masque si la personne faisant l'accouchement est atteinte d'infection rhino-pharyngée. Il a été démontré, et le fait a été noté à différentes reprises dans diverses Maternités, que certaines infections puerpérales avaient comme origine indiscutable une angine chronique, ou une infection rhino-pharyngée dont était atteinte la sage-femme qui avait fait l'accouchement.

M. Andérodias étudie ensuite la *surveillance de la femme pendant la gestation*. Parmi d'autres recommandations plus classiques, il expose judicieusement l'importance d'examiner le fonctionnement des appareils digestif et urinaire.

« La femme enceinte est d'ordinaire, dit-il, douée d'un vigoureux appétit. Ajoutez à cela que son entourage, mettant en pratique cet adage vieux comme le monde qu'elle doit manger pour deux, la force à se nourrir de façon inconsidérée, et vous comprendrez facilement qu'il

en résulte parfois un surmenage de l'appareil digestif (dilatation de l'estomac, constipation, etc.) et de certains organes comme le foie et les reins, qui, s'ils peuvent dans une certaine mesure s'adapter à une nutrition un peu intense, ne peuvent supporter une hypernutriton par trop considérable. Il peut alors en résulter des troubles sérieux. »

Dans une troisième leçon M. Balard expose ensuite magistralement, *à propos de la surveillance de l'accouchement*, l'essentiel des conceptions actuelles sur la contraction utérine et ses anomalies. Bien des gens, pratiquant en toute routine, l'art des accouchements, gagnèraient à méditer cette leçon, que j'ai lue avec un intérêt extrême.

Une excellente leçon de M. Balard sur l'*albuminurie gravidique* avec un exposé succinct de ses importants travaux sur l'oscillométrie, des conférences de M. Andérodias sur l'*accouchement en présentation de la face*, sur *le diagnostic et traitement des hémorragies utérines au cours de la gestation*, nous mènent à une excellente synthèse de la question des *bassins viciés*. « Les bassins viciés, remarque M. Balard, constituent l'un des chapitres principaux de la dystocie. A ce titre, tout au moins au point de vue thérapeutique, ils échappent á l'action de la sage femme. Mais comme c'est dans le diagnostic précoce des viciations pelviennes que réside le succès des intervention pratiquées, il s'ensuit que les sages-femmes doivent connaître à fond les viciations pelviennes pour les dépister et pour aider les accoucheurs à faire accepter à la parturiente et à son entourage les méthodes modernes de l'obstétrique opératoire ».

Après avoir étudié la clinique de la dystocie osseuse M. Balard en discute la thérapeutique et son plaidoyer pour l'accouchement prématuré m'a, je l'avoue, fortement troublé.

Enfin le recueil se termine par une conférence de M. Andérodias sur la *Syphilis chez les femmes enceintes*.

Pour résumer mon impression de ce livre, je dirais volontiers qu'il convient d'en louer la valeur didactique, autant que M. Bar en a loué, dans sa préface, la portée médico sociale : c'est un bon livre et je ne saurais trop en recommander la lecture à quiconque s'intéresse à l'obstétrique : ce livre, écrit pour des sages femmes, est riche de bonne expérience et prodigue de bons conseils.

Henri VIGNES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La Pratique des déviations vertébrales (scoliose-cyphose-lordose), par C. RŒDERER et R. LEDENT, in-8, 380 p., 258 fig. : 42 fr. (Doin).

Séméiologie biliaire, par G. PARTURIER, in-8, 372 p. : 30 fr. (Doin).

Les sténoses fonctionnelles du duodénum, par E. TERRIS, in-8, 200 p., fig., 8, pl. hors texte : 25 fr. (Doin).

Maladies des bronches et des poumons, par MM. BEZANÇON, DE JONG, CLAISSE, MERY, BABONNEIX, LE NOIR, André JACQUELIN, MEYER, BARREAU, in 8, fasc. XXIX du nouveau Traité de médecine Gilbert et Carnot, 500 p. : 45 fr. (Baillière).

La région lombaire et le petit bassin, par GRÉGOIRE, in-8 200 p., 80 pl. coloriées : 40 fr. (Baillière).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 47. **Le Numéro : 50 Centimes** 21 NOVEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies........... 35 fr.
Belgique et Italie............ 45 fr
Étranger 1re zone........ 55 fr.
2e zone........ 70 fr

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine* — Epreuve orale : *Séance du 4 novembre* — Questions posées : Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — Angine de Ludwig. MM. Rosier 22, Soulier 20, Plessier 20, Sée 17, Lichtenberger 23, Béal 12, Salavert 20, Sigwald 25, Bompard (Henri), 27, Renard 25.

Séance du 7 novembre. — Questions posées : Signes et complications du rétrécissement mitral pur. — Causes, signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. MM. Ganem 24, Laffitte 19, Mlle Lequin 25, MM. Barthes 20, Vanier 19, Hurez 22, Troncin 26, Rivoire 20, Ferrand 13, Stehélin 24.

Séance du 9 novembre. — Questions posées : Complications respiratoires de la rougeole. — Symptômes et complications des luxations récentes de l'épaule en avant et en dehors. MM. Funck 26, Augier 24, Azalbert 16, Weill (J. R.), 23, Mlle Weill (Suzanne) 22, MM. Poumeau-Delille 20, Deransard 14, André 22, Sicard (Robert) 24, Triau 25.

Concours de Pharmacien des hôpitaux. — *Séance du 5 novembre.* — Epreuves de titres : MM. Cheymol 10, David 5 1/2, M. Malmy s'est retiré.

Epreuve pratique : MM. Cheymol 18, David 17.

Séance du 6 novembre. — Epreuve écrite. Questions posées :

Pharmacie : De la solution en général.

Chimie : Glycérine et ses dérivés.

Histoire naturelle. Les crucifères. MM. Cheymol 35, David 34.

Séance du 9 novembre. — Epreuve orale. Questions données :

Pharmacie : Stérilisation des liquides injectables.

Chimie : Recherche et dosage de l'acide urique dans les liquides de l'organisme.

Légion d'Honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Présidence du Conseil. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique.

Au grade de chevalier. — Mme Sollier, née Dubois, docteur en médecine.

Ministère des pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Poirot-Delpech.

Ministère de la Guerre. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Huter, président de la Société de médecine du Bas-Rhin ; H. Juppe (d'Arudy).

Ministère du Travail. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Fau, de Vichy ; Bertolus, de Boën-sur-Lignon ; Nicolas, de Saint-Afrique ; Ricateau, de Crest.

Fondation Bergonié. — Pour rendre un pieux hommage au grand savant, victime de son dévouement à la science, dont la mort héroïque a excité l'admiration universelle, les amis et les élèves du professeur Bergonié ont résolu d'honorer sa mémoire par une manifestation nationale.

A cet effet, en vue de perpétuer le souvenir de son œuvre scientifique et philantrophique, ils ont décidé la création d'une fondation Bergonié à laquelle M. le Président de la République a bien voulu accorder son haut patronage.

La fondation Bergonié a pour but principal l'institution à Bordeaux d'un laboratoire de recherches scientifiques concernant l'électricité et les radiations, et, si les ressources le permettent, le fonctionnement d'une caisse destinée à encourager les travailleurs spécialisés ainsi que d'un fonds de secours pour venir éventuellement en aide aux radiologues victimes des rayons X et du radium.

Le Comité d'honneur comprend les noms des anciens Présidents de la République, des Présidents du Sénat et de la Chambre, du Président du Conseil, du Maréchal Foch, du Maréchal Pétain, des membres de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

Le Comité d'action, placé sous la présidence effective de M. le professeur d'Arsonval, fait un pressant appel aux admirateurs de Bergonié et aux amis de la science pour réaliser l'œuvre projetée et la rendre digne du grand savant dont elle perpétuera le souvenir.

Les souscriptions sont reçues chez le trésorier, M. le Dr Henri de Rothschild, 6, *rue Saint-Philippe-du-Roule.*

Concours pour l'internat en pharmacie pour 1926. — Un concours pour huit places d'interne titulaire en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine et de l'Hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris le lundi 11 janvier 1926. Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2 rue Lobau, porte 447) tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h. et de 14 h. à 17 heures du 14 au 26 décembre 1925.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1926.

Hôpital Saint-Antoine. — Le Dr P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fera du 30 novembre au 6 décembre une série de conférences de *Thérapeutique digestive,* tous les matins, à 10 h. 1/2, salle Aran.

Programme : Traitement de l'ulcère gastro-duodénal. — Traitement des vomissements incoercibles et de l'aérophagie. — Physiothérapie des affections des gastriques. — Tubage duodénal et ses applications thérapeutiques. — Traitement de la dysenterie et des colites. — Exposé et discussion des méthodes nouvelles.

Se faire inscrire salle Aran.

Dispensaire de salubrité. — Un concours pour l'admission à 2 emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité s'ouvrira à la préfecture de police le jeudi 17 désembre 1925.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours se feront inscrire à la préfecture de police (service du personnel).

Le registre d'inscription sera clos le 5 décembre 1925, à 16 heures.

Les candidats devront justifier de la qualité de Français, être âgés de moins de 35 ans au 1er janvier 1925 (cette limite d'âge sera reculée d'autant de temps que les intéressés en auront passé sous les drapeaux pendant la guerre).

Ils devront être docteurs en médecine d'une des Facultés de l'Etat.

Ils devront déposer, en même temps qu'un extrait de leur acte de naissance, leur diplôme de docteur en médecine et leurs états de services militaires, une note donnant l'indication précise de leurs titres scientifiques, universitaires et hospitaliers. Cette note comprendra obligatoirement l'énumération des services médicaux ou chirurgicaux, civils et militaires, des formations sanitaires de

guerre auxquels les candidats ont été attachés ou qu'ils ont dirigés, avec des certificats officiels à l'appui.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre les concurrents et un membre du Jury devront être signalés à l'Administration en vue de la modification du Jury.

Le programme des matières du concours est tenu à la disposition des candidats à la préfecture de police (service du personnel).

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. — 9 *novembre.* — M. DELPEROU (J.). Contribution à l'étude clinique de l'évolution utérine puerpérale. — M. THUILLANT. Etude exploratrive sur les anesthésiques.

12 *novembre.* — M. MALFUSON (P.). Le milieu buccal et son équilibre biologique. — M. GALLOIS (G.). Le paludisme en France. — M. FUCHS (L.). Les abus du sport. — M. LECLERC. Etude sur les multiples indications du para-amino benzoate de butyle normal (scuroforme). — M. CENAC (M.). De certains langages créés par des aliénés.

17 *novembre.* — M. LAURAINE (F.). Le tubage duodénal en pathologie gastro-intestinale. — Mme CHATENET. Le passé des hérédo-syphilitiques. — M. JULLIEN (B.). Anesthésie paravertébrale. — M. LEMARCHAND. Etude de la rachistovaïnisation lombaire.

19 *novembre.* — (Thèses vétérinaires.) — M. MOREL. Etude de l'étiologie et du traitement du rachitisme chez le chien. — M. CANTER. Le lait des animaux tuberculeux et ses dangers. — M SARNOVIC. Le milieu de culture et le microbe.

Création de la Clinique neuro-psychiatrique infantile. — Sous la direction des professeurs Henri CLAUDE et P. NOBÉCOURT la Faculté de Médecine crée dans les locaux du patronage de l'Enfance 379, rue de Vaugirard, une annexe de la Clinique des maladies mentales et de la Clinique infantile. Ce service sera confié au Dr HEUYER, médecin des hôpitaux, qui remplira les fonctions de chargé de cours et sera assisté d'un chef de clinique, qui comptera parmi les chefs de clinique de la Clinique des maladies mentales. Les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques ou chez qui pourraient être soupçonnées des tares mentales en raison de leurs tendances aux réactions antisociales et à la délinquance, seront examinés, traités, hospitalisés ou assistés suivant les indications médicales. L'enseignement de la psychiatrie infantile pourra, grâce à un riche matériel, être donné aux élèves stagiaires de la Faculté, ainsi qu'aux personnes qui s'intéressent aux questions médico-pédagogiques concernant les enfants anormaux. L'œuvre de relèvement du patronage de l'enfance, qui a déjà rendu de si grands services et s'est montrée d'une haute portée morale, sera complétée ainsi par une collaboration médicale d'un grand intérêt au point de vue prophylactique.

Hôpital Lariboisière. Maladies du cœur et des vaisseaux. (Dr A. CLERC, Salles Grisolles et Rabelais). — Le mardi à 10 heures, consultation externe et polyclinique ; le vendredi à 10 heures, électrocardiographie et radioscopie ; le samedi à onze heures, leçon clinique.

Les autres jours, visite dans les salles à 10 heures (à partir du quinze novembre).

Nécrologie. — Le Dr Marcel Degrève (de Montélimar). — Le Dr Léoncini (de Nice). — Dr Louis Ernest Rol, du dispensaire B. B de l'hôpital Saint-Antoine. — Dr Claussat. — Dr Boppe, médecin inspecteur. — Dr Morel, de Villefranche.

TRAVAUX ORIGINAUX

Comment comprendre aujourd'hui la mécanique cardiaque ?

Par les Drs

Edouard PICHON, Chef de clinique médicale infantile à la Faculté de Paris.

et

René PRIEUR, Ancien interne des Hôpitaux de Paris.

Il est de la nature même de la science de n'avancer jamais que par les progrès de l'analyse. Aussi peut-on dire que M. VAQUEZ a fait faire un grand pas aux études médicales le jour où, faisant un corps de doctrine des premiers aperçus de FRAENTZEL et de M. Van HEUVERSWYN, des données cliniques recueillies par Pierre MERKLEN et des travaux physiologiques de FRANÇOIS FRANCK et de M. LIAN, il a dissocié la vieille asystolie de BEAU et décrit les divers syndromes d'insuffisance propre de chacune des cavités du cœur.

Dans les années qui ont précédé la guerre, le monde médical s'est habitué progressivement à ces conceptions nouvelles, et dès 1914 on pouvait les considérer comme devenues classiques. Aussi, pendant, et surtout après la grande guerre, les cardiologistes se sont-ils efforcés de les vérifier et de les préciser en les confrontant activement aux données cliniques qu'ils recueillaient eux-mêmes.

La doctrine formulée par M. VAQUEZ est restée intacte dans ses traits essentiels, et il semble qu'on puisse maintenant considérer ces traits comme voués à une longue vie scientifique. Mais dans les détails, il a fallu faire, à la suite d'une floraison de travaux éclos dans ces dernières années, des retouches au tableau.

M. Jean BRAINE (4) nous a renseignés sur la situation exacte des différentes cavités du cœur dans le médiastin ; MM. GÉRAUDEL (9) en France, SILVESTRI (20) en Italie ont étudié l'aménagement intérieur, les mouvements, l'hydraulique de la pompe cardiaque. Dans un domaine plus purement médical, MM. LAUBRY et LARGEAU (12) ont étudié la symptomatologie, l'étiologie et le mécanisme pathogénique de l'insuffisance ventriculaire droite ; M. GALLAVARDIN (8), MM. SALOZ et FROMMEL (19), et toute l'école de M. RIBIERRE, à laquelle nous avons l'honneur d'appartenir tous deux, ont fixé les traits cliniques de l'insuffisance auriculaire gauche, et montré quel important rôle elle jouait dans l'évolution des cardiopathies mitrales. Enfin M. BARD, développant des idées qui étaient en germe depuis longtemps dans ses beaux travaux, nous a apporté (3) la notion que la diastole était probablement une phase *active* de la révolution cardiaque ; et cette vue, par sa combinaison avec les idées vaquéziennes, nous semble susceptible d'éclairer certains problèmes jusqu'ici obscurs.

A la suite de tous ces travaux, il nous semble utile de tracer les grands traits d'une synthèse de la mécanique cardiaque, telle qu'on peut la comprendre actuellement. De ce petit exposé, nous exclurons systématiquement la question du rythme cardiaque et des rapports des phénomènes électriques avec la motilité du cœur, ainsi que celle des dyspragies myocardiques (myocarditiques ou non) liées à une maladie en évolution. Nous bornerons notre sujet à l'étude des conséquences mécaniques des vices de fonctionnement valvulaires.

***

Deux principes généraux sont à poser d'abord : la loi de CORVISART, l'aphorisme de BARD.

Quand un obstacle est apporté à la circulation, la première cavité que cela fatigue est celle qui est, sur le cours du sang, située immédiatement en amont de cet obstacle. Les autres cavités peuvent faiblir ensuite, toujours dans l'ordre inverse de l'écoulement du sang.

Telle est, en somme, la loi que CORVISART (6) a révélée aux cardiologues : et ce faisant, il s'est acquis l'un des plus grands mérites qu'on puisse avoir dans les sciences d'observation : dire une chose simple et qui, dès qu'elle est dite, paraît évidente.

En matière de vice valvulaire, on a conçu longtemps la loi de CORVISART comme s'appliquant de la même façon aux insuffisances et aux rétrécissements : s'il y a rétrécissement, la cavité sise en amont se fatigue directement puisqu'ayant à pousser le sang à travers un orifice trop étroit. S'il y a insuffisance, le sang reflue dans la cavité d'amont au temps où la valvule devrait être étanche, et cette cavité a donc, au temps suivant, plus de sang que normalement à lancer à travers l'orifice, partant plus de travail à fournir. Dans cette conception, la compensation fonctionnelle se fait donc par une *hypertrophie* de la cavité d'amont ; au contraire, l'insuffisance, qui survient le jour où cette cavité ne peut plns fournir l'excès de travail qni lui est demandé, se caractérise par la *dilatation*.

L'aphorisme de BARD n'entame en rien la rigueur de la loi de CORVISART (au moins énoncée sous la forme qui lui a été donnée ci-dessus), mais il nous permet de préciser de quelle façon elle agit au cas des différents vices valvulaires. Et, pour M. BARD, elle agit différemment suivant qu'il s'agit d'un rétrécissement ou d'une insuffisance : la diastole étant selon lui un phénomène actif, une *hyperdiastolie* de la cavité sise en amont est utile pour qu'il y ait compensation fonctionnelle dans les insuffisances valvulaires : il faut que cette cavité fasse activement de la place, s'*écarquille*, devienne suremplissable, afin de laisser à l'excès de sang qui va l'occuper un espace suffisant pour qu'il n'y ait pas encombrement. C'est le jour où cet écarquillement devient impossible que l'insuffisance survient. On peut donc, suivant nous, énoncer comme suit l'aphorisme de BARD :

Dans les rétrécissements, la compensation se fait par hypersystolie (surpoussée de chasse), *et l'insuffisance survient par hyposystolie* (dilatation) ; *dans les insuffisances, la compensation se fait par hyperdiastolie* (écarquillement ; répondant peut-être *pro parte* à l'hypertrophie excentrique de BERTIN) *et l'insuffisance survient par hypodiastolie* (inaccommodabilité).

***

Toute la cardiologie classique du XIXe siècle a admis, et avec raison semble-t-il, que l'insuffisance d'une cavité donnée se traduisait surtout par de la stase dans les systèmes porte-sang situés en amont d'icelle ; c'est même là le mécanisme par lequel l'insuffisance peut se propager, en quelque sorte, de cavité en cavité en remontant le cours du sang.

Cette notion, qui fait corps avec la loi de CORVISART, n'est pas contradictoire avec l'aphorisme de BARD : l'hyposystolie encombre la cavité qui en est atteinte, puisque par elle le sang en est mal chassé ; l'hypodiastolie l'encombre aussi, puisque par elle le sang ne trouve pas assez de place ; dans les deux cas donc, l'afflux du sang dans la cavité devient malaisé, et il se fait conséquemment de la stagnation en amont. Il exige donc indéniablement une

stase rétrograde, créée dans un système sanguin par l'insuffisance de la cavité sise en aval.

Mais n'existe-t-il pas aussi une *stase antérograde*, c'est-à-dire produite dans un système par l'insuffisance de la poussée qu'imprime au sang la cavité sise en amont ? Le premier qui l'ait pensé semble avoir été M. Eugène Van Heuverswyn (11), qui a imputé certains œdèmes périphériques à la diminution de l'impulsion ventriculaire gauche. Et rien à l'heure actuelle n'est venu infirmer l'hypothèse qu'il pût y avoir des stases antérogrades ; il faut donc leur laisser au moins une place à côté de celle éminente que l'on a attribuée aux stases rétrogrades.

***

Avant de clore ce rapide exposé de données générales, il nous faut dire un mot des *insuffisances valvulaires fonctionnelles*, conséquences des insuffisances respectives des différentes cavités cardiaques. La première connue avait été l'insuffisance cardiaque fonctionnelle (par dilatation de l'aorte), dont la notion remonte à Hodgson ; et pourtant c'est à elle que le droit de cité a été rendu en dernier lieu. Insuffisances aortique et mitrale fonctionnelles de l'insuffisance ventriculaire gauche, insuffisance pulmonarienne et tricuspidienne fonctionnelles de l'insuffisance ventriculaire droite, autant d'éventualités considérées aujourd'hui comme possibles ; mais il semble bien que pareilles *fuites* valvulaires puissent se produire sans une *dyspragie*[1] véritable de la cavité entière : aussi tend-on à faire intervenir en pareil cas des dyspragies particulières des systèmes musculaires dont dépend la valvule : insuffisances par défaut de serrage, dit M. Géraudel ; ceci est en accord avec le rôle de plus en plus grand qu'on a été cliniquement amené par ailleurs à faire jouer aux facteurs transitoires, tant inflammatoires que fonctionnels, dans la pathologie des souffles orificiels des lésions organiques en voie de constitution. (Cf. à ce sujet les travaux de MM. Bard (1), Ch. Laubry et Doumer (13), ceux de M. Ribierre et les nôtres propres.)

Ces divers principes une fois posés, nous pouvons jeter un coup d'œil rapide sur les syndromes particuliers d'insuffisance de chaque cavité.

***

Le tableau de l'*insuffisance ventriculaire gauche* a été tracé si magistralement par M. Vaquez qu'on n'a à peu près rien trouvé à y changer au cours des études cardiologiques de ces dernières années. Deux grandes causes, on le sait, y mènent cliniquement : l'hypertension artérielle, l'insuffisance aortique. Le rétrécissement aortique n'ayant en clinique qu'un rôle relativement restreint, c'est l'hypertension artérielle qui représente ici les affections se compensant par hypersystolie et menant à l'insuffisance par hyposystolie.

Dans l'insuffisance aortique en tant que vice valvulaire pur doit intervenir, si ce qu'avance M. Bard est vrai, le facteur diastole. Mais dans la maladie de Hodgson, l'hypertension artérielle s'ajoute au vice valvulaire, et l'on a le tableau typique de l'insuffisance ventriculaire gauche.

Abstraction faite des troubles du rythme (extrasystole d'abord ; pouls alternant, à la période d'insuffisance confirmée), l'insuffisance ventriculaire gauche se manifeste avant tout par les accidents que M. Vaquez a groupés sous le nom de *dyspnée douloureuse*.

Pendant longtemps ils ne se montrent que sous forme de paroxysmes, parce que le ventricule gauche est plutôt sujet à des fléchissements brusques avec distension (dilatation aiguë) que réduit à un état d'insuffisance continue.

Ces accès paroxystiques sont : l'*angine cardiogène* (dite de décubitus), l'*œdème aigu du poumon* ; et certains accès œdémato-angoreux qui font la transition clinique entre ces deux types.

Inutile de redécrire ces accès, ni de rediscuter à fond leur pathogénie, ce qui nous entraînerait trop loin. Rappelons seulement que l'angine de poitrine d'origine cardiaque, vraisemblablement due, comme le pense M. Vaquez (21) à la souffrance des arborisations intra-myocardiques d'origine du nerf de Cyon, semble pouvoir être le résultat direct de la distension du ventricule gauche, tandis que l'œdème pulmonaire aigu ne peut en somme survenir que par l'intermédiaire d'une stase rétrograde dans l'oreillette gauche et la circulation pulmonaire ; c'est que normalement, comme l'ont montré Henderson et Prince dès 1914 par leurs expériences sur le chat (10), le ventricule gauche fonctionne comme une pompe réglable, empêchant par aspiration l'hypertension dans l'oreillette gauche et dans la petite circulation.

Sur l'*insuffisance mitrale fonctionnelle*, qui a fait l'objet de nombreux travaux dans notre pays au cours de la période récente, nous ne reviendrons pas.

L'*insuffisance aortique fonctionnelle* a droit maintenant à une place dans le tableau de l'insuffisance ventriculaire gauche, mais il est probable qu'elle relève aussi souvent d'une dyspragie myocardique locale que de l'insuffisance globale de la cavité. Cette interprétation, admise par MM. Laubry et Doumer, convenait aussi au cas que M. Ribierre a étudié avec l'un de nous (18).

Nous rappellerons qu'il y a probablement lieu d'admettre, avec M. Van Heuverswyn, que l'insuffisance ventriculaire gauche est capable de créer des *œdèmes périphériques* par stase antérograde. La diminution de l'impulsion ventriculaire entraîne une diminution de la *vis a tergo* dans le système veineux des extrémités, et l'œdème s'ensuit. Voici les points essentiels de la description qu'en donne M. Eugène Van Heuverswyn : c'est un œdème centripète ; il débute aux pieds ; d'abord, on le remarque le soir, il s'efface la nuit ; progressivement on le voit devenir plus tenace ; au terme extrême, il remonte par les jambes et les cuisses vers l'abdomen. Cet œdème est toujours blanc. Voilà une description qui ressemble étrangement à celle des œdèmes dits rénaux ; mais précisément, ne voit-on pas de pareils petits œdèmes, pendant des années, chez des malades atteints de néphrite du type urémiant, qui ont une hypertension marquée, une évidente tendance à la défaillance ventriculaire gauche, et qui, par ailleurs, n'ont ou bien point de rétention chlorurée, ou bien, plutôt, une rétention chlorée du type sec, hyperchlorémie avec hyponatrémie (5).

Pour compléter la physionomie clinique de l'insuffisance ventriculaire gauche, il faudrait énumérer ici à quels signes physiques (de palpation, de percussion, de radiologie, d'auscultation) on la reconnaît : abaissement de la pointe, cœur vertical, bombement du profil ventriculaire, galop, etc., tous signes bien connus et bien décrits aujourd'hui.

***

Passons à l'*insuffisance auriculaire gauche*.

En vertu de la loi de Corvisart, c'est l'oreillette gau-

1. Nous avons voulu, en employant ces deux mots, faire ressortir la différence qu'il y a entre les deux sens du mot *insuffisance*, selon qu'il s'agit de l'insuffisance d'une valvule ou de celle d'une cavité.

che qui se fatigue la première dans les vices valvulaires de la mitrale. Dans le rétrécissement mitral, l'augmentation de volume de l'oreillette devient en effet beaucoup plus perceptible, tant à la percussion qu'aux rayons X, quand à l'hypertrophie succède la dilatation : l'ombre de l'oreillette gauche arrive, en position oblique postérieure gauche, à boucher tout l'espace clair, se confondant ainsi avec celle du rachis.

Dans l'insuffisance mitrale, d'après M. Bard, le mécanisme est autre : c'est non quand l'oreillette se dilate, mais quand elle ne peut plus fournir l'hyperdiastolie compensatrice que surviennent les accidents d'insuffisance auriculaire pouvant conduire ultérieurement à l'insuffisance ventriculaire droite. Cette théorie, quoi qu'on puisse penser d'elle, nous paraît avoir *le mérite d'expliquer un fait clinique mis dès longtemps en évidence par* M. Nobécourt (15) et qui restait bien difficile à expliquer : savoir que dans l'insuffisance mitrale les accidents pulmonaires (qu'on rattache aujourd'hui à l'insuffisance auriculaire gauche) et même les accidents généraux d'insuffisance ventriculaire droite surviennent souvent sans augmentation sensible du volume de l'oreillette gauche, alors que dans le rétrécissement mitral l'augmentation de volume cliniquement et radiologiquement constatable de l'oreillette gauche est la condition *sine qua non* de l'apparition des mêmes accidents d'insuffisance.

Les signes fonctionnels de l'insuffisance auriculaire gauche sont de trois ordres : la douleur représentée par le *point de côté auriculaire* de MM. Vaquez et Vilbonnet ; l'arythmie, avec ses variétés cliniques de tachysystolie auriculaire et d'arythmie complète : et enfin les accidents pulmonaires.

Ces accidents pulmonaires, dont le rétrécissement mitral, se présentent comme conséquence soit d'une distension aiguë et passagère de l'oreillette gauche, soit d'une dilatation chronique de cette cavité.

Une oreillette gauche qui n'est pas en fibrillation, qui est encore assez active pour qu'une large marge de fléchissement fonctionnel soit possible, vient un jour à user de cette marge, c'est-à-dire à se distendre de façon aiguë : alors survient une crise *d'œdème pulmonaire aigu* : M. Gallavardin (8), MM. Saloz et Frommel (19), notre maître Ribierre (17), ont bien établi cliniquement ce rôle de l'insuffisance auriculaire gauche dans la pathogénie de l'œdème pulmonaire aigu ; il semble même qu'il faille, avec M. Ribierre, faire ressortir à l'insuffisance auriculaire gauche la plupart des *accidents gravido-cardiaques* du rétrécissement mitral.

Quant à la dilatation chronique de l'oreillette gauche, dilatation qui entraîne très souvent l'arythmie complète, ce qu'elle amènera, ce sera de la stase rétrograde dans les poumons, ou, comme on dit d'ordinaire, de la *congestion passive*. Entre cette congestion passive et l'œdème aigu signalé ci-dessus, toutes les transitions cliniques sont, bien entendu, possibles : syndromes œdémato-congestifs plus ou moins aigus, auxquels ressortissent nombre d'*hémoptysies* au cours du rétrécissement mitral. Récemment M. Nobécourt et l'un de nous ont attiré l'attention sur ce fait (16) que c'est à l'insuffisance auriculaire gauche que se rattachent, au moins pour la plupart, ces syndromes pseudo-tuberculeux que M. Victor Hutinel avait autrefois décrits chez les enfants cardiopathes : la congestion crée des râles abondants ; la distension des veines pulmonaires crée une obscurité radiologique qu'il faut regarder avec soin pour reconnaître sa forme en éventail vasculaire ; la cyanose très marquée contribue à orienter le médecin vers l'idée d'une tuberculose aiguë ; et pourtant, avec un traitement s'adressant uniquement au cœur, ce syndrome pseudo-tuberculeux s'évanouit en quelques jours

C'est au tableau de l'insuffisance auriculaire gauche qu'il faut probablement rattacher aussi la *paralysie récurrentielle* observée parfois dans le rétrécissement mitral ; connue depuis Ortner (1897), elle s'explique selon cet auteur par la compression que l'oreillette gauche dilatée exerce sur le nerf ; Fetterholf et Norris préfèrent incriminer la dilatation de l'artère pulmonaire ; mais cette dilatation elle-même, si caractéristique de l'image radiologique des affections mitrales (allongement et bombement de l'arc moyen) semble, — abstraction faite des endartérites secondaires qui jouent aussi un rôle —, ressortir en partie à l'hypertension créée dans la petite circulation par la stase rétrograde due à l'insuffisance auriculaire gauche.

C'est par l'intermédiaire de cette hypertension pulmonarienne que l'insuffisance auriculaire gauche, dans le rétrécissement mitral, arrive à inverser le dédoublement du second bruit en substituant la précession pulmonarienne à la précession aortique.

De plus, la contraction auriculaire étant insuffisante, le renforcement présystolique qui terminait le roulement disparaît.

***

Abstraction faite des lésions ou des défaillances primitives du myocarde, *l'insuffisance ventriculaire droite* ne peut, conformément à la loi de Corvisart, survenir que du fait d'obstacles situés en aval du ventricule droit. J'énumérerai ces obstacles en commençant par ceux qui sont circulatoirement les plus proches du ventricule droit, c'est-à-dire qui sont susceptibles de retentir le plus directement et le plus tôt sur lui.

Ce sont d'abord les vices valvulaires organiques de l'orifice pulmonaire lui-même.

Puis ce sont les vieilles pneumopathies chroniques avec sclérose, agissant par hypertension de la petite circulation. M. Lutembacher a attiré l'attention sur le syndrome d'insuffisance ventriculaire droite où ces pneumopathies aboutissent à la longue. Le facteur important dans ces cas, c'est l'hypertension de la petite circulation, qui agit sur le ventricule droit comme celle de la grande sur le gauche, à ceci près que le ventricule droit, moins musclé, s'hypertrophie moins et se dilate plus tôt que le gauche. Il est logique d'admettre que cette hypertension devienne une cause de sclérose artérielle. et, pour M. Laubry et ses élèves, c'est seulement par l'intermédiaire d'une artérite sclérosante de la pulmonaire (1) que les pneumopathies peuvent entraîner l'insuffisance ventriculaire droite, et c'est pourquoi l'on peut, avec M. Lutembacher, opposer le petit cœur ferme type Laennec des tuberculoses ulcéro-caséeuses du poumon au gros cœur flasque type Portal des tuberculoses fibreuses du même organe.

Par l'intermédiaire de la stase pulmonaire rétrograde, l'insuffisance auriculaire gauche peut retentir sur le ventricule droit. C'est de cette façon que les affections mitrales donnent de l'insuffisance ventriculaire droite.

Enfin, théoriquement, suivant la loi de Corvisart, l'insuffisance ventriculaire gauche serait capable, à la longue, par l'intermédiaire de l'oreillette gauche et des poumons,

(1) Ou, exceptionnellement, par compression directe de l'artère pulmonaire dans le médiastin.

de fatiguer le ventricule droit. De telles fatigues existent, à titre temporaire, par exemple à la fin de certaines crises d'œdème pulmonaire aigu par insuffisance ventriculaire gauche.

Mais l'insuffisance ventriculaire droite permanente n'apparaît guère par ce mécanisme. Le malade est le plus souvent mort d'un accident d'hypertension de la grande circulation ou d'insuffisance ventriculaire gauche avant que cette phase ait pu survenir. C'est le mérite de M. LAUBRY et de LARGEAU d'avoir montré que l'augmentation de volume du ventricule gauche peut agir indirectement pour créer le grand tableau asystolique avec anasarque, en refoulant et en comprimant le ventricule droit. La cavité du ventricule droit devenue trop petite forme obstacle devant l'oreillette droite, d'où œdèmes et stases par insuffisance auriculaire droite, conformément à la loi de CORVISART.

Quels signes propres aura donc l'insuffisance ventriculaire droite ? Comme signes physiques, outre la tachycardie et les extrasystoles dexiogènes qu'admettent MM. VAQUEZ et LUTEMBACHER, il faut signaler le galop droit, déjà connu de POTAIN, et l'*augmentation de volume du ventricule droit*. Depuis les consciencieux travaux que M. CHAPERON (7) a menés sous les auspices successifs de ses maîtres DELHERM et DUHEM, on ne peut plus soutenir que le ventricule droit contribue aucunement à la formation du bord droit de l'aire percussionnelle et radiologique du cœur. L'obliquité de la partie inférieure de ce bord, vers le bas et la droite signifie soit dilatation de l'oreillette droite (MIDDLETON-VAQUEZ), soit stase hépatocave (DUHEM et CHAPERON), mais ne signifie rien quant au ventricule droit. Les seuls bons signes d'augmentation de volume du ventricule droit sont les suivants :

La partie gauche, apexienne, du ventricule droit vient soulever la pointe au-dessus du diaphragme, comme se soulève au-dessus du sol l'extrémité d'un *sabot*. On peut percevoir directement, par la palpation épigastrique le ventricule droit déprimant le diaphragme. Chez l'enfant, de pareils cas ne sont pas exceptionnels. Chez certains sujets, l'on a même pu recueillir là des tracés graphiques, qui se sont montrés semblables à des phlébogrammes (LAUBRY et Daniel ROUTIER), parce que le ventricule droit était devenu incapable de s'opposer aux changements passifs de pression dans sa propre cavité. MM. LAUBRY et HIRSCHFELD ont en outre affirmé qu'en position transverse gauche à 85°, on pouvait mettre en évidence l'élévation du point A (intersection du contour du ventricule droit avec celui de l'arc pulmonaire) par rapport au point G, et la disparition de l'espace clair rétrosternal. Enfin, chez les rétrécis mitraux à grosse oreillette gauche, l'oreillette gauche peut dépasser largement le bord droit du rachis à la percussion (MENTL) (14) et venir se montrer au bord droit du cœur dans l'orthodiagramme en position frontale (BORDET). Or ces deux phénomènes sont liés, pour LIBENSKY et MENTL, à la « rotation du cœur mitral », la dilatation du ventricule droit, quand elle survient, rejetant le ventricule gauche en arrière, et conséquemment l'oreillette gauche en arrière et à droite. Cette intéressante suggestion demande de plus amples études.

De signes fonctionnels propres, l'insuffisance ventriculaire droite n'en a guère. La stase antérograde qu'elle crée se surajoute néanmoins aux causes, soit proprement pulmonaires, soit auriculaires gauches pour augmenter l'encombrement du système pulmonaire ; c'est pourquoi une *dyspnée permanente* est la règle dans l'insuffisance ventriculaire droite. La plupart des autres signes (congestion hépatique, anasarque) ne peuvent se produire que par l'intermédiaire de l'oreillette droite.

Avant de passer à l'étude de l'insuffisance de celle-ci, mentionnons rapidement que l'insuffisance ventriculaire droite peut amener avec elle deux insuffisances valvulaires fonctionnelles.

L'*insuffisance tricuspidienne fonctionnelle* est la plus anciennement connue. C'est à elle qu'il est classique d'attribuer ce bruit systolique appelé murmure asystolique de PARROT ; on en décrit même deux types cliniques : l'un coexistant avec l'insuffisance ventriculaire droite d'origine pneumopathique : c'est l'insuffisance tricuspidienne type GOURAUD-LUTEMBACHER ; l'autre causé par l'insuffisance ventriculaire droite d'origine cardiopathique mitrale : c'est l'insuffisance tricuspidienne type GENDRIN. Mais MM. LAUBRY et LARGEAU considèrent l'insuffisance tricuspidienne fonctionnelle comme exceptionnelle ; selon eux, il n'y a aucun bon signe qui permette d'affirmer cette insuffisance, et LARGEAU ne craint pas d'aller jusqu'à dire que le murmure asystolique lui-même est le plus souvent le fait d'une insuffisance mitrale fonctionnelle !

L'insuffisance pulmonaire fonctionnelle peut cliniquement ne pas exiger la grande insuffisance ventriculaire droite. C'est peut-être qu'elle peut dépendre de la distension du tronc de l'artère pulmonaire ; c'est surtout qu'elle peut relever d'un myocardisme partiel. Elle est en tout cas une complication possible du rétrécissement mitral : le souffle diastolique de GRAHAM STELL, qu'ORTNER rapportait à un timbre anormal ou à une propagation supérieure du roulement, a été expliqué dès PAWINSKI par une insuffisance pulmonarienne fonctionnelle : MM. VAQUEZ et MAGNIEL, M. RIBIERRE ont repris l'étude de cette insuffisance pulmonarienne.

***

En définitive, c'est à l'*insuffisance auriculaire droite* que se rapportent ces signes de stase rétrograde dans la grande circulation qui sont les grands signes classiques de l'asystolie.

M. LARGEAU semble penser que cette oreillette est capable de souffrir longtemps de stase, avant de se détraquer définitivement au point de vue des fonctions rythmiques, et il ne craint pas d'écrire que la fibrillation auriculaire lui semble être « bien plus l'apanage de l'oreillette gauche que de l'oreillette droite » (thèse de Largeau, p. 30). Cette assertion ne représente encore qu'une hypothèse.

Les causes les plus directes de l'insuffisance auriculaire droite seront, en vertu de la loi de CORVISART, les vices valvulaires tricuspidiens. Le rétrécissement tricuspidien ne se voit que très rarement. Dans l'insuffisance tricuspidienne organique, qui est moins rare, l'oreillette droite connaît une période de compensation au cours de laquelle, selon M. BARD (2) l'onde présystolique *a* et l'onde télésystolique *v* du phlébogramme sont encore séparées par une dépression, parce que l'oreillette droite hyperdiastolique absorbe en quelque sorte le reflux anormal de sang qui lui arrive. Il n'y a insuffisance auriculaire droite que quand l'oreillette droite devient incapable d'hyperdiastolie.

Mais le plus souvent, l'insuffisance auriculaire droite succède soit à l'insuffisance ventriculaire droite des mitraux et des pneumopathes, soit, si nous comprenons bien la conception de MM. LAUBRY et LARGEAU, à l'effacement de la cavité ventriculaire droite par le ventricule gauche augmenté de volume.

Quoi qu'il en soit, la conséquence de la stase dans l'oreillette droite est toujours la même ; c'est la stase rétrograde dans le système veineux.

Le *foie* occupe le premier rang dans la symptomatologie : congestion hépatique passive, douloureuse, puis cirrhose cardiaque. Des œdèmes viscéraux peuvent se faire partout, sauf au poumon ; les *séreuses* s'emplissent de sérosité, les plèvres comme les autres, puisque les veines pleurales vont au système veineux général et non aux veines pulmonaires. Quant aux *œdèmes périphériques*, ce sont les œdèmes cardiaques des classiques, que M. Van Heuverswyn a bien opposés aux œdèmes blancs par stase antérograde d'origine ventriculaire gauche ; œdème cardiaque classique, c'est-à-dire œdème cyanique, relativement dur, centrifuge, et s'établissant rapidement de façon permanente à partir du moment où il est apparu pour la première fois.

Textes cités.

1. L. Bard. — Du rôle des facteurs dynamiques dans la production et dans les variations des bruits de souffle. (*Bruxelles médical*, 1er avril 1922.)

2. L. Bard. — Insuffisance tricuspide organique et insuffisance fonctionnelle. Importance clinique de leur diagnostic différentiel. (*Gazette médicale et revue d'hygiène sociale de Strasbourg*, LXXXe année, n° 4, p. 134-143, avril 1922.)

3. L. Bard. — De l'activité de la diastole et de son rôle en pathologie cardiaque. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 18e année, n° 3, mars 1925, p. 113 sqq.)

4. J. Braine. — Le médiastin. (*Thèse de Paris*, 1924.)

5. C. Van Caulaert. — Etude sur les rétentions chlorurées sèches. (*Thèse de Strasbourg*, 1925.)

6. Corvisart. — Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux.

7. Delherm et Chaperon. — Les contours de l'ombre médiane cardio-vasculaire radiologique vus de face (*Presse médicale*, 1922, n° 33, 26 avril.)

8. Gallavardin. — De l'œdème pulmonaire aigu dans les cardiopathies valvulaires endocardiques en dehors de la gravidité. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 14e année, n° 6, juin 1921, p. 262 sqq.)

9. Géraudel. — Conformation intérieure et fonctionnement du ventricule gauche. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 16e année, n° 9, septembre 1923, p. 659 et suiv.)

10. Henderson et Prince. — The relative systolic discharges of the right and left ventricles and their bearing on pulmonary congestion and depletion. (*Heart*, 1914, p. 217.)

11. Eugène Van Heuverswyn. — Du rôle comparatif du cœur gauche et du cœur droit dans l'asystolie. (*Thèse de Paris*, 1889.)

12. Largeau. — L'insuffisance ventriculaire droite. (*Thèse de Paris*, 1924.)

13. Laubry et Ed. Doumer, — Sur l'insuffisance aortique fonctionnelle et sa pathogénie. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1923, n° 13, séance du 20 avril, p. 584 sqq.)

14. Mentl. — La valeur diagnostique des changements prononcés dans la position et dans le volume de l'oreillette gauche du cœur. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 18e année, n° 2, février 1925, pp. 76 et suiv.)

15. Nobécourt. — Cardiopathies de l'enfance, 1914.

16. Nobécourt et Pichon. — Rhumatisme cardiaque évolutif avec insuffisance auriculaire gauche chez une fille de dix ans. (*Archives de médecine des enfants*, t. XXVIII, n° 8, août 1925, pp. 493 et suiv.)

17. P. Ribierre. — Conception actuelle des insuffisances cardiaques partielles. (*Progrès médical*, 4 avril 1925, pp. 507 et suiv.)

18. P. Ribierre et R. Prieur. — Insuffisance aortique purement fonctionnelle au cours d'une endocardite végétante de la mitrale et de l'oreillette gauche. (*Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1924, n° 10, séance du 14 mars.)

19. Saloz et Ed. Frommel. — L'œdème aigu du poumon au cours du rétrécissement mitral. Sa pathogénie. (*Archives des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, 16e année, n° 8, août 1923, pp. 578 et suiv.)

20. Silvestri. — Il movimento di rotazione del cuore è proprio dell' uomo, e perchè ? (*Cuore e Circolazione*, VIII, 1, janvier 1924, pp. 24 et suiv.)

21. Vaquez. — L'angine de poitrine. (*Archives des maladies du cœur des vaisseaux et du sang*, 8e année, n° 3, mars 1915.)

ACTUALITES

Le XIIe Congrès d'Hygiène

(*Paris*, 20-22 *octobre* 1925)

Par le Dr G. ICHOK

Professeur à l'Ecole des Hautes Etudes Sociales

Dans certains Congrès, les nombreux participants ont le privilège de manifester leur pleine satisfaction et d'affirmer leur confiance dans l'avenir. L'ensemble des travaux permet aux Congressistes heureux d'exprimer cette satisfaction car ils apprécient à leur juste valeur les succès du passé et les possibilités des temps futurs. Il n'y a aucune place sérieuse pour la critique impitoyable puisque les résultats atteints justifient un point de vue optimiste.

Le XIIe Congrès d'Hygiène ne pouvait certainement pas être classé parmi les réunions où une franche gaieté animait continuellement l'atmosphère. Les questions traitées ont donné lieu à un échange de vues qui n'incitait pas toujours à une allégresse exagérée. Toutefois, les sentiments plus ou moins tristes provoqués ne le furent pas sans exception. On devait avouer que, bien au contraire, dans quelques coins du vaste édifice où les hygiénistes travaillaient sans relâche, l'œuvre élaborée mérita de retenir l'attention. On avait le droit d'enregistrer, non sans fierté, quelques pas importants en avant, qui faisaient oublier les échecs douloureux.

La syphilis est-elle en voie de régression ? C'est par une réponse à cette question inquiétante que les travaux du Congrès ont commencé, sous la présidence de M. Faivre, inspecteur général honoraire des services administratifs, président de la Société de Médecine publique et de Génie sanitaire pour 1925. M. Pautrier, professeur de Clinique Dermatologique à la Faculté de Médecine de Strasbourg a été le rapporteur, Il sera utile d'apprendre les lignes essentielles de son exposé.

D'après M. Pautrier, seule une enquête, portant sur la totalité des services hospitaliers et sur l'ensemble du corps médical, permettrait d'estimer, aussi exactement que possible, le nombre total de syphilitiques. En l'absence d'une documentation complète de ce genre, on ne peut prendre comme éléments d'appréciation, que les statistiques fournies par les consultations spéciales de la France entière. Elles indiquent une diminution rapide de la syphilis, entre 1920 et 1923, atteignant environ 50 %. Depuis 1923, la courbe ne descend plus. On se trouve en présence d'une situation stationnaire avec tendance à l'augmentation. On constata en effet, pour l'année dernière, plusieurs signes d'ascendance, marquant une reprise de cas nouveaux.

L'arrêt de la décroissance est dû à des causes multiples. Il y a lieu, tout d'abord, de compter avec l'éducation insuffisante du public. Les malades, trompés par la publicité des charlatans, viennent à eux, trop nombreux. D'autre part, la lutte rationnelle contre la syphilis est mise en échec par un apport considérable de la syphilis par les ouvriers polonais, tchéco-slovaques, italiens, etc... Ce

facteur joue un certain rôle, et la situation s'aggrave par le fait d'un traitement parfois insuffisant de la maladie. M. PAUTRIER reproche particulièrement aux praticiens, dans l'administration des novarsenobenzènes, la substitution de la voie intra-musculaire à la voie intra-veineuse, ce qui constitue une cure insuffisante.

M. PAUTRIER cita, non seulement des documents français, mais également le résultat d'une enquête partielle à l'étranger. On constate partout une évolution de la courbe de la syphilis parallèle à celle qu'elle décrit en France. En Belgique, en Suisse, au Danemark, en Suède, etc... nous trouvons le maximun vers 1919, suivi d'une décroissance rapide à partir de 1920 atteignant 40 à 50 % de diminution.

En résumé, le coup d'œil rétrospectif sur l'état actuel de la lutte contre la syphilis, paraît satisfaisant. Peu de campagnes contre une maladie sociale auront été menées avec une pareille énergie, une semblable rapidité et avec des résultats aussi précoces. Il est à remarquer que l'emploi des médicaments spécifiques contre l'infection syphilitique, que nous ne possédons pas encore contre la tuberculose, ni contre le cancer, est à la base du succès.

Le fait que la syphilis a subi, pendant une période de six années, une baisse de 50 %, montre l'excellence de la méthode suivie. Il ne faudrait cependant pas en conclure que six ans doivent suffire pour venir à bout des 50 % restants de la syphilis. M. PAUTRIER constate que nous sommes « en plateau » depuis 3 ans et que nous voyons même de petits foyers se rallumer. Bien téméraire celui qui prétendrait assigner une date précise à la disparition de la terrible maladie.

La baisse rassurante de la syphilis, annoncée par M. PAUTRIER, trouva sa confirmation dans les paroles de M. SCHRAENER, secrétaire général de la Ligue belge contre le péril vénérien. Grâce à une propagande constante, un nombre important de malades a été orienté vers les centres de traitement. On enregistre actuellement en Belgique une régression notable de la maladie, qui se chiffre, en moyenne, par 50 % pour les cas anciens et 75 % pour les cas nouveaux.

M. SICARD de PLAUZOLES, directeur de la Ligue nationale française contre le péril vénérien, ne voit pas, avec une pleine certitude, la décroissance de la syphilis dans la population française. A son avis, la lutte contre la syphilis doit être poursuivie avec une rigueur extrême, car l'amélioration généralement observée est compromise par l'apport contaminant de l'étranger, par l'insuffisance du traitement, par la fréquence de plus en plus grande des contaminations occultes, et surtout par l'ignorance du public et le défaut d'éducation sexuelle de la jeunesse.

La nécessité d'intensifier les moyens de lutte préconisée par M. SICARD de PLAUZOLES, trouva un écho chez les autres congressistes qui firent des communications documentées. Citons, sans entrer dans des détails, l'étude de M. LÉGER, sur les progrès menaçants de la syphilis aux colonies, de M. MIRON, sur la régression de la syphilis en Roumanie et de MM. PAYENNEVILLE et MARIE, sur le fonctionnement d'un service antisyphilitique à Rouen.

M. Pierre EVEN, qui a pris la parole au cours de la discussion, a fait adopter, à l'unanimité, le vœu suivant :

1° Que soit développée l'organisation de la lutte contre la syphilis en France et aux colonies, par tous les moyens susceptibles d'assurer l'union étroite du traitement et du contrôle sérologique précis de ce traitement ;

2° Qu'une collaboration constante soit créée entre le corps médical appelé à prendre part à la lutte et les directeurs de laboratoires, collaboration propre à faire naître chez le malade un état d'esprit de confiance, permettant le contrôle suivi et prolongé du traitement ;

3° Que soient étudiés, en collaboration avec l'Union Internationale contre le péril vénérien (siège social à Paris), les moyens de coordonner nos efforts et ceux des autres pays du monde.

Après l'adoption du vœu de M. EVEN, qui aborda les problèmes de l'organisation générale, le Congrès se rangea à l'avis de M. GAUDUCHEAU qui réclama, avec beaucoup de vigueur, la diffusion de méthodes d'éducation prophylactique. Il s'agit de la pratique de la désinfection individuelle dans les milieux particulièrement exposés à la contagion.

La discussion au sujet de la diminution de la syphilis, tout en étant au centre des préoccupations du Congrès, ne lui a pas empêché de consacrer une attention suffisante à un problème un peu particulier, notamment celui qui touche l'épidémiologie de la fièvre ondulante, sa distribution géographique et sa prophylaxie. Le premier rapporteur, M. BURNET, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, parla de fièvre ondulante spécialement en tant que maladie exotique. Les trois autres rapporteurs, D. AUBLANT, inspecteur principal des Services d'Hygiène, M. DUBOIS, inspecteur des Services Vétérinaires et M. LISBONNE, professeur de bactériologie à la Faculté de Montpellier, analysèrent le domaine de la fièvre ondulante, en tant que maladie faisant son apparition en France.

Après ces rapports, MM. HAUDUROY et PAUCAULT parlèrent d'un cas de fièvre de Malte à Paris et de son traitement par la vaccinothérapie. Ensuite, M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, de l'Institut Pasteur de Paris, montra une série de projections qu'il accompagna d'explications instructives.

M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, faisant part de ses notes sur quelques hôpitaux danois, hollandais, belges et autrichiens, indiqua, en premier lieu, le côté technique de l'hygiène hospitalière. A ce point de vue, elle s'efforce de placer les malades dans les meilleures conditions possibles pour profiter des ressources médicales et scientifiques, et de leur assurer le confort matériel, sans lequel l'effort curateur demeurerait souvent stérile. L'hygiéniste doit, en plus, tenir compte du lien étroit qui doit exister entre l'organisation des hôpitaux et les idées sociales régnantes. Son devoir est de suivre, avec une attention égale, les acquisitions scientifiques et l'évolution sociale, afin de comprendre les besoins nouveaux ou même les prévoir.

MM. RICQUIER et VAILLANT ont pris la parole après M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE, pour faire une communication sur la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine de RAMON. 700 enfants habitant des villages du Pas de-Calais, ont subi, avec un succès indiscutable, la vaccination en question.

La lutte contre la diphtérie, l'hygiène hospitalière et la fièvre ondulante ont intéressé surtout les spécialistes, tandis que la revue générale des questions d'hygiène pendant les années 1924 et 1925, s'adressa à tous les hygiénistes. M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE assuma la tâche difficile d'éviter aux hygiénistes les recherches bibliographiques, en donnant une étude d'ensemble. Dans la première partie de son remarquable rapport, il a fait la révision des travaux parus en bactériologie ou en sérologie, et, d'une façon générale, de toutes les recherches de laboratoire qui ont trait à ce que l'on appelle l'hygiène expérimentale. Après une description sommaire des nouveaux traités parus, le rapporteur mentionna les travaux sur l'eau potable, les eaux usées, l'eau de mer et les huîtres, la question des piscines, la technique en général, les maladies épidémiques, la désinfection et les rapports si intéressants entre la vie des microbes et certaines données de la chimie physique. Dans la seconde partie de son rapport, M. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE communiqua les données nouvelles de la vaccination ; les travaux de M. CALMETTE et de ses collaborateurs sur la vaccination antituberculeuse ; de M. RAMON, sur l'anatoxine et la vaccination anti-diphtérique, et de tant d'autres savants qui se consacrèrent à la thérapie et plus spécialement à la sérothérapie.

En terminant, il insista sur le fait que le laboratoire n'est pas toute la médecine, mais que clinique et labo-

BIBLIOGRAPHIE

Initiation à la médecine par le Dr Henri BOUQUET. Un volume in-16, broché : 6 francs. Librairie Hachette.

Médecin érudit et en même temps l'un de nos plus réputés écrivains scientifiques, le docteur Henri Bouquet a condensé les leçons d'une expérience très avertie en des pages lumineuses et il les a groupées sous six rubriques suivantes : Les causes de la maladie ; Comment l'organisme se défend contre la maladie ; Le diagnostic ; Le pronostic ; Le traitement ; L'hygiène.

Quiconque aura lu avec attention cet ouvrage deviendra pour le médecin un collaborateur et un auxiliaire précieux.

L'Art de vivre par le Dr TOULOUSE. 1 vol. Prix : 8 fr. 50. Fasquelle éditeur, 11, rue de Grenelle, Paris.

Parmi les livres que le docteur TOULOUSE a consacrés à la conduite de la vie, son *Art de vivre* constitue un des plus intéressants et un des plus utiles.

Une nouvelle édition paraît, remaniée et sensiblement augmentée, où chacun trouvera le conseil qui lui sera utile pour s'adapter aux conditions de plus en plus complexes de l'existence actuelle

L'évolution biologique et spirituelle de l'homme, par Sir Oliver LODGE Editions de la B. P. S. 8, rue Copernic, Paris (16e). Un volume in-16 de 176 pages. Prix : 7 francs.

Sir O. Lodge, un des maîtres incontestés de la physique contemporaine, tente de faire parallèlement l'histoire des formes corporelles, la genèse de l'âme dans l'homme.

Ce livre hardi s'ajoute comme un fait nouveau marquant, aussi bien dans le domaine de la science que dans celui de la philosophie. Il a rencontré en Angleterre et en Amérique un succès considérable.

Le Trésor légendaire de l'Humanité, 1 volume in-16 jésus, 320 pages : 12 francs. Librairie de France, 110 boulevard Saint Germain, Paris (VIe).

Le *Rameau d'Or* de Frazer est une date de l'histoire de la pensée humaine. Pour la première fois toutes les croyances, toutes les coutumes de l'humanité ont été confrontées les unes avec les autres et de cette immense enquête comparative des conclusions d'une nouveauté splendide ont été tirées.

Ce grand livre de science se trouve être par surcroît un chef-d'œuvre littéraire. Jamais les coutumes et les légendes du genre humain n'ont été décrites avec plus de fraîcheur et de charme. C'est pourquoi Lady Frazer a eu l'idée de détacher ces descriptions si vives et d'en faire un précieux recueil.

Le *Trésor légendaire de l'humanité* doit prendre place, à côté de la Mythologie grecque et de l'Histoire Sainte, parmi les livres qui enseignent l'homme à l'homme, qui exaltent l'imagination, qui nourrissent la pensée, qui enchantent les jeunes gens et les poètes. C'est la Bible de la primitive humanité.

La vie profonde. Pages choisies dans les plus belles œuvres poétiques et commentées par Maurice BOUCHOR. I. Homère, 5 fr. — II. Victor Hugo, br. 6 fr. III. Antiquité Judéo-Chrétienne, 6 fr. IV. Antiquité païenne, 6 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris

L'Amour de l'Art. Sommaire du n° d'octobre 1925 :

Modigliani, par Waldemar George. — L'architecture, l'art industriel, l'art du livre et l'art de la mise en scène dans l'U. R. S. S. — La peinture murale en Anjou, par Edm Epardaud. — Chronique : Les livres d'art. — Les recherches archéologiques en Syrie et dans le Liban.

Abonnement France : 60 fr. Etranger : 80 fr. Librairie de France, 110, boulevard St-Germain, Paris.

L'Encyclopédie par l'image. Le Cinéma. Texte de R. Millaud, avec 145 illustrations. 1 vol. in-8, papier de luxe, couv. en 4 coul. broché : 4 fr. Pour paraître en décembre dans cette collection : **Les Cathédrales.** Librairie Hachette, 79, boulev. St-Germain, Paris.

Tu trahiras, par Lucien FORGAN. Roman. Edition Bossard, 140, boulevard Saint-Germain. Prix : 7 fr. 50.

Monsieur Selfridge escamoteur, par Eugène HELTAI. Roman traduit du hongrois, par A. Révész et M. Boisson. Un vol. in-12. Editions Bossard. Prix : 7 fr. 50.

Les Editions Bossard étendent aujourd'hui leur champ d'activité en lançant une série nouvelle.

Elles « feront » désormais, du roman, elles aussi. Cependant, elles auront soin de ne pas en inonder le marché, se contentant de n'en publier que de bons. Et par « bons », nous entendons ceux qui auront véritablement une valeur littéraire personnelle. *Non multa sed multum* est la stricte devise de la collection.

Monsieur Selfridge escamoteur et *Tu trahiras* sont les deux premiers-nés. Ils permettent de bien augurer de la collection.

ratoire se doivent un mutuel appui. L'observation clinique demeure la base de l'art médical, mais le clinicien ne saurait plus aujourd'hui se passer, pour les diagnostics de chaque jour, des ressources scientifiques. De même, le laboratoire n'est pas toute l'hygiène, mais entre les hygiénistes et le laboratoire, les relations doivent être constantes.

MM. OTT et BRIAU, auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène avaient pour but de rendre compte de l'état de l'hygiène générale et sociale. M. OTT a fait adopter un vœu relatif à l'établissement, dans chaque département, d'un service de statistique démographique et sanitaire, à la fois exact et complet. M. BRIAU a mis en valeur l'effort fiscal en matière d'hygiène de l'eau potable des communes françaises en 1924. Au cours de cette année, 722 villes ont déposé des projets d'adduction d'eau et d'assainissement, qui constituent un engagement de dépenses de 238.228.288 fr. Ces sacrifices, qui se renouvellent chaque année, prouvent qu'il ne faut pas permettre aux étrangers et même aux Français de dire que l'on ne fait rien pour l'hygiène en France. L'auteur a rappelé comment sont allouées les subventions sur le produit des jeux et le pari mutuel, comment sont examinés les projets par le Conseil supérieur, et, surtout, il a démontré le rôle considérable joué dans ces œuvres de salubrité par les médecins fonctionnaires d'hygiène.

M. DEQUIDT, ancien chef au Service central de contrôle et de l'inspection au Ministère du Travail et de l'Hygiène, avait pour sujet le vaste domaine de la législation et administration sanitaires. Il insista sur l'insuffisance de la législation sanitaire française, qu'il attribua, non à l'indifférence du législateur, mais aux fluctuations de l'opinion publique. L'exposé de M. Dequitt devait clore la série des revues générales auxquelles a été jointe une communication de M. BEZAULT, sur quinze mois d'expériences d'épuration des eaux d'égouts par le procédé des boues activées.

L'importance du problème des eaux n'a pas échappé aux organisateurs du Congrès. Une séance spéciale a été consacrée à sa discussion. Elle commença par un rapport de M. ROCHAIX, de Lyon, sur la standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux. Le rapporteur demanda l'unification des méthodes de numération globale des germes aérobies et anaérobies et de la recherche quantitative du coli-bacille dans l'eau. Il indiqua une série de méthodes qui pourraient être acceptées par tous, mais, à son avis, il serait mieux que la Commission spéciale, constituée au sein du Conseil supérieur d'hygiène, et qui a déjà redigé les instructions générales relatives aux eaux d'alimentation, du 12 juillet 1924, indiquât, avec les détails nécessaires, les méthodes à employer. Les méthodes deviendraient ainsi officielles et devraient être adoptées par tous les laboratoires de France. Inutile d'ajouter qu'elles pourraient être révisées périodiquement, pour s'adapter continuellement aux progrès accomplis.

Il est impossible de standardiser les résultats des analyses bactériologiques, ceux-ci faisant seulement partie de l'ensemble des éléments qui permettent un jugement sain et complet sur la qualité de l'eau envisagée. Mais le rapporteur a essayé de dégager, dans la mesure du possible, le sens des résultats bactériologiques et les limites de leur signification.

Quant aux expertises de surveillance, elles ont besoin de moyens de recherche rapides. M. ROCHAIX proposa l'emploi, tel qu'il l'a décrit, du milieu au rouge neutre, associé à la numération des germes sur gélose, en 48 heures, suivant la méthode préconisée par l'Association américaine de l'hygiène publique.

M. SCHAEFFER, après le rapport de M. ROCHAIX, présenta sa communication visant spécialement la question de l'emmagasinement de l'eau de boisson, considérée comme moyen d'épuration. Il a fait remarquer qu'une eau n'était véritablement dangereuse qu'autant qu'elle contenait des germes frais et virulents. Cette flore microbienne, provenant d'un intestin malade, contamine de nombreux puits et sources, grâce aux matières fécales enfouies dans la terre. Par conséquent, toutes les fois qu'un contrôle géologique serré n'aura pas démontré l'isolement parfait de la nappe souterraine et toutes les fois que l'épuration chimique ne sera pas possible, il sera nécessaire d'emmagasiner l'eau alimentaire dans des réservoirs pendant une période qui, dans les conditions ordinaires, sera d'environ 8 jours. Ce procédé d'épuration devrait aussi être employé pour toutes les habitations particulières, les hameaux et les agglomérations rurales.

A la suite de la discusion qui s'était engagée au sujet de l'eau saine, MM. AUBLANT, BRIAU et COURMONT, attirèrent l'attention sur le fait qu'il paraissait à peu près impossible d'appliquer la circulaire ministérielle réglementant la surveillance, par les laboratoires, des eaux potables des communes. En effet, le chiffre des laboratoires officiellement reconnus est beaucoup trop réduit et, déjà, certains laboratoires ne peuvent plus suffire à la tâche. En conséquence, le Congrès a été prié de bien vouloir approuver un vœu tendant à l'augmentation, dans une large mesure, des laboratoires officiellement reconnus par l'Etat, dirigés par des spécialistes. Il fut bien entendu que les laboratoires locaux qui ont déjà rendu de grands services au point de vue scientifique et économique, devraient figurer sur la liste officielle.

Après l'étude des moyens d'assainissement de l'eau, le Congrès écouta encore quelques communications, sans rapports directs avec les questions principales traitées. Mentionnons rapidement celle de M. TELLIER sur le casier sanitaire des immeubles, et son utilité au point de vue de l'hygiène publique et de l'urbanisme ; celle de M. PESCHER, sur l'entraînement respiratoire, de M. BÉNOIT-LÉVY, sur la propagande sanitaire, etc.

La liste des communications, nombreuses et variées ayant été épuisée, le Congrès a consacré une séance spéciale au vote des vœux et à la discussion de la question à mettre sur l'ordre du jour de la prochaine réunion annuelle.

Même un résumé succinct demanderait beaucoup de place, si l'on voulait donner une idée des multiples doléances et des désirs justifiés exprimés par des hygiénistes autorisés. Disons seulement, à titre de conclusion, que de divers côtés, des propositions énergiques et courageuses ont été formulées, afin d'engager les milieux compétents à entrer dans une large voie de réformes bien comprises, indispensables au maintien de la santé publique. Suivant leur tempérament et leur connaissance des réalités, les divers orateurs, ardents ou pondérés, convaincus ou un peu sceptiques, dénoncèrent les maux existants ; mais tous, par leur contribution personnelle à l'amélioration de la situation, trahirent leur entier dévouement à la cause sacrée de l'hygiène.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Studies of the calcium content of blood of normal and tuberculous subjects. (Contribution à la teneur du sang en calcium chez les sujets normaux et tuberculeux). (Philip B. MATZ, *American Review of Tuberculosis*, mai 1925.)

La teneur en calcium du sérum de sujets nomaux, de 16 à 43 ans, varie de 9 à 12 milligrammes, avec une moyenne de 10,28 %. Il y a une légère différence dans les différents degrés de la tuberculose pulmonaire, la teneur la plus basse (9,22) a été rencontrée dans les formes compliquées de néphrite parenchymateuse chronique ; la quantité la plus forte (10,78) se trouve à la période d'arrêt. Les cas avancés, avec ou sans hémoptysies, ont le même pourcentage de 9,25. L'ingestion de sels de calcium détermine une élévation de la teneur du sang en calcium ; le chlorure de calcium serait plus actif que le lactate de calcium. (Nous rappellerons à ce propos que les médecins de Vienne employaient en 1913 le chlorure de calcium comme

récalcifiant). L'absorption d'huile de foie de morue stimule le métabolisme du calcium ; la combinaison de l'huile et des sels minéraux donne les meilleurs résultats. L'étude de la coagulation du sang a montré que la calcification ne déterminerait pas de différence dans la pratique courante.

J. LAFONT.

The treatement of psoriasis by the mercury vapour lamp. Le traitement du psoriasis par l'héliothérapie artificielle.) (W. F. CASTLE, *The Pratitioner*, mai 1925.)

La lampe à vapeur de mercure a prouvé son incontestable activité dans le traitement du psoriasis. Les rayons ultra-violets donnent aussi des résultats intéressants dans diverses affections cutanées. La raison vraisemblable des succès constatés doit être attribuée au fait que le psoriasis évite les régions exposées d'habitude au soleil, comme le visage et les mains. L'héliothérapie artificielle reproduit un ensemble de circonstances défavorables au développement du psoriasis. Le traitement est facile à faire et en peu de temps, car l'exposition à la lampe doit être de courte durée ; il représente la méthode de choix dans la majorité des cas. Six séances d'héliothérapie suffisent le plus souvent pour obtenir la guérison complète ; les cas anciens demandent un délai plus considérable, mais C. n'a pas encore trouvé un seul cas qui n'ait pas sérieusement bénéficié du traitement qu'il préconise.

J. LAFONT.

Diagnosis of the dyspepsias. (Diagnostic des dyspepsies). (A. RENDLE SHORT, *Bristol Medico-Chirurgical Journal*, vol. 47, n° 156.)

L'A. donne une bonne classification des dyspepsies. 1° Dyspepsie fonctionnelle. Due à la gastrite aiguë ou chronique par hygiène alimentaire défectueuse, alcoolisme ou mauvaise dentition. Secondaire, elle relève de la tuberculose pulmonaire, du mal de Bright, des anémies graves. Parfois d'origine purement nerveuse. Elle est diagnostiquée facilement et s'améliore par un traitement médical. 2° Dyspepsie réflexe. Elle est en rapport avec des lésions de l'appendice, de la vésicule biliaire, avec de la ptose intestinale, de l'atonie cæcale ; elle simule l'ulcère gastrique ou duodénal, mais ne présente aucune amélioration par le traitement médical ; il est particulièrement difficile de trouver le point de départ du réflexe. 3° Dyspepsie organique. Elle est causée par l'ulcère gastrique, l'ulcère duodénal, le cancer de l'estomac. la sténose pylorique, les adhérences périduodénales, etc. En réalité, il ne s'agit pas tant de diagnostiquer la dyspepsie que de reconnaître les cas qui relèvent de l'intervention. Il semble qu'un petit nombre de sujets seulement puissent être opérés, car les trois classes précédentes présentent une symptomatologie presque commune ; aussi les difficultés de diagnostic sont-elles considérables.

J. LAFONT.

Action of anti fibrinogen serum on red corpuscles (Action du sérum antifibrinogène sur les globules rouges). (Hans DVIDE, *Acta Medica Scandinavica*, supplément 13, Stockhlolm, 1925)

Ce travail concerne la capacité du fibrinogène à produire des anticorps hémotoxiques, c'est-à-dire l'action du sérum antifibrinogène sur les globules. L'A. montre que le sérum antifibrinogène possède une puissante action de destruction des érythrocytes des animaux de même espèce ; que le fibrinogène produit des hémolysines et des hémoglutinines pour les globules analogues. et que la capacité d'hémolyse appartient au sérum antifibrinogène préparé avec le fibrinogène d'animaux qui contiennent un antigène hétérophile. Les propriétés hémotoxiques, qui existent dans les sérums antifibrinogènes, seraient dues aux anticorps en rapport direct avec le fibrinogène. Le mélange de sérum antifibrinogène avec le fibrinogène élimine toutes ses propriétés hémotoxiques ; selon toute probabilité, les propriétés hémotoxiques du sérum antifibrinogène peuvent être considérées comme ayant été développées par le fibrinogène lui-même.

J. LAFONT.

XXXIVe Congrès DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(*Paris*, 5-10 *octobre* 1925).

TROISIÈME QUESTION

Appareillage des fractures du fémur

Rapport de M. ROUVILLOIS (de l'armée).

Discussion de la troisième question.

M. MAUCLAIRE (de Paris) fait remarquer que les fractures, dans un grand service hospitalier, sont souvent négligées. Un fracturé appareillé doit être surveillé chaque jour. Il serait désirable que tous les blessés de ce genre fussent rassemblés dans une même salle organisée en vue de ce traitement et munie d'une installation radiographique.

MM. BÉRARD et SANTY (de Lyon) indiquent, à l'aide de projections photo et radiographiques, les résultats presque toujours excellents qu'ils ont obtenus dans les cas de fractures sus-condyliennes et quatre cas de fractures sous-trochantériennes, par la traction condylienne pratiquée à la manière de Steinmann.

MM. MÉRIEL et BERTRAND (de Toulouse) rapportent un cas où l'appareil plâtré de Whitmann appliqué pour une fracture cervico-trochantérienne du col chez une femme de soixante-deux ans, dut être enlevé quinze jours après, parce que la radiographie avait montré que les fragments n'étant plus maintenus en bonne position, il s'était fait une coxa valga secondaire. A ce propos, ils demandent si chez les sujets âgés, la contention est aussi bonne que chez les enfants où le Whitmann donne de bons résultats. Pour cela, des radios de contrôle seront nécessaires, et si celles-ci établissaient dans une forte proportion que la réduction chez les vieillards se maintient aussi bonne que chez les enfants, les préventions contre le Whitmann disparaîtraient, attendu que l'heureuse modification de Judet a déjà permis à cette technique de ne plus provoquer l'hypostase pulmonaire, et de soustraire à la striction du plâtre certaines parties de la jambe.

M. ABADIE (d'Oran). La pratique de la chirurgie de guerre n'a pas sensiblement modifié le traitement des fractures ouvertes. Il en va tout autrement de l'appareillage, qui a considérablement évolué. En ce qui le concerne, l'auteur a supprimé les gouttières en fil de fer, mais conservé l'attelle de Beckel. Puis il a, à demeure, un bâti de miss Gassette.

Pour l'humérus, d'emblée appareil de Leclercq ; quelques jours après, gouttière plâtrée étroite, de pur maintien, allant de l'épaule au poignet ; l'extension réductrice est devenue superflue ; le poids du membre suffit. Ablation précoce ; un peu de mobilité du cal activera sa consolidation. Dans des cas exceptionnels, corselet plâtré avec épaulière opposée et gouttière plâtrée coude-avant-bras reliée au corselet par un triangle axillaire et un appui en feuillard allant de l'épaule à l'avant-bras.

Pour le fémur, essentiellement l'attelle de Thomas et l'appareil de Delbet. L'attelle de Thomas vraiment rigide, est plus stable que celle de Lardennois : on a pu le vérifier sur les blessés du Maroc. Dans certains cas, suspension et traction avec l'attelle de Hogden. Chez les enfants, gouttière plâtrée antérieure pelvi-fémorale après réduction dans l'attelle de Thomas.

M. CALOT (de Berck) préconise, dans les fractures de cuisse, l'extension continue associée à l'appareil plâtré.

Cette méthode qu'il a d'ailleurs précédemment décrite consiste à appliquer un grand plâtre de coxalgie et à pratiquer l'extension continue sur l'appareil plâtré. Le fragment inférieur est solidaire de l'appareil et est entraîné avec lui par l'extension tandis que le fragment supérieur reste fixé par l'anse de la contre-extension qui passe sous le plâtre et dont les deux clefs sont attachés à la tête du lit.

L'auteur montre 7 radios concernant une fracture du plexus avec raccourcissement de 5 centimètres, déplacement transversal de 4 centimètres et qui, après celui de Tillaux, fut parfaitement guéri en quarante-deux jours.

M. JUDET (de Paris). De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur.

L'auteur préconise l'usage d'une table à fractures spéciale, munie d'un dispositif radioscopique.


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

Dans le modèle qu'il a fait construire, un système de poulie mobile permet d'exercer dans la direction voulue, c'est-à-dire dans le prolongement du fragment supérieur, des tractions fortes avec des poids de 10 à 30 kilos. Une fois la réduction obtenue, cette table permet encore de construire un appareil plâtré précis sans qu'aucun déplacement puisse se produire pendant l'enroulement des bandes de Sayre.

A titre d'exemple l'auteur rapporte l'observation d'une fracture sous trochantérienne avec forte abduction du fragment supérieur et raccourcissement de 5 centimètres, chez un enfant de treize ans bien musclé. La réduction anatomique idéale peut être obtenue sur la table à fracture et maintenue par un grand plâtre.

Chez les adultes, l'auteur est resté fidèle à l'extension forte sur le membre rectiligne. Une gouttière de cuisse en aluminium sert à placer des tampons destinés à corriger les déplacements antéro-postérieurs. Il faut en particulier éviter la chute en arrière du fragment antérieur, de manière à conserver la courbure à convexité antérieure à grand rayon que présente normalement la diaphyse du fémur. La perte de cette courbure entraîne l'hyperextension douloureuse du genou.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) considère les appareils d'extension continue non pas comme des moyens de réduction mais comme des moyens de contention destinés à préparer et à faciliter les manœuvres du chirurgien.

Pour les fractures du corps de l'humérus, l'auteur utilise des bracelets de feutre remplis de limaille de plomb qui forment extension par leur poids et qui corrigent le déplacement transversal des fragments par leur serrage progressif et gradué.

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont traitées par un appareil thoraco-brachial qui permet l'extension continue sur le bras placé en abduction et en rotation externe.

Dans les fractures du corps et de l'extrémité supérieure du fémur l'extension est faite par le moyen d'un étrier adhésif remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Le membre repose sur une gouttière de roulement dont la semelle est glissée entre l'étrier et le pied. Le décalage du membre est corrigé en fixant le pied à la semelle. Ce dispositif permet de régler très facilement le degré d'abduction du membre et de la traction.

Dans les fractures sus-condyliennes, le fragment inférieur fléchi dans le creux poplité est relevé par une sorte de fer à cheval muni de deux vis plantées immédiatement au-dessus des condyles. Le membre est mis en traction sur la gouttière de roulement. Et le fer à cheval est supendu par un lien élastique à une tige de bois qui part du sommet de la semelle.

M. Trèves (de Paris) emploie de préférence l'appareil de Séjournet dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus même chez le vieillard, et dans les fractures diaphysaires sans trop de déplacement ni de décalage. Dans le cas inverse il trouve indispensables les appareils à abduction réglable prenant le thorax et l'avant-bras.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure, les plus fréquentes des fractures de l'enfant et dont M. Trèves a étudié très complètement les résultats éloignés, il faut distinguer trois grandes variétés.

I. La fracture sus-condylienne à déplacement presque toujours postérieur et latéral interne. Elle sera réduite sous anesthésie en corrigeant les deux déplacements.

II. La fracture du condyle externe dont la réduction est plus difficile, mais a besoin de moins de précision, à condition d'obtenir la flexion complète.

Ces deux variétés seront maintenues par deux bracelets plâtrés l'un brachial, l'autre anti-brachial, réunis en avant par un pont plâtré. La position devra être la flexion à angle aigu, l'angle droit étant insuffisant. La vérification radiographique est indispensable et facile puisque le foyer de fracture est libre.

III. La fracture de l'épitrochlée ne nécessite pas d'appareil, seule la fracture sus-condylienne avec déplacement antérieur, rare, sera immobilisée temporairement en extension.

L'auteur s'élève contre la mobilisation passive et surtout le massage qui produisent des désastres dans les fractures para-articulaires chez l'enfant.

Pour les fractures du fémur il reste fidèle au plâtre chez l'enfant et chez l'adulte maigre, à condition d'avoir une bonne table d'opération.

M. de Fourmestraux (de Chartres) qui a dirigé un centre de fractures pendant la guerre, est partisan de la standardisation des appareils. Au membre supérieur, il a appliqué le béquillon d'Alquier et surtout l'appareil de Grégoire. Ce dernier lui a donné de bons résultats constants. Le Delbet et ses dérivés offensent l'aisselle si on ne peut procéder à une surveillance très attentive.

Pour le membre inférieur, l'auteur reste partisan du Thomas, qui, si on a le soin de lui adjoindre une poulie à son extrémité distale, permet l'extension avec suspension. Le point d'appui supérieur doit être surveillé chaque jour.

Dans les fractures fermées, sauf contre-indications spéciales dues au siège et nécessitant une suture ou un enchevillement, l'Hennequin bien appliqué reste un appareil excellent.

Les appareils de type : Service de santé à extension et suspension que présente M. Rouvillois, constituent un progrès réel. Il serait désirable qu'on puisse se les procurer facilement. Il serait également à souhaiter que dans chaque établissement hospitalier un service soit réservé aux fractures avec une installation convenable.

M. Petit de la Villéon (de Paris) insiste sur l'importance de l'*abduction* dans l'appareillage des fractures de l'humérus et de l'abduction seule, sans qu'il soit nécessaire le plus souvent d'y ajouter l'extension. Depuis treize ans que l'auteur emploie systématiquement l'appareillage en abduction, ses résultats sont incomparablement supérieurs à ceux qu'il a obtenus auparavant, par les autres méthodes.

Pour les fractures du fémur, l'auteur défend le grand appareil plâtré contre les critiques que certains lui adressent. Pour les fractures fermées de la diaphyse, l'appareil plâtré, bien modelé sur le bassin et sur le membre, appliqué sous anesthésie générale et avec extension temporaire lui donne régulièrement les meilleurs résultats.

M. Pouliquen (de Brest). — *Humérus.* — L'auteur se sert le plus souvent d'un appareil à extension et abduction variable qu'il a construit pendant la guerre, c'est un appareil du genre Judet, Pascalis. Patel. Il a le grand avantage d'être d'une construction très facile ; n'importe qui peut construire le modèle simple, et n'importe quel menuisier peut réaliser le modèle articulé.

Dans les cas où l'ostéosynthèse est indiquée, Pouliquen emploie le grand plâtre thoraco-brachial, mais il le fait en deux temps. Il fait d'abord un corset plâtré en l'armant au niveau de l'épaule de fil de fer.

Au bout d'un jour ou deux, quand le malade est habitué à son appareil, il peut l'endormir, et après l'opération il ne lui reste qu'à faire un plâtre circulaire de bras et à le suspendre à l'armature de l'épaule.

Fémur. — L'auteur se sert pour le transport d'un appareil qu'il a construit pendant la guerre et qui a été adopté par le Service de santé de l'armée. C'est un appareil à extension et contre-extension formé d'une attelle externe démontable et d'une gouttière d'aluminium. Il a essayé de se servir de cet appareil pour le traitement, mais il a dû le modifier, raccourcir l'attelle externe et allonger l'attelle interne ; de plus, il a dû renoncer à la contre-extension par le lac périnéal.

Il préconise la méthode de Tillaux en y ajoutant un appareil très simple qui se compose uniquement d'un cadre de bois et d'une gouttière d'aluminium. Cet appareil permet de faire la réduction des fragments grâce à un levier constitué par une simple planchette fixée à l'extrémité inférieure de l'attelle externe. Il permet aussi de transporter le malade, de corriger la déviation des fragments au moyen de tampons glissés dans la gouttière, enfin de pratiquer la mobilisation du genou.

L'appareil peut être utilisé en suspension.

M. Rocher (de Bordeaux) estime que les fractures de l'enfant doivent être le plus souvent traitées par l'appareil plâtré qui a l'avantage d'être simple et de bien immobiliser. Toutefois il peut être utile en certains cas de combiner le plâtre à l'extension continue.

Ainsi dans les fractures de la diaphyse fémorale on fera d'abord quinze jours d'extension avant d'appliquer un grand appareil pelvi-pédieux. Durée de l'immobilisation totale : quarante cinq jours environ.

Pour les fractures de la diaphyse humérale, application de l'appareil thoraco-antibrachial avec abduction du bras calculée sous contrôle radiographique par la meilleure coaptation des fragments. Immobilisation : trente-cinq jours.

Dans les fractures obstétricales du fémur, l'auteur utilise un dispositif transportable avec extension verticale du membre : immobilisation : dix jours.

La réduction de toutes les fractures avec déplacement sera faite sous contrôle radioscopique.

Chastenet de Géry et Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 20 octobre 1925.

Examen histologique après ovariotomie de deux kystes de l'ovaire traités par le radium. — M. *Peugniez* présente l'observation d'une malade atteinte d'un double kyste des ovaires, pris pour un fibrome et traité par la radiothérapie. Il fit une ovariotomie qui guérit sans incident. Les coupes histologiques de la paroi kystique montrent que celui des deux kystes qui a subi le rayonnement le plus intense a son tissu surélevé. Presque tous les follicules primordiaux ont disparu. La dose administrée avait été de 30 millicuries détruits.

Evolution de quelques dermatoses sous l'influence des traitements physiques et des rayons ultraviolets. — M. *Sandoz*. — Certaines dermatoses telles que acné, eczéma, érythème, prurits ont subi accidentellement des modifications très heureuses allant parfois jusqu'à la guérison, à la suite de traitements physiques s'adressant à des affections bien déterminées, telles que scoliose essentielle, arthrite, névralgies, névrites qui n'avaient avec l'affection cutanée en question que des rapports tout au plus très éloignés. Parmi les agents physiques employés, les rayons ultra-violets paraissent avoir une action élective sur les dermatoses, car cette action est plus rapide et plus complète que celle des autres excitants physiques. Mais ce n'est probablement là qu'une apparence, car leur action n'a d'effets durables que si elle est suffisamment prolongée et répétée, et surtout associée à d'autres médications physiques. Il en est exactement de même des vaccinations qui jouissent actuellement d'une grande vogue dans le traitement des dermatoses : encore plus que la médication physique, elles n'ont d'effets durables que si elles sont suffisamment prolongées et répétées.

Opération des pseudarthroses de la rotule avec large écartement des fragments. — M. *Dupuy-de-Frenelle* insiste sur les difficultés de cette opération, difficulté qui sont dues surtout à la rétraction du muscle quadriceps ; sur la nécessité de pratiquer la coaptation des fragments sur le genou placé en flexion, et d'utiliser pour le cerclage un volumineux fil de cuivre souple de 3 à 4 millim. laissé à demeure pendant un an. Un petit fil casserait ou couperait l'os. L'auteur montre des radiographies qui mettent en évidence, un an après l'opération, l'usure des fragments, même lorsque l'on emploie un fil de cuivre de 4 millim. da diamètre.

Arriérations multiples au cours de l'instabibilité thyroïdienne. Transformation par la thyroïdothérapie. (Présentation de deux garçons). — M. *Léopold-Lévi*. — 1° 14 ans. Cryptorchidie bilatérale. Persistance de 5 dents de lait. Arrêt de croissance (1 m.40). Apathie. Céphalée migrainoïde matinale. Travail difficile. Caractère « ronchonnot ». Sujet entaché d'instabilité thyroïdienne. 144 milligrammes de poudre de thyroïde amènent la descente des testicules. Le traitement thyroïdien à doses variant de un milligr. à 10 centigr. fait grandir le sujet, sortir les dents de deuxième dentition, supprime la céphalée. L'enfant travaille mieux, devient gai, est transformé.

2° 12 ans 1/2. Agénésie de l'appareil génital. Petitesse de taille. Apathie, difficulté du travail. Instabilité thyroïdienne. Développement de la puberté par des doses de thyroïde de cinq milligr.

Dans les deux cas, la thyroïdothérapie agit sur l'appareil sexuel, probablement sur la glande surrénale, et manifestement, dans le dernier cas, sur l'hypophyse. Le corps thyroïde peut être considéré comme le chef d'orchestre du concert endocrinien.

Traitement de l'urticaire alimentaire par la pancréatine. — M. *A. Legrand* se basant sur l'hypothèse de l'insuffisance des sucs digestifs dans la production de l'anaphylaxie alimentaire, et par conséquent de l'urticaire qui en est le premier symptôme, démontre, avec observations à l'appui : que l'urticaire alimentaire est due à une insuffisance pancréatique. La pancréathérapie qui consiste dans l'administration de la pancréatine, appliquée dès le début des accidents, donne des résultats constants, rapides et complets.

M. *Marcel Labbé* présente une observation de M. *Papainototu* (Alexandrie) d'amibiase généralisée guérie par le traitement à l'émétine et au stovarsol.

La question du sexe dans l'opothérapie. — M. *Klotz-Guérard*; se basant sur des considérations histologiques et cliniques, conclut que l'on devrait préparer les produits opothérapiques, en tenant compte du sexe de l'animal donneur.

A. Lavenant.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 octobre 1925

L'état fonctionnel du cœur après extirpation du sympathique cervico-thoracique. — M. *le professeur Thomas Jonnesco* (de Bucarest). — Les recherches expérimentales et cliniques faites avec son collègue le professeur D. Jonnesco (ds Bucarest) sur les fonctions du sympathique cervical, sur l'homme et sur l'animal lui permettent d'affirmer :

1° Que les voies afférentes (sensitives) cardioaortiques ne passent qu'en petite quantité par le cordon cervical du sympathique, tandis que la plupart vont directement à la moelle par le ganglion étoilé.

2° Le nerf vertébral ne contient pas de fibres afférentes.

3° Le nerf dépresseur existe chez l'homme, mais il n'est pas sensitif.

4° Le cœur, après la résection du sympathique cervico-thoracique continue à fonctionner normalement, ce qui prouve que le sympathique n'est pas indispensable à la vie.

5° Le cœur, grâce à ses propriétés fondamentales, adapte tout seul son activité aux besoins du moment.

6° Les vasomoteurs du poumon n'ont aucune importance.

7° Le sympathique est vasoconstricteur des coronaires et non pas vaso-dilatateur, comme on l'a prétendu, donc la résection du sympathique favorise la circulation dans les coronaires au lieu de l'entraver.

8° L'examen des malades opérés par la résection totale du sympathique cervico-thoracique récente ou depuis longtemps (vingt-cinq ans) a montré que le cœur n'avait aucunement souffert de la résection des nerfs accélérateurs sympathiques. Après la résection partielle ou totale des nerfs accélérateurs, n'apparaît aucune modification dans la fréquence du pouls, la tension du sang, l'énergie de la contraction du myocarde et dans la durée de transmission auriculo-ventriculaire. En résumé, de ses recherches, il résulte que les accélérateurs ne sont pas d'une importance vitale, car ils n'exercent qu'une action de contrôle qui, en leur absence, se fait par la voie humorale.

9° Ses recherches et ses expériences l'amènent à dire que la suppression des accélérateurs cardiaques (sympathiques), loin d'être nuisible, produirait au contraire l'amélioration de l'état du cœur et la disparition de l'accès de l'angine de poitrine.

10° De tout ceci, il résulte que la sympathectomie cervico-thoracique n'est pas une opération palliative mais bien curative de l'angine de poitrine, car elle conduit à la disparition des accès, non par la suppression des voies afférentes (sensitives), comme on le croyait jusqu'à présent, mais par la suppression des voies afférentes, motrices, dont la suppression était considérée comme très grave pour le cœur.

Action physiologique et emplois thérapeutiques du citrate de soude (monosodique). — M. *Raoul Blondel*. — Le citrate acide, qui renferme pour un même poids notablement plus d'acide citrique, est très supérieur au citrate alcalin dans toutes ses applications. Sa saveur trop acide est corrigée par l'adjonction d'un peu de citrate alcalin dans la formule que donne M. Blondel, et qui est, en réalité, un mélange de citrate acide et de citrate neutre. Administré en solution dans l'eau (de préférence chaude et sucrée) à la dose de 4 à 10 grammes par jour, en deux ou quatre prises, il est beaucoup moins détérioré pendant la traversée de l'estomac que le citrate alcalin, et apporte au foie et

au sang une proportion plus élevée d'élément citrique. Il facilite la digestion chez les dyspeptiques de tout ordre, hyper ou hypochlorhydriques, empêche les vomissements alimentaires et excite la sécrétion biliaire, agissant comme un bon cholagogue sur la constipation et les fermentations intestinales. Il combat, d'autre part, l'insuffisance hépatique, si fréquente chez les dyspeptiques, prévient chez eux la crise hémoclasique succédant aux repas et diminue ensuite notablement la viscosité sanguine. De ce fait, la circulation capillaire devient plus aisée, d'où amélioration de beaucoup de symptômes accessoires : migraines, somnolence après les repas, refroidissement des extrémités, hypertension artérielle, et, d'autre part, production d'un état très net d'euphorie, par meilleure irrigation cérébrale. C'est également un bon agent à prescrire dans le rhumatisme et la goutte, où les bons effets de la cure de citron sont déjà connus : mais il est plus facile à employer et mieux supporté. Au total, les effets du citrate monosodique, dans maints troubles de l'estomac et du foie, sont très supérieurs à ceux du citrate ordinaire. Quant aux effets généraux, il reproduit ceux de ce dernier, mais très amplifiés, et tels qu'on ne les obtient de lui, à ce degré, que par l'injection sous-cutanée, mal tolérée, ou intraveineuse, procédé plus compliqué.

La légende du changement d'air pour les enfants atteints de la coqueluche. Ses conséquences funestes pour l'hygiène rurale. Nécessité d'une nouvelle réglementation des mesures de prophylaxie de cette maladie. — M. ***Fernand Barbary*** (de Nice) montre que la coqueluche, maladie épidémique et contagieuse, jouit parmi les populations rurales d'une sorte de régime de faveur. On ne cherche pas à s'en garantir, alors même que la toux spasmodique caractéristique ne laisse rien ignorer du type de l'infection en cours de la coqueluche.

Ce mépris de toute précaution, on pourrait presque dire de soins vis-à-vis des enfants atteints de coqueluche, découle de cette croyance populaire que la coqueluche est une maladie sans gravité et qui doit suivre son cours.

M. Barbary a voulu surveiller lui-même les étapes de l'infection d'un village par une coqueluche importée par un enfant pour lequel un changement d'air avait été considéré comme un agent de cure indispensable. Les faits observés par lui, la mise en action d'une vaccinothérapie préventive avec un vaccin préparé avec le bacille de Bordet et Gengou lui ont permis d'envisager pour l'avenir les mesures de prophylaxie nouvelles contre la coqueluche résumées dans les conclusions de sa communication.

Conclusions. — Le déplacement d'un enfant atteint de la coqueluche pour changement d'air ne modifie en rien l'allure de la maladie et sème la contagion.

Devant le nombre considérable de cas de coqueluche enregistrés chaque année, les mesures de prophylaxie actuellement envisagées sont inopérantes.

Des mesures nouvelles rigoureusement appliquées devraient faire l'objet d'une réglementation officielle.

La première de ces mesures consisterait dans la déclaration obligatoire, jusqu'ici facultative de la coqueluche.

Cette déclaration serait suivie de l'interdiction de laisser circuler dans les rues, les lieux publics, de faire voyager, déplacer les enfants atteints.

Ces derniers devraient être isolés jusqu'à exeat délivré par le médecin traitant.

Ces mesures seraient justifiées devant l'opinion publique par un avis qui ferait connaître que, à l'encontre de la croyance populaire, la coqueluche peut avoir de redoutables conséquences : les unes immédiates, les autres éloignées.

Enfin, des faits d'expériences semblent indiquer que le vaccinothérapie est un élément précieux dans la prophylaxie et le traitement de la coqueluche.

Séance du 3 novembre 1925

Une nouvelle espèce d'amibe parasite de l'homme. — M. ***Brumpt***. — Depuis longtemps les épidémiologistes cherchent à expliquer, par des hypothèses plus ou moins hardies, pour quelles raisons les amibes dysentériques, si bien tolérées dans certaines régions où à peine un porteur sur 150.000 ou 500.000 risque de présenter un syndrome dysentérique aigu, sont si mal tolérées dans d'autres pays où 1 porteur sur 4 ou 10 a des chances de présenter un accès aigu de dysenterie amibienne.

L'auteur, à la suite d'expériences poursuivies depuis plusieurs années à son laboratoire de la Faculté de médecine, explique les faits d'une manière très simple : à côté de la véritable amibe dysentérique très rares dans nos régions, il en existe une autre à laquelle il donne le nom d' « Entamœba dispar » répandue chez environ 5 pour 100 des habitants de l'Angleterre, de la France et de diverses régions du globe. Cette amibe, difficile à distinguer de l'amibe dysentérique par ses caractères morphologiques, est facile à identifior par ses caractères biologiques, pathologiques et sa répartition géographique. Elle ne semble point pathogène pour l'homme.

Cette découverte rend nécessaire la revision complète des cas d'amibiase attribués certainement à tort à l' « Entamœba dysenteriæ », elle montre d'autre part que la présence de kystes à quatre noyaux dans les selles d'un individu ne justifie pas toujours le pénible traitement antidysentérique à l'émétine.

Mécanisme de la transmission des maladies par les gouttelettes microbiennes — M. ***Trillat***. — Il faut distinguer les gouttelettes tombant à terre après quelques mètres et celles (1 ?) restant en suspension. Ces dernières sont le véritable agent de la contagion.

Leur formation, leur dispersion et leur persistance dépendent des conditions physiques dont plusieurs tiennent au sujet qui les émet.

Dans certaines conditions, elles ne sont pas arrêtées par les masques et leur sphéricité leur permet de rouler sur les muqueuses et, sous l'influence de l'aspiration, de se fixer instantanément dans les alvéoles pulmonaires, contrairement à ce qui passe pour les poussières microbiennes sèches dont on a exagéré le danger.

Détermination du sens chromatique chez les employés de chemins de fer. — M. Schaff.

Lait déchloruré et résorption des œdèmes. — M. ***Carrayon***.

Election du secrétaire général. — M. le prof. Achard, secrétaire général sortant, est réélu à l'unanimité de 61 voix sur 61 votants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 octobre 1925

Luxation de la hanche et fracture cotyloïdienne. — M. ***Lecène*** fait un rapport sur une observation de M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui fut renversé par un tramway et qui présenta tous les signes d'une luxation de la hanche, absolument irréductible. M. Papin intervint alors par la voie antérieure et s'appliqua à débarrasser la cavité cotyloïde de quelques débris osseux, à l'aide d'une rugine, M. Lecène regrette qu'au lieu de rugine. M. Papin ne se soit pas servi du levier à long manche de Lambotte. Peut-être aurait-il réussi à extraire le fragment osseux extra-cotyloïdien qui s'opposait à la réduction et à replacer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, ce à quoi il n'a pu parvenir. Une radiographie, qui aurait dû être faite avant la première tentative de réduction, montra l'existence d'une fracture du col : quinze jours après cette seconde tentative infructueuse, M. Papin se décida à pratiquer la résection de la tête fémorale. Le malade sept mois après marchait à peu près.

M. Lecène approuve M. Papin d'avoir eu recours à la résection mais il regrette qu'il ne se soit pas muni de l'instrumentation nécessaire et qu'il n'ait pas eu recours à la radiographie avant la première tentative de réduction.

Rétraction de Volkmann. — M. ***Mouchet*** fait un rapport sur une communication de M. Jorge (de Buenos-Ayres). L'auteur étudie la pathogénie et le traitement. Au point de vue pathogénique, il insiste sur le rôle important du sympathique et des anastomoses artérielles. Quant au traitement, il insiste sur l'emploi des moyens physiques, de l'aponévrotomie des fléchisseurs, la resection diaphysaire des deux os et même de la résection

du carpe. M. Mouchet fait des réserves au sujet de ce dernier moyen.

La pylorectomie. — M. *Basset* fait un rapport sur un travail de M. Courty (de Lille) qui communique l'observation d'un homme de cinquante et un ans, ayant un passé gastrique et qui fut pris brusquement de violentes douleurs avec contraction abdominale, ventre en bois, température de 36.3 et pouls à 10. Pensant à l'existence d'un ulcère perforé juxta-pylorique, M. Courty, sept heures après l'entrée de ce malade à l'hôpital, intervint et pratiqua une pylorectomie avec gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

A ce sujet, M. Basset rappelle avoir communiqué, il y a quatre ans, un fait semblable, pylorectomie avec gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère perforé de l'estomac avec guérison. D'après une statistique relevée par M. Basset la pylorectomie, dans ces cas, donnerait 84 p. 100 de guérisons. C'est là évidemment un très beau résultat qui doit encourager les chirurgiens à recourir plus souvent à cette intervention.

Périduodénite sténosante congénitale des jeunes enfants. — M. *Duval*, aux faits apportés, dans la dernière séance, par M. Basset vient ajouter de nouveaux documents. Il communique une observation de M. Lesage relative à un enfant âgé de cinq ou six mois, qui vomissait depuis sa naissance, qui s'amaigrit, se cachectisa et succomba. A l'autopsie, on trouva une périduodénite congénitale sténosante avec bride étranglant la troisième portion du duodénum.

Cette observation doit être jointe à cinq autres qui ont été ou non opérés par MM. Duval et Basset.

M. Duval présente les radiographies de ces malades et montre la bride sur le duodénum, bride qu'il suffit de couper pour sauver ces enfants.

Adhérences simulant un cancer du pylore. — M. *Grégoire* rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui souffrait de l'estomac et présentait tous les signes d'un cancer du pylore... M. Grégoire intervint et se trouva en présence, non d'un cancer, mais d'un magma d'adhérences qu'il suffit de libérer pour amener une guérison rapide.

La laminectomie chez les enfants atteints d'incontinence d'urine et portant une fissure de la première sacrée. — M. *Bréchot* appelle l'attention sur ces faits et a eu recours cinq fois à la laminectomie chez ces enfants et a obtenu une guérison et cinq améliorations de l'incontinence d'urine concomitante avec la lésion vertébrale.

M. *Ombrédanne* fait connaître les résultats de ses observations relatives aux résultats de la laminectomie dans les cas de spina bifida. Il n'a jamais pratiqué cette opération dans le but de corriger l'incontinence d'urine.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 octobre 1925.

Pseudo-fatigue par pléxite brachiale. — M. *Gommès*. — Bien des cas de fatigue féminine (ménagère en particulier) sont dus à des douleurs latentes, plus spécialement accentuées aux membres supérieurs, dans le domaine du plexus brachial (points de Valleix, fourmillements, hypoesthésie, parésie, œdème). Leur bilatéralité, leur association à des algies légères d'autres plexus permettent de conclure à des névrodocites par tiraillements ou même à un trouble général toxique (dépression, anémie, leucorrhée, forte hygrométrie...) « orienté » par des contractions musculaires répétées. Leur traitement : des calmants généraux associés à des injections para ou intraplexiques de solutions physiologiques.

Ectopie testiculaire bilatérale, opothérapie thyro-testiculaire — M. *Déopold-Lévi* présente un nouveau cas d'ectopie testiculaire bilatérale chez un sujet ayant dépassé 16 ans. Le traitement thyro-hypophysaire a déterminé la descente d'un testicule, l'apparition de la puberté. L'instabilité thyroïdienne du sujet a été réglée et reste réglée depuis 5 ans que le traitement est suspendu. Il a grandi de 15 cm augmenté de 12 kgs. L'observation montre l'action *convergente* de la thyroïde et de l'hypophyse pour la croissance et le développement testiculaire. Le sujet présentant toute une série de *stigmates de dégénérence* parmi lesquels l'ectopie testiculaire, on peut conclure que ces stig-





mates (toute cause mise à part) restent subordonnés à un mécanisme endocrinien qui est parfois sensible à l'opothérapie correspondante.

Nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau né. emploi local du sérum antigonococcique. — M. *Offret* a présenté cinq cas d'ophtalmies gonococciques du nouveau-né, traitées par l'emploi local d'un nouveau sérum. Les phénomènes inflammatoires ont disparu en 24 heures. Les nouveau-nés ont été définitivement guéris en un temps très court (4 à 10 jours). Il s'agit d'instillations à peu près continues, pratiquées avec le sérum antigonococcique de Blaisot. Le sérum de Blaisot est préparé sur bovidés par injections quotidiennes de doses massives de gonocoques et il est additionné d'un antiseptique approprié.

Statistique radiumthérapique de 305 cas de cancer du col utérin. — M. *Oppert* étudie 305 cas de cancer du col de l'utérus et a constaté des guérisons se maintenant depuis 15, 13 et 12 ans par le radium seul. La dose favorable paraît osciller autour de 50 millicuries détruits, sans dépasser 60, distribués en une séance prolongée pendant 8 à 10 jours, sous une intensité faible. Avec cette technique, tubes de 50 microcuries chargés de 6 milligr. 66 de radium filtrés sous un mm. de platine, plus aluminium et caoutchouc, soit 4 mm. 1/2 pour couper le rayonnement secondaire, le nombre des succès traités depuis la guerre et se maintenant depuis 5 ans au moins a augmenté dans d'heureuses proportions. Il semble que la radiumthérapie précédant de 6 à 8 semaines l'hystérectomie totale doive être une méthode d'avenir. L'irradiation post-opératoire au contraire, n'est pas encourageante en ses résultats. L'auteur a traité un nombre élevé de dégénérescences néoplasiques du moignon du col de l'utérus après hystérectomie sub-totale pour fibrome : 17 cas sur 305 soit une proportion de 5,57 %. La proportion des succès obtenus par la curiethérapie seule atteint 40 %. La radiothérapie profonde ne doit s'associer systématiquement à la curiethérapie que lorsque les paramètres sont envahis d'emblée, c'est-à-dire dans les cas inopérables. Il ne semble pas qu'elle ajoute un élément de succès dans les cas de cancer du col tout à fait limité.

Poussée aiguë grave au cours d'une syphili-tuberculose chronique jugulée rapidement par le mercure. — M. *Mélamet*. — La malade présentée est venue consulter pour une infiltration de la moitié supérieure du poumon gauche et du sommet droit. Le Wassermann était positif ; ses crachats contenaient des bacilles de Koch granuleux. Phénomènes toxi-infectieux graves ; température 39°. Ni repos, ni traitements divers n'agissent sur la poussée. On prescrit des suppositoires de Hg ; le troisième jour, la température baisse et reste la même les jours suivants. Sous l'influence d'un essai de médication antisyphilitique active, nouvelle poussée aiguë qui cède à nouveau dès le deuxième jour à quelques centigrammes de Hg. M. Mélamet pense que dans la syphilis tuberculeuse, l'élément Σ peut à lui seul, et en dehors du facteur tuberculeux, donner des poussées aiguës graves.

Traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie. — M. *Paul Meyer* rapporte 56 observations de sphinctéralgies anales, aiguës ou chroniques, heureusement traitées par les courants de diathermie. Dans les formes aiguës, aussi longtemps que le spasme est marqué, il ne pénètre jamais le canal anal, il constitue un pôle anal externe à l'aide d'un tampon de coton imbibée d'eau salée. Les applications demeurent ainsi toujours indolores. Dans les névralgies chroniques, afin de pouvoir utiliser de hautes intensités bien tolérées, l'auteur emploie une grosse électrode conique présentant près de sa pointe un étranglement sur lequel vient se mouler la virole anale. Cette technique lui a permis d'obtenir dans le traitement de toutes les sphinctéralgies des résultats très supérieurs à ceux que donne la haute fréquence habituelle.

A. LAVENANT.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre (*suite*)

Evolution anatomique et clinique des endocardites. — *Maurice Renaud*, après avoir fait l'étude complète clinique et anatomique



de 23 cas d'endocardite aiguë et subaiguë qu'il a observés dans ces quatre dernières années, se propose de donner une conception synthétique des processus endocarditiques. Il croit opportun de substituer à la classification clinique, qui a conduit a multiplier les formes une classification plus simple basée sur les caractères anatomiques des lésions qui permet de bien comprendre la valeur et signification du processus.

Dans cette première communication il étudie les endocardites ulcéreuses et thrombosantes simples. Ici la lésion est toute en surface. La situation, la répartition, le volume des caillots, la taille des ulcérations ne sont que des caractères secondaires de peu d'importance. Dès qu'il y a perte de substance de l'endocarde et coagulation à sa surface la signification de la lésion devient la même.

L'inflammation de l'endocarde répond histologiquement aux deux types bien connus, suppuratif et plastique, mais les deux processus ne sont pas aussi distincts l'un de l'autre que le disent les descriptions classiques. Ils sont souvent associés tous deux, se compliquent d'érosions et de coagulation, et la thrombose n'est pas l'apanage exclusif des endocardites des septicémies.

Ces lésions d'endocardite aiguë ou subaiguë, ulcéreuse et thrombosante se rencontrent :

1° Dans les maladies aiguës, fièvre puerpérale, varicelle, rougeole ;

2° Dans des cas rentrant dans la forme d'endocardite lente, Jaccoud-Osler, d'origine inconnue. L'endocardite se rencontre chez ces malades avec une grande fréquence ;

3° Chez des cancéreux (14 cas sur 136 autopsies). Elle s'y présente avec une allure d'autant plus insidieuse que seules les manifestations cliniques des embolies y peuvent en traduire nettement son existence.

Dans la plupart des cas sa présence n'ajoute pas grand'chose au tableau clinique des états infectieux que présentent la plupart des cancéreux.

Les symptômes de la maladie, qui appartiennent à deux groupes de faits (état infectieux, embolies) sont variables d'intensité. Aussi la marche de la maladie est-elle rapide, lente ou très lente, suivant la gravité de l'infection et l'étendue des désordres qu'elle détermine.

Dans tous les cas étudiés ici, cette marche a été progressive et la mort est survenue. Mais celle-ci n'est pas toujours causée directement par l'endocardite elle-même (par exemple dans le cancer).

L'évolution de l'endocardite ulcéro-thrombosante paraît pouvoir être très longue, sinon indéfinie. La guérison en est même possible. C'est ce que montrera l'étude des endocardites à lésions complexes qui sera faite dans une prochaine communication. René GIROUX.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Diagnostic clinique, par A. MARTINET. 5e éd., rev. et compl. par le Dr LUTIER, in-8, 1042 p., 892 fig., br. : 85 fr. (Masson).

Précis de microscopie. Technique. Expérimentation. Diagnostic, par M. LANGERON, 4e éd., refondue, 1 vol. 1034 p., 315 fig., br. : 40 fr. (Masson).

Le Terrain hérédo-syphilitique, par V. HETINEL, 1 vol.. 456 p., fig. : 30 fr. (Masson).

Clinique médicale de l'hôpital Beaujon, par Ch. ACHARD, 2e série, 1 vol., 338 p., 63 fig. : 24 fr. (Masson).

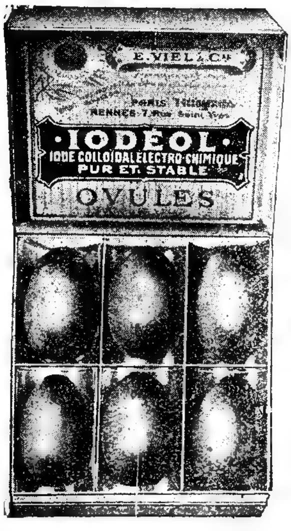
La Curiethérapie des cancers, par le Dr S. LABORDE, 1 vol. 324 p., 43 fig. : 27 fr. (Masson).

Manuel de Coprologie clinique, par R. GOIFFON, 2e éd., rev. 1 vol., 210 p., 36 fig. 2 pl, en coul. : 16 fr. (Masson).

Pancréatites chroniques avec ictère. Causes. Diagnostic et traitement, par le Dr P. MALLET-GUY, 1 vol., 308 p., 7 pl. : 25 fr. (Masson).

Kinésie paradoxale des parkinsoniens, par J. JARKOWSKI, 1 vol., 80 p. : 12 fr. (Masson).

Equilibre acido-basique des milieux biologiques, par F. COSTE, 1 vol., 104 p. : 9 fr. (Masson).


E. VIEL & Cie
IODÉOL
IODE COLLOIDAL ELECTRO-CHIMIQUE
PUR ET STABLE
OVULES

FONDÉ EN 1873. — N° 48. **Le Numéro : 50 Centimes** 28 NOVEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Écoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357-81
Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies.......... 35 fr.
Belgique et Italie.......... 45 fr.
Étranger 1re zone.......... 55 fr.
Étranger 2e zone.......... 70 fr

Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Assistance publique. — *Concours de l'internat en médecine.* — Epreuve orale : *Séance du* 11 *novembre.* — Questions posées : Complications intestinales de la fièvre typhoïde. — Signes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. — Mlles Frey 25, Baudry 22, Rosenbaum 21, Laurent 25, MM. Fleury 25, Quernéau 21, Gallais 24, Alibert 18, Guérin (Alp) 22, Fouquet 23.

Séance du 12 *novembre.* — Questions posées : Symptômes et diagnostic du cancer primitif du foie. — Rupture des grossesses tubaires. MM. Roseau 14, Foliasson 25, Cournand 24, Peynet 24, Champenois 19, Desoille 19, Liège (Robert) 18, Périn 21, Goldberg 18, Nédelec 27.

Séance du 15 *novembre.* — Questions posées : Symptômes de la pleurésie séro-fibrineuse du côté gauche. — Signes et complications de la hernie inguinale étranglée. — Mlles Nicolle 22, Abricossoff 18, MM. Bertrand 20, Cordier 19, Lièvre (Germain) 23, Abd-el-Nour 18, Rollet 22, Imbert 20, Guillot (Jacques) 20, Gerson 18.

Concours de pharmacien des hôpitaux. — *Séance du* 12 *octobre* : Epreuve d'analyse. MM. Cheymol 16. David 18-5.

Epreuve de reconnaissance : MM. Cheymol 17, David 16 1/2.

Classement général : MM. Cheymol 113, David 109 1/2.

A la suite de ce concours M. Cheymol est nommé pharmacien des hôpitaux.

Faculté de médecine de Paris. — Thèses : 25 *novembre.* — (Thèses vétérinaires.) — M. Bourbon. Le troupeau ovin dans l'Indre (principales maladies qui l'affectent). — M. Delavenne. De la bouleture des poulains et de son traitement.

(Thèses vétérinaires.) M. Escaude. Etude sur la tuberculose bovine. — M. Lenel. De l'emploi de l'hémoprévention contre la fièvre aphteuse. — M. Carneiro. Essai sur le diagnostic du charbon.

26 *novembre.* — M. Rousseau (L.). Etude des kystes. — M. Aubrio. L'hydroxyde de bismuth en syphiligraphie. — M. Benzakein (S.). Amélioration de la prothèse par inclusion orbitaire.

Agrégation. — Les dates et heures des compositions de la 1re épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont fixées ainsi qu'il suit :

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière, d'une durée de trois heures, de huit heures à onze heures.

Service de Santé. — Le titre de médecin des hôpitaux militaires est attribué aux médecins militaires ci-après désignés qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1925 :

MM. Guibert, du 15e train des équipages militaires, à Marseille ; Delpy, adjoint au directeur du Service de santé du 1er corps d'armée, à Lille ; Liegeois, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce ; Melnotte, des troupes d'occupation du Maroc ; Codvelle, de l'hôpital militaire et du laboratoire de Sarrebrück.

Le titre de chirurgien des hôpitaux militaires est attribué au médecin militaire Soulié, du 5e d'infanterie, qui a subi avec succès les épreuves du concours de 1925.

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — Service de M. le Dr (H. Dufour. — M. le Dr Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades, accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques.

Tous les matins, enseignement des stagiaires.

Commission de prophylaxie des maladies vénériennes. — Sont nommés membres de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes : MM. les professeurs Audry, Gaujoux, Payenneville, Petges, Spillmgnn.

Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.).— Monsieur le Docteur Charles André, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Assomption (Paraguay) fera le samedi 12 décembre à 18h., salle Béclard, une conférence : « 3 ans au Paraguay ».

Programme des leçons de thérapeutique digestive par le Dr Le Noir. — Hôpital Saint-Antoine, salle Aran, 10 heures 1/2 : Lundi 30 novembre. Traitement de l'ulcère gastro-duodénal non compliqué ; mardi 1er décembre. Traitement de l'ulcère gastro-duodénal compliqué ; mercredi 2 décembre. Traitement des vomissements incoercibles et de l'aérophagie ; jeudi 3 décembre. Physiothérapie des affections gastriques ; vendredi 4 décembre. Tubage duodénal et ses applications thérapeutiques ; samedi 5 décembre. Traitement de la dysenterie et des colites.

Stomatologie. — A partir du 15 décembre auront lieu des conférences et travaux pratiques de stomatologie réservés aux médecins et aux étudiants désirant pratiquer l'art dentaire. Inscription gratuite.

Ecrire au Dr Nidergang, 67, rue de Richelieu Paris 2e.

Hôpital Laënnec (42, rue de Sèvres). — *Conférence de clinique médicale pratique.* — M. Louis Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'Hôpital Laënnec (Amphithéâtre Landouzy), une Conférence de clinique médicale pratique. La première Conférence aura lieu le dimanche 6 décembre 1925. Elle aura pour sujet : L'œdème de la glotte.

Institut du radium : Fondation Curie (1925, 28e année). — Enseignement de la radiologie médicale. — Le Dr A. Béclère, médecin honoraire des Hôpitaux, commencera le dimanche 29 novembre, à 10 heures du matin, au dispensaire de la fondation Curie, 26 rue d'Ulm (Ve) et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de quatre conférences sur la radiothérapie des fibro-myomes utérins avec les rayons X ou les rayons du radium. Dimanche 29 novembre ; La radiothérapie en gynécologie, ses bases scientifiques. — Dimanche 6 décembre : radiothérapie des myomes ; résultats et modes d'action. — Dimanche 13 décembre : Techniques diverses de la radiothérapie des myomes. — Dimanche 20 décembre : Indications et contre-indications de la radiothérapie des myomes.

Hommage au Dr Mauclaire. — Les élèves, collègues et amis du docteur Mauclaire désirant lui témoigner leur reconnaissance ou leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion de son départ de l'Hôpital de la Pitié.

Le sculpteur Bouchard a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Celle-ci sera remise dans une réunion intime précidée par M. le docteur Pierre BAZY, membre de l'Institut, et à laquelle vous serez invité pour le 24 décembre 1925.

Les élèves, collègues et amis du docteur MAUCLAIRE, pensent que vous serez heureux de vous associer à cette manifestation et vous prient de bien vouloir adresser votre souscription à M. ARNETTE. libraire-éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris, 6e arr. qui a bien voulu accepter d'être notre trésorier, soit en mandat-poste, chèques sur Paris ou versement à son compte chèques-postaux Paris 194-53.

Les souscriptions à partir de 50 fr. donnent droit à une médaille de bronze.

Hôpital Necker (Service du Dr RIBIERRE). — *Enseignement clinique*. — M. Paul RIBIERRE, agrégé, médecin de l'hôpital Necker, reprendra ses leçons cliniques, le samedi 21 novembre 1925 (salle des consultations Henri-Huchard), à 11 heures, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Tous les jours, sauf le vendredi, à 9 h. 30, enseignement clinique au lit des malades (salles Chauffard et Henri-Huchard).

Vendredi, à 9 h. 30, consultation pour les maladies du cœur et des vaisseaux.

Des conférences sur des sujets d'actualité seront faites le mardi, à 11 heures, depuis le 24 novembre 1925 (salle des consultations Henri-Huchard), par M. FABRE, Pharmacien en chef de l'hôpital Necker et de l'hôpital des Enfants-Malades ; par MM. les Dr J. FLORAND, R. GIROUX, HAGUENAU, PARAF, PICHON, R. PRIEUR, SCHAEFFER et WEISS.

Programme des conférences. — M. FABRE : La notion du « pH » ; son importance en biologie. — M. PICHON : Les formes du rhumatisme cardique (deux conférences). L'hypertension artérielle des jeunes sujets. L'insuffisance auriculaire gauche. — M. R. PRIEUR : Souffles cardio-pulmonaires et souffles orificiels fonctionnels. Les coronarites. Myocardite et myocardie. — M. R. GIROUX : L'insuffisance ventriculaire droite. L'insuffisance cardiaque avec pouls régulier. La claudication intermittente (deux conférences). — M. J. FLORAND : Syphilis héréditaire et pathologie cardiaque. Syphilis héréditaire et pathologie hématique. — M. SCHAEFFER : Récents moyens de localisation des tumeurs intra-craniennes. Radiothérapie des tumeurs de la moelle épinière. La chronaxie chez l'homme et son intérêt en clinique. Les polynévrites sérothérapiques. La tétanie et les états spasmophiles. — M. HAGUENAU : Acquisitions récentes sur le diagnostic des tumeurs de la moelle. Diagnostic de la sclérose en plaques. Formes atypiques de l'encéphalite épidémique. M. PARAF : Acquisitions récentes sur l'épidémiologie et la prophylaxie de la rougeole. Varicelle et zona. Acquisitions récentes sur le traitement biologique dans l'infection gonococcique. — M. WEISS : La notion d'allergie tuberculeuse. Ses applications pratiques. Causes d'erreur dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire chronique. La phrénicotomie.

La première conférence a été faite le 24 novembre 1925 par M. FABRE.

Les dates des conférences ultérieures seront indiquées chaque semaine dans les périodiques médicaux.

Nécrologie. — Dr PERCEPIED ; F. SANSET ; Ch. BARBAUD et ROL (de Paris) ; Joseph CLAUSSAT, député du Puy-de-Dôme ; Aimé BÉNET, ancien professeur suppléant à l'Ecole de Marseille ; Charles MILLOU, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon ; Joseph HUTIN, d'Aix-en-Provence.

BIBLIOGRAPHIE

La Générale Bonaparte, par Joseph TURQUAN. 1 vol. in 8 écu, imprimé sur papier alfa et orné de 18 hors texte en héliogravure ; de la *Bibliothèque « Historia »*. Prix : 15 fr. Editions J. Taillandier, 75, rue Dareau, Paris.

On ne trouvera pas, dans cet ouvrage, la Joséphine de la légende Napoléonnienne, on la trouvera telle qu'elle fut. L'auteur a laissé la parole aux faits et aux témoins ; il a recueilli et comparé les documents épars dans les Souvenirs et Mémoires des contemporains. Si le portrait n'en est pas plus beau, la faute en est peut-être moins au peintre qu'au modèle ; en tout cas il est vrai et ce n'est pas le seul de ses mérites.

La Préhistoire par les étoiles, par le Dr Marcel BEAUDOUIN. In-8, 119 figures, 22 fr. (Norbert Maloine éditeur, 27, rue de l'Ecole-de Médecine, Paris).

Le contenu de ce livre justifie certainement son titre un peu inattendu et qui certes étonnera ! Cependant il ne s'agit là que du rôle joué par la vue des constellations célestes sur le développement de l'Esprit humain ! Mais tout cela est original ; et jamais ailleurs, jusqu'à présent, la préhistoire n'avait été envisagée à ce point de vue.


HÉMOGLOBINE
DESCHIENS
ANÉMIES
CACHEXIES
GROSSESSE
CONVALESCENCES
FER VITALISÉ
OXYDASES DU SANG


Après chaque application boucher avec soin.
RÉVULSIF BOUDIN
RÉVULSIF LIQUIDE PRÉPARÉ PAR
F. BOUDIN
Pharmacien Chimiste
6, Rue du Moulin
VINCENNES (Seine)

REVUE GENERALE

La maladie sérique

Par le Dr Robert CLÉMENT.

Nos idées, en médecine, évoluent si rapidement qu'il faut sans cesse remanier les cadres nosologiques. L'étiquette que nous donnons à une maladie, parfois basée sur une idée théorique, devient désuète, ou trop étroite, ou trop compréhensive.

Depuis l'important mémoire de von Pirquet et Schick et jusqu'à il y a peu de temps, on décrivait sous le nom de la maladie du sérum les accidents tardifs de la sérothérapie. Considérés à l'origine comme d'ordre toxique, on les opposait aux accidents précoces ou immédiats d'ordre anaphylactique et survenant seulement au moment d'une réinjection ou injection seconde chez un sujet sensibilisé par une première injection de sérum.

Or les constatations cliniques nous ont forcé à élargir le sens primitif donné au mot anaphylaxie par Charles Richet.

On a vite reconnu qu'à la suite d'une première injection de sérum, on pouvait avoir des accidents exactement semblables à ceux qui surviennent lors d'une réinjection chez un sujet sensibilisé par une première piqûre.

L'on a été obligé de les considérer, à cause de leur similitude, pour des accidents de même nature, quitte à supposer une sensibilisation par un autre mécanisme qu'une première injection. Les accidents tardifs de la sérothérapie, d'autre part, surviennent plus fréquemment chez les sujets ayant reçu deux injections sériques à quelque distance l'une de l'autre. Ils ont les mêmes caractères généraux. Brusques, fluxionnaires, fugaces et transitoires, ils s'accompagnent également de la crise vasculonerveuse caractéristique des phénomènes anaphylactiques, ils se développent sur les *mêmes terrains* et sont influencés par les mêmes thérapeutiques.

Il faut donc décrire sous le nom de maladie sérique l'ensemble des accidents survenant au cours de la sérothérapie et les faire tous rentrer dans le grand groupe des accidents d'ordre anaphylactique.

HISTORIQUE. — Maladie récente, maladie nouvelle, la maladie sérique est aussi vieille que la sérothérapie.

Les premiers, Charles Richet et Héricourt, en 1891, font mention de douleurs locales et de prurit causés par l'injection à un tuberculeux de sérum de chien.

Puis en 1894, Roux, Martin et Chaillous font au Congrès de Budapest une importante communication où ils individualisent les accidents éruptifs et généraux et esquissent une description clinique. Enfin c'est en 1903 que von Pirquet et Schick publient leur important mémoire sur la maladie du sérum (serumkrankheit) et distinguent les accidents tardifs, des immédiats ou accélérés. Depuis, de très nombreux auteurs ce sont intéressés à cette question ; citons en France : Netter, Martin, Courmont, Marfan, Lesné.

ETIOLOGIE. — Les accidents sériques sont de constatation journalière car la sérothérapie à pris une extension considérable.

Merveilleuse méthode préventive ou curative, la sérothérapie est appelée à se développer encore et nul ne peut ignorer les accidents auxquels elle expose.

Marfan et Opert comptent une proportion de 40 % d'accidents chez l'adulte, 12 % chez l'enfant et chez lui d'autant moins qu'il est moins âgé.

Netter et Debré relèvent 34 pour cent d'accidents sériques après la sérothérapie rachidienne dans la méningite cérébro-spinale et la proportion d'accidents, disent-ils, n'est pas plus grande si la 2e injection est faite 12 jours après la 1re, mais ceux-ci sont plus graves.

Lesné compte 12 à 15 % de manifestations sériques chez les enfants qui ne reçoivent qu'une seule injection préventive et c'est en général une primo injection et 35 à 70 % chez les sujets soumis à une sérothérapie curative, au service de la diphtérie par exemple.

Ce sont des chiffres analogues que nous avons eu l'occasion d'observer. Martin compte 50 % d'accidents après une réinjection tardive et 1,5 à 2 % de morts dans ces conditions. On voit que la maladie sérique est une éventualité fréquente et qu'on doit l'envisager dès qu'il s'agit d'utiliser un sérum dans quelque but que ce soit.

Pourquoi certains sujets font-ils des accidents alors que d'autres sont épargnés ?

La *nature* du sérum ne semble pas entrer en ligne de compte. C'est avec le sérum de cheval, le plus communément employé, qu'ont été faites les statistiques ci-dessus, mais avec les sérums animaux de bœuf, de mouton, de chèvre, d'âne, de canard, de chien, de lapin la même proportion d'accidents a été observée. Si nous manquons de statistique il nous semble bien que c'est avec la même fréquence que l'on observe des réactions avec les injections du sérum humain qu'il s'agisse de sérum de convalescent (de poliomyélite, de rougeole, de scarlatine) ou de sérum normal. Le sérum du père ou de la mère, voire le sérum du propre sujet ne semblent pas être exempts de cet inconvénient et nous avons vu maintes auto-sérothérapies suivies d'accidents pénibles sinon graves.

Pas plus que la nature du sérum vecteur, *sa qualité* antitoxique ou antimicrobienne ou hémopoiétique ou hémostatique ne semble avoir la moindre importance dans la fréquence d'apparition des accidents.

On les voit survenir avec du sérum pur ou du sérum d'animal saigné dans les mêmes conditions. Mais il faut savoir que certains sérums donnent des accidents plus graves. C'est à peu près toujours avec le sérum antitétanique, antituberculeux ou antidiptérique que sont observés les accidents mortels et surtout les accidents paralytiques.

Certains lots de sérum donnent cependant plus d'accidents que d'autres et Bokay raconte que le sérum d'un cheval donnait des accidents dans 50 % des cas chiffre sensiblement supérieur à celui trouvé habituellement. Il est impossible de savoir si un sérum provoquera des accidents : la recherche de la toxicité sur le cobaye n'a aucune valeur. Rosenau et Huderson n'ont pas trouvé toxiques pour l'animal des sérums qui avaient provoqué des accidents mortels chez l'homme.

Il est incontestable que — les *sérums vieillis* et les sérums *chauffés* donnent moins d'accidents — le sang total paraît aussi moins dangereux à ce point de vue. Vaglianos dans des expériences récentes montre que le brassage du sérum avec du gaz carbonique permet de supprimer les accidents sériques. Enfin Lesné et Martin en *désalbuminant* en partie le sérum, en le privant de sa globuline et de sa sérine, ont diminué dans une grande portion la fréquence des accidents sériques et leur gravité.

Il n'y a aucun rapport entre la fréquence et la gravité des phénomènes anaphylactiques et les *doses* employées ;

il semble souvent, au contraire, que les doses fortes soient les mieux supportées. La *répétition* des doses n'a qu'une faible valeur. Par contre l'*intervalle qui sépare les deux injections* est plus important. Il est certain qu'en introduisant à nouveau du sérum chez l'homme par voie parentérale après un intervalle de plusieurs jours, on a beaucoup plus de chance d'avoir des accidents, surtout des accidents immédiats et graves, qu'en faisant la réinjection 24 ou 48 h. après. C'est à 50 % des cas que Martin évalue la morbidité dans ce cas et à 1.5 à 2 % la mortalité.

On admet qu'il faut 8 à 10 jours pour la constitution de cette sensibilisation anaphylactique. Les avis étaient partagés sur sa durée : von Pirquet l'estimait à 4 ans ; Thaon dit l'avoir observée pendant 4, 5, 10 ans.

Mais depuis que nous savons que les accidents, même les immédiats, peuvent survenir chez un sujet qui n'a jamais subi d'injection préparante, ces recherches ont perdu beaucoup de leur valeur.

La *voie d'introduction* du sérum joue un certain rôle.

La *voie intraveineuse* est sans conteste la plus dangereuse, elle expose dans une proportion plus grande aux accidents immédiats et ceux-ci sont toujours plus graves.

La *voie intrarachidienne* ne donne pas très fréquemment des accidents immédiats de choc, mais lorsqu'ils surviennent ils sont des plus graves.

Outre les accidents cutanés et viscéraux, elle expose le sujet à des réactions locales, méningées, tardives, dans une proportion assez grande.

L'introduction dans *les autres séreuses* : pleurale, péritonéale, articulaire ne semble pas exposer à plus d'accidents que la voie sous-cutanée mais d'une façon générale la réaction est plus précoce et plus grave. Il y a peu de réactions locales signalées et elles sont toujours sans gravité.

L'injection *intramusculaire* et l'injection *sous-cutanée* sont de beaucoup les plus employées. C'est elles qui donnent la proportion d'accidents dont nous avons fourni les chiffres.

Les accidents sont en général bénins, mais on en constate parfois de graves, voire mortels.

La voie parentale est préférée pour la sérothérapie en raison de l'inefficacité habituelle des sérums introduits par *voie buccale* ou *rectale*, d'ailleurs ce mode d'introduction ne met pas à l'abri des accidents. Des manifestations anaphylactiques ont été constatées après l'absorption de sérum de cheval à titre hémostatique ou nutritif.

Est-ce par cette voie que se fait *la sensibilisation* des sujets qui réagissent à leur première injection. On l'a supposé et certains auteurs incriminent l'*alimentation hippophagique*, par la viande crue, à la base de cette sensibilation.

La question reste en suspens mais l'on peut dire que les réactions s'observent avec n'importe quel sérum animal ou humain, que l'alimentation carnée est un phénomène bien banal chez l'homme, et qu'au surplus la maladie sérique de primo-injection a été observée chez des sujets qui n'avait jamais mangé de viande de cheval du moins à leur connaissance.

Bien plus que la nature du sérum, les doses ou la voie d'introduction utilisées, l'*état du patient*, est important dans le déterminisme de la maladie sérique.

Non pas qu'il y ait le moindre rapport entre la gravité de l'affection du sujet et la fréquence d'apparition des accidents sériques, bien au contraire, ni même avec la gravité des manifestations sériques.

La seule chose que l'on peut dire, c'est que le pronostic des accidents graves est moins bon, car un organisme fatigué ne peut pas toujours supporter la violente secousse que représente parfois un choc anaphylactique.

Mais ces accidents surviennent d'une façon élective chez un certain nombre de *prédisposés*. Ce sont d'abord les sujets atteints de cet état héréditaire, que faute d'en savoir la nature nous appelons la diathèse arthritique, ce sont les sujets qui ont une affinité pour tous les accidents anaphylactiques : migraine, asthme, urticaire, eczéma, hydrorrhée nasale, etc.

Ces prédisposés, Rapin les comprend dans ses angioneuroses familiales, Widal les dit atteints de diathèse colloïdoclasique, Ravaut y range tous les hérédo-syphilitiques.

Disons ici que cette opinion nous paraît exagérée et que nous n'avons pas observé que les accidents sériques soient plus fréquents chez les enfants hérédo-syphilitiques, que chez les autres. Semblent prédisposés encore à faire des accidents sériques, les tuberculeux, les endocriniens, tous ceux dont le système nerveux végétatif n'est pas en état d'équilibre normal. Paul Courmont dit que les accidents immédiats de la sérothérapie sont plus fréquents chez l'adulte parce qu'alors l'homme présente déjà des tares morbides et surtout des scléroses et de la tuberculose.

Ce qu'il y a de curieux c'est que cette sensibilisation n'est pas permanente. Un sujet qui fera des accidents sérieux après une injection n'en aura pas après une nouvelle quelques mois ou même quelques jours après. Tinel et Santenoise, frappés de cette intermittence de l'affinité aux accidents anaphylactiques, ont étudié à ce point de vue des mentaux cycliques et ils ont conclu que les accidents se produisaient lorsque le patient était dans un certain état d'équilibre neuro-végétatif qui correspondait à la vagotonie. Si chez un malade le réflexe oculocardiaque était positif, il fallait craindre les accidents. Nous n'avons rien observé de tel chez les enfants et il est plus probable que l'état de sensibilisation correspond à un déséquilibre neuro-végétatif avec alternance de vagotonie et de sympathicotonie ou même d'amphotonie. Si les réponses au réflexe oculocardiaque sont variables, nous avons surtout trouvé au cours des accidents sériques l'absence de tout réflexe.

Aspect clinique. — La sérothérapie donne lieu à des accidents *généraux*, *locaux et focaux*. Les manifestations générales sont de beaucoup les plus fréquentes. Les réactions locales au point d'injection sont assez souvent observées aussi : phénomène d'Arthus immédiat ou tardif, méningite, pleurésie sériques. Beaucoup plus rares sont les réactions focales. Il semble que sous l'influence de la sérothérapie il se fasse parfois au niveau du foyer infectieux une véritable réaction d'Herxheimer, une poussée inflammatoire au niveau des lésions. Le fait a été observé dans le tétanos, où les premières injections curatives de sérum ont pu produire une exacerbation de tous les symptômes; dans la méningite cérébro-spinale, où il y a parfois exagération de la raideur et de la courbature ; dans la diphtérie, où elle se traduit par un gonflement des ganglions tributaires du territoire enflammé (Mouriquand et Dechaume) ; dans la gangrène pulmonaire, où il y a augmentation de l'expectoration.

Ces manifestations focales sont en général précoces mais non immédiates, elles se placent entre les deux grands groupes cliniques d'accidents sériques que l'on peut observer : les *accidents immédiats* et les *accidents tardifs*.

Accidents immédiats. — Deux ordres de phénomènes peuvent s'observer : une réaction générale, parfois très grave, le *grand choc anaphylactique*, une réaction locale bénigne, le *phénomène d'Arthus*.

C'est en général à l'occasion d'une injection intraveineuse ou intrarachidienne, que le sujet ait reçu ou non du sérum auparavant, que survient instantanément et brusquement le *grand choc anaphylactique*.

Dès le début de l'injection, alors que parfois une faible partie du sérum est seulement injectée, le sujet devient d'une pâleur effrayante accompagnée d'angoisse et de la sensation de défaillir, de mourir.

Un frisson intense secoue parfois le malade qui claque des dents, tandis que ses traits changent et s'altèrent à vue d'œil. Le pouls devient extrêmement rapide, misérable, incomptable. Impossible de prendre la tension artérielle ; l'oscillomètre ne montre aucun battement. Lipothymies, syncopes, sont fréquentes. La respiration est courte et superficielle. Parfois survient un vomissement ou une abondante selle diarrhéique. La révulsion des globes oculaires, le refroidissement des extrémités, les gouttes de sueurs froides sur le front, le cœur, sourd, difficile à percevoir, donnent bien l'impression que le malheureux est *au seuil de la mort* ; et de fait celle-ci survient parfois en quelques minutes sans qu'il soit possible d'intervenir efficacement. Plus souvent, soit spontanément, soit sous l'influence thérapeutique de l'adrénaline, le sujet revient lentement à la vie. Il reprend des couleurs, le pouls devient perceptible ainsi que le cœur, la respiration se calme ; le malade sort du coma, ouvre les yeux et retrouve la parole. Ce syndrome effrayant disparaît sans laisser après lui de traces.

Parfois, l'évolution, moins brutale, est plus longue, par exemple lorsqu'on a dilué le sérum dans de l'eau physiologique.

Dans un temps, qui varie de quelques minutes à une demi-heure après l'injection, le malade se sent mal à l'aise, puis est secoué de frissons, le pouls est extrêmement rapide et petit, le malade angoissé ne parle pas. La température monte à 40° 41° et est suivie d'une sudation abondante et d'une chute thermique aussi rapide que l'ascension. Il est fréquent d'observer une débâcle diarrhéique parfois une salivation exagérée ou une crise de larmes, le vomissement est plus rare.

Le malaise intense dure 2, 3, 4 heures, puis la température tombe au-dessous de la normale, parfois jusqu'à 35°. Le malade reste courbaturé, épuisé par le choc pendant un jour ou deux.

Les accidents sont en général si rapides, si menaçants que l'on n'a guère de loisir de faire des recherches sur ces sujets. Cependant, dans les formes où la seule préoccupation du médecin n'est pas la lutte avec la mort, on a pu observer chez ces malades tous les signes de la crise vasculo-sanguine que Widal, Abrami et Brissaud ont si bien décrite sous le nom de crise hémoclasique et caractérisée par l'hypotension artérielle, la leucopénie, l'inversion de la formule leucocytaire, des troubles de la coagulation variés, l'abaissement de l'indice réfractométrique du sérum.

La réaction générale s'accompagne parfois de bouffissure de la face, d'*œdème* des paupières ou du cou ou des membres, plus rarement de troubles vaso-moteurs.

On a pu observer une forme *respiratoire*. La dyspnée intense, pénible, la toux sèche et quinteuse domine le tableau. Une expectoration séreuse et rosée a été observée et l'on a pu se demander s'il s'agissait là d'œdème pulmonaire anaphylactique.

Certains prédisposés réagissent aux accidents sériques par une crise d'asthme de même qu'à tout autre cause déterminante, mais ce sont là des faits rares (Pagniez).

Enfin, chez l'enfant surtout, on voit survenir, au moment du choc des *convulsions*. Cette forme convulsive est d'ailleurs plus fréquente au cours de la sérothérapie rachidienne ou intraventriculaire qu'avec l'intraveineuse.

Si ces accidents instantanés, immédiats, sont surtout observés avec la sérothérapie intraveineuse, ils existent aussi et aussi menaçants, mais plus rarement, avec l'injection intramusculaire et même sous-cutanée du sérum. Nous avons eu l'occasion de voir à la Clinique médicale de l'hôpital St-Antoine un hypertendu de 40 ans qui, après une injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique, a fait des accidents extrêmement impressionnants avant même que l'aiguille ne soit retirée de sa cuisse. Un moment en état de mort apparente, il est revenu à lui sous l'influence de l'adrénaline et de l'huile camphrée. Mêmes accidents subits et graves chez une fillette de 9 ans, quelques minutes après une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique.

Ni l'un ni l'autre de ces sujets n'avaient jamais reçu de sérum auparavant.

La *mort* même peut survenir après une injection sous-cutanée. Le fils du professeur Langerham âgé de 20 mois mourut quelques minutes après une primo-injection de sérum antidiphtérique préventif. Mac Kens a observé sitôt après une injection prophylactique de sérum antidiphtérique : syncope, dyspnée, cyanose puis mort une demi heure après. Le sujet était atteint d'hypertrophie thymique dit l'auteur. Lesné et Barreau ont rapporté à la Société de Pédiatrie l'histoire d'un enfant de 4 ans, qui dix minutes après l'injection de 50 cc. de sérum antidiphtérique présenta des vomissements violents et abondants. Deux ou trois minutes plus tard survinrent des convulsions cloniques généralisées avec écume rosée à la bouche et mydriase marquée et cyanose de la face. L'enfant succomba 4 à 5 minutes après le début des accidents malgré une injection intraveineuse d'adrénaline. Dans la discussion qui suivit R. Voisin rapporta un cas de mort survenue en quelques minutes, après un tableau clinique analogue, après une injection préventive de 10 cc. de sérum antidiphtérique à un enfant de 10 ans.

La mort ne survint que 22 heures après l'injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum antidiphtérique chez l'enfant de 2 ans observé par Terrien. Carrière de Lille cite un cas de mort consécutive à une première injection prophylactique de sérum antidiphtérique en tous points comparable aux précédents. J. Deroide tout récemment a observé un accident mortel survenu après une primo-injection de 10 centimètres cubes de sérum antitétanique. Une ou deux minutes après l'injection l'enfant, âgée de 5 ans, avait crié « ma gorge » en portant les mains à son cou puis levé deux ou trois fois les bras en l'air convulsivement. Livide, violacée elle ne respirait plus, les pupilles moyennement contractées, les conjonctives injectées, une légère spume blanche aux lèvres. Le pouls était imperceptible. Ni la respiration artificielle ni cinq milligrammes d'adrénaline intramusculaire et intracardiaque n'empêchèrent la mort de survenir.

Ces accidents mortels presque tous survenus après une première injection chez des enfants n'ayant jamais mangé de viande crue, jamais reçu d'albumine étrangère en injection sont très rares. Lesné et Barreau affirment que la mort ne survient pas plus d'une fois sur 100.000 malades injectés. Park cite deux cas de mort rapide sur 150.000 injections préventives ou curatives soit 1 pour 75.000.

Les accidents immédiats, brutaux, intenses, menaçants, guérissent en général, ne laisse après eux nulle trace et même il n'est pas rare de les voir produire l'interruption

brusque d'une pyrexie traînante, la guérison définitive d'une infection prolongée.

Cette chance d'un choc bienfaisant est à mettre en balance avec les risques d'accidents graves. Certains auteurs en ont même fait une méthode thérapeutique et cherchent systématiquement le choc sérique. Mais c'est lorsque la sérothérapie, méthode spécifique, se révèle inefficace que l'on peut être appelé à essayer une thérapeuthique par le choc et d'autres protéinothérapies permettent d'obtenir des chocs plus atténués.

D'un tout autre ordre est la curieuse réaction locale que l'on décrit sous le nom de *phénomène d'Arthus*. Quelques minutes après une injection de sérum sous-cutanée ou intramusculaire se fait *in situ* un énorme gonflement œdémateux dont les dimensions varient de la grandeur d'une paume de main à toute une cuisse. Cet œdème local se produit très rapidement. Il est peu douloureux mais très prurigineux. Parfois rouge et chaud, il prend un aspect pseudo-phlegmoneux. Il disparaît en général en 24 h., 48 h. sans laisser de trace, mais il peut persister plusieurs jours, ou bien gonflement et prurit réapparaissent le lendemain ou 8 jours après.

A côté des accidents immédiats, du premier quart d'heure comme disent Pehu et Durand, d'autres *manifestations précoces* font la transition avec les accidents tardifs dont elles ont l'aspect clinique.

Un jeune Arménien de 18 ans que nous avons eu l'occasion d'observer présenta 20 heures après une injection de 60 cmc. de sérum antigangréneux, une urticaire généralisée avec œdème de la face et des bourses, prurit intense. Ces accidents, survenus après une primo-injection, disparurent en 24 heures et ne se reproduisirent pas, bien que nous ayons poursuivi la sérothérapie. Une fillette de 10 ans présenta une éruption urticarienne 36 heures après une réinjection de sérum et des arthralgies avec fièvre 50 heures après. On a observé des réactions méningées précoces, 18 h., 24 h., 36 heures après la sérothérapie intrarachidienne. Précoces aussi sont les réactions focales observées parfois avec la sérothérapie et il est parfois difficile de distinguer cette exacerbation focale des accidents infectieux, des accidents sériques proprement dits surtout dans le tétanos et la méningite cérébro-spinale.

C'est en général entre le 8e et le 12e jour qu'apparaissent les *accidents tardifs*, mais la chronologie est loin d'être absolue. Les deux dernières complications du sérum que nous avons observées sont survenues le 5e et le 6e jour après l'injection. Il s'agissait dans les deux cas d'hommes ayant reçu du sérum pendant la guerre, mais ces dates s'observent souvent après une première injection préventive chez les enfants. Souvent aussi les accidents n'apparaissent que plus tard. On en a vu apparaître le 20e, le 25e jour après l'injection.

La forme la plus fréquente est bénigne mais on observe parfois des formes sévères, voire mortelles.

Dans la *forme typique* se développe brusquement une *urticaire généralisée* à grands placards, sur le tronc, les membres, la face donnant souvent à celle-ci une bouffissure caractéristique. Le prurit est intense et rien ne le calme.

En même temps, ou le lendemain, le malade se plaint d'arthralgies extrêmement pénibles au niveau des genoux, des cous-de-pied, des poignets, plus rarement aux hanches, à la mâchoire. Les éléments urticariens très fugaces s'effacent en quelques heures mais d'autres surviennent presque aussitôt ; l'éruption dure ainsi 2 à 3 jours le plus souvent. Urticaire, prurit et arthralgies sont accompagnés d'un malaise général, avec courbature, poussée fébrile, pouls rapide, tension artérielle basse.

Un état saburral du tube digestif, un ou deux vomissements complètent parfois le tableau. Le syndrome sanguin est en général caractérisé par la leucopénie, la mononucléose et les troubles de la coagulation, mais ces signes sont variables, de même que l'état du système nerveux organo végétatif.

Les *formes atypiques* par les symptômes présentés, par le groupement de ces signes ou par l'évolution ne sont pas rares.

Les *accidents cutanés* ne sont pas toujours du type urticarien généralisé. On peut avoir de simples érythèmes, *des érythèmes* : circiné, atypique, marginé, aberrant comme celui décrit par Marfan, polymorphe.

L'érythème purpurique est exceptionnel. Pour lui comme pour les érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes plus fréquemment observés, on peut se demander s'il ne s'agit pas là plutôt d'érythèmes infectieux lorsqu'ils se développent chez un sujet atteint de diphtérie, de scarlatine ou de méningite cérébro-spinale.

Des *œdèmes* peuvent accompagner l'urticaire ou la remplacer. Ce sont en général des œdèmes fugaces « baladeurs », ils atteignent fréquemment la face qu'ils déforment, les mains, la verge, les bourses. Ils siègent parfois au pharynx où ils produisent des phénomènes extrêmement pénibles, le malade faisant des efforts désespérés pour respirer et avaler, et à la glotte où ils s'accompagnent de tirage intense et peuvent produire en quelques minutes une asphyxie fatale. Dans certains cas ces œdèmes revêtent la forme d'une véritable maladie de Quincke.

On constate assez souvent un *exanthème* surtout buccal qui a les mêmes caractères de fugacité et d'irrégularité dans sa distribution.

Enfin le *prurit* isolé, intense, est quelquefois la seule manifestation d'une réaction sérique atténuée.

On observe fréquemment un léger gonflement des ganglions tributaires du territoire atteint, mais l'*adénopathie peut être généralisée*. Nous avons eu l'occasion de voir récemment un homme de 23 ans qui présenta, le 5e jour après une injection de sérum antitétanique, d'abord un malaise indéfinissable avec étourdissements, sueurs abondantes, céphalée, état nauséeux, puis, 4 heures après, une urticaire généralisée avec prurit, dyspnée et oppression. 10 minutes environ après l'éruption ortiée tous les groupes ganglionnaires subirent un gonflement considérable. Les ganglions cervicaux, occipitaux, axillaires, épitrochléens, inguinaux, étaient volumineux, de consistance molle, sans périadénite, très douloureux à la palpation. Puis survinrent des arthralgies, de l'insomnie.

Les adénites disparurent en 48 heures. La médication avait compris à la fois l'adrénaline sous-cutanée et l'hyposulfite de soude par la bouche.

Ces adénites généralisées associées à des manifestations cutanées ne sont pas exceptionnelles. Dans une observation de P. Vallery-Radot l'adénopathie généralisée était la *seule manifestation* de la maladie sérique.

Mouriquand et Dechaume insistent sur le gonflement ganglionnaire que l'on observe parfois sur les ganglions tributaires de la région malade (angines de la diphtérie ou de la scarlatine) et ce sont là pour eux des réactions infectieuses de foyer, de véritables réactions d'Herxheimer favorisées par la réaction sérique. Enfin à ces adénopathies est parfois associée une *splénomégalie* transitoire qui serait de même nature.

Toutes ces manifestations ganglionnaires ne s'accompa-

gnent d'aucune modification particulière de la formule sanguine. On rencontre aussi des *manifestations viscérales* soit au milieu d'accidents cutanés et articulaires, soit isolées.

L'*albuminurie* est fréquente, elle est légère, transitoire, sans cylindrurie.

D'après Jousset et Delgove, on observe dans les formes sérieuses de la maladie sérique, dans les urines, un excès de déchets azotés, de purines, en même temps qu'une diminution des phosphates, et ils rapprochent ce syndrome urinaire du syndrome assez analogue observé dans la goutte dont certains auteurs ont voulu faire une manifestation anaphylactique.

On observe parfois des *orchites* ou des *orchi-épididymites*. Nous en avons relevé 12 cas publiés jusqu'à ce jour dans la littérature française et anglaise. La première observation n'est pas vieille.

C'est en décembre 1920 que Blechmann et Stiasnie la rapportèrent à la Société de Pédiatrie. Cette localisation est en général secondaire, avec ou après des accidents cutanés ou articulaires.

Elle est tardive, survenant du 12e au 21e jour après l'injection et fréquemment 5 à 8 jours après le début des autres accidents assez sérieux et prolongés.

Dans la majorité des cas il s'agit d'orchi-épididymite double sans hydrocèle vaginale. Dans 3 cas les auteurs signalent que le cordon déférent lui aussi est volumineux, œdémateux et douloureux jusque dans le canal inguinal. Plus rarement l'orchite est pure ou l'orchi-épididymite unilatérale. Les accidents sont fluxionnaires et œdémateux, leur durée varie de 3 jours à 3 semaines. Ils disparaissent sans laisser de séquelles.

Plusieurs de ces orchites s'accompagnèrent ou furent précédées de violentes *douleurs iliaques*. Dans une observation la douleur dans la fosse iliaque droite avec œdème de la paroi à ce niveau firent craindre une appendicite pendant plusieurs jours puis tout disparut. Faut-il rapprocher de ces faits les *poussées diarrhéiques* plus ou moins intenses avec coliques qui ne sont pas rares au cours des complications tardives de la sérothérapie.

Cordier Morenas et Delore ont publié une curieuse observation *d'insuffisance surrénale grave et curable*.

Brusquement 10 jours après une première injection survint chez leur patient une douleur lombaire intense, puis l'asthénie et la mélanodermie s'installèrent progressivement surtout manifestes à partir du 2e mois.

Les phénomènes rétrocédèrent et guérirent après une durée totale de 10 mois. Les auteurs pensent que l'on peut attribuer ce syndrome à un choc sérique chez un débilité surrénal en raison de son début brusque et de son apparition au milieu d'accidents arthralgiques et cutanés.

Sabrazès rapporte l'observation d'une *pleurésie* qu'il croit un accident sérique en raison du caractère peu fibrineux du liquide, de sa formule cytologique panachée, parce que le liquide n'a pas tuberculisé le cobaye et que la pleurésie est apparue au cours de la maladie sérique.

On observe parfois une dyspnée intense des bouffées de crépitants fins et une expectoration séreuse rosée qui permettent de supposer qu'il s'agit d'*œdème pulmonaire*, mais ces accidents semblent surtout se développer chez des sujets ayant déjà présenté des manifestations pulmonaires et on peut se demander si la manifestation est purement sérique ou si le sérum ne fait que réveiller un état congestif antérieur.

Oudart et Jean ont publié une observation d'*hépatite* sérique.

Différentes, ne présentant pas le même caractère fluxionnaire, plus tenaces, sont les *paralysies* que l'on observe au cours des accidents tardifs de la sérothérapie.

Ces accidents se rencontrent presque toujours après la sérothérapie antitétanique. Elle était en cause 18 fois sur les 25 cas rassemblés par Pollet et dans les 5 cas publiés depuis ce travail.

La sérothérapie antidiphtérique, la sérothérapie antituberculeuse, la sérothérapie antigangréneuse antistreptococcique se partagent les autres cas.

Ces manifestations paralytiques sont en général plus tardives que les autres, elles surviennent le plus souvent après ou au cours d'autres accidents sériques plus ou moins sérieux.

Il s'agit en général de *polynévrites* et celles-ci revêtent le plus souvent la *forme scapulo-humérale* dite de Duchenne-Erb. Le début se fait par des douleurs intenses au niveau de la ceinture scapulaire. Puis rapidement, brutalement, s'installe la paralysie. Elle revêt presque toujours le type supérieur, Duchenne-Erb, des paralysies du plexus brachial, mais d'une façon dissociée atteignant presque exclusivement certains muscles : par ordre de fréquence : les grand dentelé, sus et sous-épineux, deltoïde, biceps et brachial antérieur.

Malgré l'importance des troubles moteurs, il y a intégrité presque totale de la sensibilité objective Les réflexes sont abolis. L'*amyotrophie* est précoce, intense, tenace, et semble être la principale caractéristique de ces polynévrites. Les troubles des réactions électriques sont aussi très marqués et vont souvent jusqu'à la réaction de dégénérescence totale. Malgré cela, la guérison est survenue dans tous les cas, mais elle est souvent tardive et ne survient qu'après plusieurs mois.

Parfois il y a seulement de la parésie avec fatigabilité intense, sans atrophie, mais avec contractions fibrillaires et réaction de dégénérescence partielle comme dans le cas publié par P. Sainton, P. Descouts et R. Le Clerc.

Si la forme typique de ces polynévrites sériques est la forme scapulo-humérale, on peut observer aussi : des *formes tronculaires*, du moins en apparence ; paralysie du radial, du sciatique, du sciatique poplité externe ; des *formes sensitives* ou à prédominance sensitive (névralgies sciatiques). Souques, Lafourcade et E. Terris ont rapporté une *forme généralisée* aux quatre membres ; Babonneix un *pseudo-tabes* caractéristique. Avec douleurs, signe de Romberg et rétention d'urines.

Dans les deux cas qu'il a publiés récemment André Thomas a étudié les réflexes sympathiques, principalement le réflexe pilomoteur. Dans le premier cas, très comparable à la forme commune des paralysies sériques, il y avait en outre superposition dans la même zone, d'anesthésie et d'absence de réflexe pilomoteur ce qui démontrerait une lésion sur les nerfs au-delà de la coalescence de la racine et du communicant gris — lésion radiculaire extrarachidienne probablement. La deuxième malade présentait un type classique de polynévrite des membres inférieurs avec prédominance aux extrémités.

De l'étude des réflexes sympathiques Thomas conclut qu'il s'agit dans la forme commune de paralysies sériques non de polynévrite mais de névrite en foyer, lésion locale, interstitielle qui frappe tous les éléments nerveux rencontrés. Il se rallie à l'hypothèse proposée par Sicard et de Gennes, Sézary et Dessaint que la lésion localisée sur le nerf est de même nature que l'élément urticarien cutané. Les conséquences différentes tiendraient à la fragilité spéciale des fibres nerveuses.

Sicard, Rimbaud, admettent à l'origine de ces accidents

une poussée œdémateuse profonde réalisant une compression des racines et des nerfs périphériques au niveau des trous de conjugaison.

Il faut rapprocher de ces polynévrites et peut-être attribuer à une pathogénie analogue les *névrites optiques*, transitoires et curables, que l'on observe quelquefois dans la maladie sérique.

Un cas d'*hémiplégie* organique d'origine *centrale* a été publié par Moricheau-Bauchant. Il attribue à la sérothérapie antitétanique cette hémiplégie chez un sujet sain qui succomba à des accidents cardiaques alors que son hémiplégie s'améliorait.

Il est fréquent d'observer au cours de la maladie sérique des *accidents cardiaques*. Les lipothymies. les syncopes, ne sont pas rares, les extrasystoles non plus. Le malade a parfois une angoisse cardiaque assez particulière. Le cœur est sourd, parfois irrégulier. Le pouls rapide-petit, souvent irrégulier et inégal. Mais dans certaines formes l'*arythmie*, bien que transitoire, prend une telle importance qu'elle domine le tableau. Lian a insisté sur ces *tachy-arythmies* d'origine sérique. Weil-Hallé et Levy en ont rapporté récemment un cas qui aboutit à la guérison.

Enfin si les arthralgies sont parmi les symptômes les plus communs de la maladie du sérum, on observe parfois de véritables *arthrites* avec gonflement articulaire et épanchement synovial. Ces arthrites sont en général très fugaces et ne laissent pas de traces, mais on en a vu se prolonger au point de pouvoir décrire un véritable *rhumatisme sérique*.

L'*intensité* des réactions est très variable.

Les *formes frustes* sont heureusement fréquentes. Des érythèmes très fugaces, un prurit transitoire, un œdème localisé, en sont parfois les seules manifestations avec un léger malaise et un peu de céphalée. L'urticaire peut être légère, localisée au tronc ou au membre. Enfin il n'est pas rare d'observer isolé ou au milieu d'autres manifestations, un *phénomène d'Arthus tardif* se traduisant soit par un volumineux œdème, soit plus souvent par un placard urticarien ou même un simple prurit localisé au point où avait été pratiquée l'injection du sérum.

Il existe aussi des *formes sévères* très pénibles pour le malade par le prurit intense qui accompagne la grande urticaire qui envahit toute la surface tégumentaire et surtout par les arthralgies. Les douleurs intenses empêchent toute mobilisation et rendent le moindre mouvement atroce. La température est élevée. le pouls rapide et petit. Le malade ressent une angoisse indéfinissable. Les vomissements et la diarrhée empêchent toute alimentation. L'insommie totale est pénible. Le malade présente des défaillances cardiaques, quelquefois de vraies syncopes impressionnantes.

Les accidents tardifs sont aussi bien souvent *atypiques dans leur évolution*.

A coté des *formes courtes* limitées à une journée ou à une demi-journée on observe des *formes prolongées*. Chaque jour ce sont de nouvelles poussées cutanées ou articulaires, de nouvelles manifestations viscérales et même parfois il y a reprise après un ou deux jours de rémission. Ramond, Flandin ont décrit de véritables *formes chroniques* qui conduisent à la cachexie en maintenant le malade au lit et en entravant son alimentation. Flandin a observé ainsi des récidives se succédant pendant 15 mois alors que la guérison soudaine fut obtenue par l'injection d'une dose minime de sérum de cheval.

Certaines formes aboutissent même à la *mort*. Le fait est exceptionnel dans la forme tardive, mais il a été observé après des accidents graves cardiaques ou nerveux. On a observé aussi la mort tardivement après des injections intrarachidiennes. Il ne faut pas oublier que les œdèmes que l'on observe si fréquemment, bénins lorsqu'ils siègent sur un membre en raison de leur fugacité, peuvent devenir très graves en raison de leur localisation. Plusieurs cas de mort ont été rapportés ainsi par *œdème de la glotte*. Vedel et Puech récemment en rapportent un nouveau survenu après des injections d'hémostyl. Huit jours après l'injection survinrent des accidents sériques graves, urticaire et œdèmes ; 4 jours plus tard survint un énorme œdème de la face et le malade fut trouvé mort dans son lit.

Tous les accidents tardifs que nous venons de passer en revue peuvent survenir quel que soit le mode d'introduction de sérum. L'injection intrarachidienne ou intraventriculaire donne lieu en outre à des manifestations locales qui lui sont propres et qu'on décrit sous le nom de *méningite sérique*.

Elle se manifeste en général le huitième jour après injection mais elle est parfois plus précoce (Hutinel, 5e jour), ou retardée, jusqu'au 42e jour dans un cas.

Le sujet en général commençait à entrer en convalescence. Brusquement il est pris de douleurs lombaires, de céphalée, en même temps que les signes méningés se réinstallent ou s'exagèrent et que la température s'élève. Il y a fréquemment agitation chez l'enfant et même des convulsions. Cliniquement, rien, sinon la date d'apparition, ne permet de distinguer ces accidents d'une rechute de la méningite ou d'un réensemencement du liquide rachidien par une ventriculite latente. Mais la ponction lombaire montre un liquide jaune, poisseux, à peine trouble, contenant une grande quantité de grandes cellules endothéliales et des polynucléaires non altérés. On ne trouve pas de méningocoques à l'examen direct, la culture est négative. La glycorachie enfin est normale et ce n'est pas le moins bon signe que la réaction est sérique et non infectieuse. Sous l'influence de la ponction lombaire ou spontanément, la méningite rétrocède en général et, bénigne, aboutit à la guérison sans laisser de trace, mais la mort a été quelquefois observée. L'intrication des phénomènes sériques avec les manifestations infectieuses dans certains cas, rendent la conduite du médecin extrêmement délicate qu'il s'agisse de méningite cérébro-spinale ou de tétanos et produit une exagération des symptômes qui peut être fatale au patient.

Anatomie pathologique. — Les lésions que l'on a pu constater à l'examen nécropsique des cas mortels tant immédiats que tardifs sont celles que l'on trouve après tous les grands chocs anaphylactiques. Tous les organes sont congestionnés, particulièrement les poumons et le cerveau qui sont parfois le siège de piquetés hémorragiques. Le cœur est en général en collapsus. Histologiquement on observe la dilatation de tous les vaisseaux et des capillaires gorgés de sang.

Pathogénie. — On a discuté longtemps sur la pathogénèse des accidents sériques. On avait, comme nous l'avons dit, d'abord pensé qu'il s'agissait d'une *intoxication* et les premiers travaux se sont attachés à trouver le corps toxique (Ch. Richet, Besredka, Rosenau, Anderson, Otto, Friedberger, Krauss et Biedl). Il est vite apparu qu'il ne s'agissait pas d'une substance toxique contenue dans le sérum mais on se demanda si l'élément toxique ne provenait pas des corps microbiens eux-mêmes après leur destruction par le sérum thérapeutique. Briot et Dopter


Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 % d'essences antiseptiques
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéïtes
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)

pensaient que l'action du sérum sur les bactéries mettait en liberté des endotoxines responsables des accidents. Les recherches expérimentales sur ces toxines n'ayant pas abouti, on conclut que le sérum du malade ne devenait toxique que par contact avec un sérum hétérogène (Besredka) (apotoxines de Richet, anaphylatoxines de Friedberger). Marfan, Lemaire se rallièrent à la théorie des *précipitines* basée sur les expériences de Hamburger et Moro qui avaient réalisé *in vitro* la précipitation du sérum par la toxine spécifique.

Ces théories ont vécu.

En réalité à mesure qu'on observait mieux et plus souvent les accidents sériques, en même temps que l'on apprenait à mieux connaître les phénomènes anaphylactiques, on se rendait compte que *tous les accidents tant tardifs qu'immédiats relèvent de l'anaphylaxie* même lorsqu'ils succèdent à une unique injection.

Nous ne prendrons pas position ici sur le mécanisme intime de l'anaphylaxie encore discuté et entouré de mystère, ce qui nous entraînerait à trop de développements hors de notre sujet.

Diagnostic. — Le diagnostic est en général facile. Il suffit d'y penser, la chronologie des accidents joue un rôle important pour leur identification.

Il ne faut pas confondre les accidents immédiats avec des *accidents réflexes*. On sait qu'on peut avoir des syncopes par simple ponction veineuse et des sujets pusillanimes peuvent réagir à une simple injection sous-cutanée. La brusquerie, le caractère immédiat de l'apparition des accidents permet d'éliminer le *collapsus cardiaque*, les accidents graves, les syncopes de la diphtérie maligne, de la fièvre typhoïde, de la scarlatine, etc.

Le rapport de cause à effet est presque toujours évident dans les accidents immédiats; il faut le rechercher, lorsque les accidents surviennent chez un sujet sain ou malade, un certain temps après une injection sérique préventive ou curative déjà oubliée.

L'*urticaire* fera songer à l'anaphylaxie alimentaire ou parasitaire, au kyste hydatique particulièrement.

Les *érythèmes* posent parfois des problèmes diagnostiques délicats et lorsqu'ils surviennent au cours d'une scarlatine, d'une cérébro-spinale par exemple, on peut se demander s'il ne s'agit pas là plutôt d'érythèmes infectieux plutôt que d'érythèmes sériques. Cela est bien probable lorsqu'il s'agit de véritables rash morbilliformes ou scarlatiniformes.

Les *œdèmes* localisés sont bien particuliers, mais l'œdème des paupières, la bouffissure de la face peuvent être attribués à une néphrite d'autant plus que l'albuminurie est fréquente. Les œdèmes sériques s'installent brusquement, sont transitoires et se déplacent, n'ont ni la fixité ni la durée des œdèmes rénaux.

Les *arthralgies* lorsqu'elles sont isolées posent parfois la question d'un rhumatisme infectieux : scarlatin, pneumococcique, gonococcique, etc., et même parfois simulent un rhumatisme de Bouillaud.

Certaines douleurs intenses ont fait poser le diagnostic d'un *pseudo-tétanos sérique* ou plutôt d'une rechute au cours d'un tétanos avéré traité par la sérothérapie.

Le *phénomène d'Arthus* précoce ou tardif, a pu faire songer à un abcès, un phlegmon, une lymphangite par injection septique mais ces complications n'ont pas la brusquerie, et le caractère fluxionnaire et fugace des réactions anaphylactiques.

La *méningite sérique* peut être quelquefois assez délicate à distinguer d'une méningite infectieuse d'autant plus qu'il y a fréquemment intrication des manifestations microbiennes et anaphylactiques.

Les *accidents viscéraux* ou *nerveux* sont rapportés à l'anaphylaxie sérique lorsqu'ils surviennent au milieu ou après d'autres accidents du sérum. Isolés leur diagnostic peut être très difficile. Il sera fait parfois par leur évolution car toutes les réactions sériques ont les mêmes caractères de début soudain, de gonflement fluxionnaire et guérison rapide sans laisser de trace.

Pronostic. — Aussi malgré leur fréquence et l'éventualité assez rare d'un accident mortel, les accidents de la sérothérapie sont d'un pronostic peu redoutable. En aucun cas la crainte de les voir survenir ne peut contrebalancer les avantages que procure au patient l'emploi du sérum.

Traitement. — On peut s'informer si le sujet a reçu antérieurement du sérum, mais il est bien préférable, dans tous les cas, qu'il ait subi une injection auparavant ou non, de rechercher sa sensibilité au sérum par une cuti-réaction ou mieux une intradermo-réaction et s'il paraît susceptible de présenter des accidents de tenter un traitement *prophylactique*.

D'une façon générale il vaut mieux *s'abstenir d'employer la voie intraveineuse*, sauf urgence, en raison des accidents graves auxquels elle expose plus que toute autre. On pourra dans le cas où elle paraît nécessaire diluer le sérum thérapeutique dans 9 fois son volume de sérum physiologique comme l'ont proposé Brodin et St-Girons. Mais il faut bien savoir que si dans ce cas le choc est amorti, retardé, infiniment moins grave parce qu'on aura pu interrompre l'injection dès les premiers symptômes de réaction, cette méthode ne met pas complètement à l'abri des accidents. L'ingestion préalable de diverses substances préconisées tour à tour : bicarbonate de soude, carbonate de soude, urotropine, etc., est totalement inefficace. La topophylaxie proposée par Sicard, Paraf et Forestier pour les injections arsenicales diminue l'intensité du choc mais ne supprime pas toute réaction chez les sujets sensibilisés. La meilleure méthode paraît être celle des doses fractionnées successives préconisée par Besdedka. Par exemple un centimètre cube d'une dilution au centième, un d'une solution au dixième, puis un centimètre cube de sérum pur et enfin la dose thérapeutique injectés successivement à un quart d'heure d'intervalle.

La voie sous-cutanée ou intramusculaire est la plus employée. Des multiples traitements préventifs ont été préconisés pour éviter ces accidents souvent pénibles qui lui font suite. Netter dès 1905, a conseillé le chlorure de calcium par voie buccale. Castaigne et Camus recommandèrent d'associer l'extrait thyroïdien à la médication calcique. Sicard et Paraf déclarent efficace l'injection intraveineuse préventive du carbonate de soude.

Lesné, P. Blamoutier et P. Lefebvre ont systématiquement essayé chez 262 enfants ces divers moyens préventifs. Ils concluent que tant par injection sous-cutanée ou intraveineuse que par la bouche ni le chlorure de calcium, ni le carbonate de soude, ni la peptone, ni le bicarbonate de soude, ni l'extrait hépatique, n'ont diminué le pourcentage d'accidents chez les enfants à qui ces substances furent données préventivement ; seule la méthode de Besredka se révéla efficace en 3 doses progressives à 3 heures d'intervalle chacune.

Lorsqu'on pratique la sérothérapie intra-rachidienne, la meilleure prophylaxie consiste à injecter très lentement. Chez un sujet sensibilisé c'est encore à la méthode des

doses fractionnées progressives qu'il faudrait avoir recours. La sorte de vaccination préconisée pendant la guerre par Ramond et Grandière qui consistait à injecter antérieurement sous la peau 6 cmc. d'un mélange à parties égales de sérum et de liquide céphalo-rachidien ne paraît pas avoir grande valeur.

Il faut savoir en outre que les accidents sont moins fréquents lorsqu'on emploie des sérums *chauffés*, des sérums *vieillis*. Enfin Lesné et Martin, pensant que l'albumine hétérogène est à la base des accidents, ont pensé à utiliser des sérums *désalbuminés*. Privé de sa globuline et de sa sérine, donc de la majeure partie de ses corps albuminoïdes, le sérum antidiphtérique n'a pas donné d'accidents, chez 150 enfants à qui il fut injecté à titre prophylactique à la dose de 5 et 10 cmc. Avec les doses curatives la maladie sérique ne se développa què dans la proportion de 10 pour cent et fut légère. Cette méthode paraît donc intéressante, mais la question se posait de savoir si en désalbuminant le sérum on ne lui faisait pas perdre ses propriétés antitoxiques. Le contrôle fut fait en injectant le sérum antidiphtérique à des enfants présentant une réaction de Schick positive la réaction disparut après l'injection de sérum désalbuminé. Cependant il semble que les doses à utiliser thérapeutiquement avec ce sérum doivent être plus considérables pour être efficaces. Il reste à savoir en outre si cette méthode précieuse pour le sérum antidiphtérique pourra être utilisée avec les sérums antimicrobiens et si elle gardera dans ce cas la même valeur pour diminuer les accidents sériques.

Si malgré tout, les accidents éclatent il faut leur opposer un *traitement curatif* efficace.

Les accidents immédiats si menaçants, si impressionsionnants réagissent admirablement à l'*adrénaline*. Avec 1 milligramme et même 1/2 milligramme de chlorhydrate d'adrénaline sous la peau on voit le sujet renaître à la vie et les phénomènes s'atténuer. L'injection intraveineuse ou même intracardiaque doit être réservée pour les cas de syncope ou de mort apparente en raison de la réaction violente qu'elle provoque. On associera toujours à l'adrénaline les toni-cardiaques et la respiration artificielle lorsque c'est nécessaire.

Les accidents convulsifs subintrants ou tétaniformes bénéficieront parfois d'une anesthésie à l'éther ou au chloroforme. Il semble que ce soit la chloroformisation qui ait sauvé le malade atteint de tétanos dont Dufour et Duhamel ont rapporté récemment l'histoire.

Les autres accidents sont moins graves mais ils sont pénibles et sérieux par leur répétition, on s'efforcera de les combattre. Beaucoup de médicaments ont été préconisés. Nous avons constaté l'efficacité dans certains cas de l'ingestion soit de chlorure de calcium à la dose de 4 à 6 grammes, soit de l'hyposulfite de soude aux mêmes doses. L'injection intraveineuse de chlorure de calcium nous a paru parfois interrompre brusquement des accidents sériques sérieux, mais dans d'autres cas cette méthode s'est révélée sans action. Nous avons fait la même constatation avec l'injection sous-cutanée d'adrénaline qui nous a paru arrêter complètement l'évolution de la maladie sérique dans quelques cas. Dans les cas où elle était inefficace nous avons essayé le chlorhydrate de pilocarpine plusieurs fois avec succès.

Flandin vante l'auto-sérothérapie ou l'hétérosérothérapie sous la forme d'une goutte ou deux de sérum sous la peau. On a même préconisé de réinjecter du sérum à haute dose. Martin qui a essayé cette méthode n'en a pas observé de bons résultats.

Ces divers traitements curatifs des accidents sériques tardifs se révèlent donc efficaces dans certains cas, sans effet dans d'autres et nous en sommes réduits à les essayer successivement lorsque les phénomènes ne cèdent pas au premier essai.

Quoi qu'il en soit et en manière de conclusion nous dirons : si la maladie sérique se traduit parfois par des accidents sérieux, voire mortels, ceux-ci sont assez rares pour qu'en aucun cas la crainte de les voir survenir ne fasse perdre au malade le bénéfice de cette méthode merveilleuse et pleine d'avenir qu'est la sérothérapie. Et l'on peut espérer qu'une meilleure préparation des sérums, la désalbumination par exemple, fera disparaître les inconvénients qu'elle traîne encore avec elle.

BIBLIOGRAPHIE

BABONNEIX. — Pseudotabes consécutif à une injection de sérum antistreptococcique. (*Gazette des hôpitaux*, 17-19 juin 1824).

BENECH et BRENAS. — Paralysie amyotrophique dissociée du plexus brachial à type supérieur consécutive à la sérothérapie antitétanique. (*Revue de médecine de l'Est*, 1er janvier 1922.)

BESREDKA. — Toxicité des sérums thérapeutiques. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1907.)

BESREDKA. — Anaphylaxie antianaphylaxie. (Masson, 1917.)

BLECHMANN et STRASSNIE. — Société de Pédiatrie, 21 décembre 1920.

BLECHMANN. — Nouveau cas d'orchite aiguë, accident sérique. (Société de Pédiatrie, 8 juillet 1924.)

BLUM et POLLET. — Acquisitions récentes sur la maladie du sérum. (*Le Bulletin médical*, 8-11 octobre 1924.)

CARRIEU. — Un cas d'orchite sérique. (*Archives de médecine des enfants*, avril 1922.)

CASTAIGNE et CAMUS. — Les accidents sériques et leur traitement. (*Journal médical français*, 15 sept. 1910.)

CLÉMENT (Robert). — Antianaphylaxie, désensibilisation. (*Clinique et Laboratoire*, 20 janvier 1925.)

CORDIER, MORENAS et DELORE. — Insuffisance surrénale grave et curable paraissant consécutive à une injection de sérum antitétanique. (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 24 mars 1925.)

COURMONT. — La maladie sérique. (Article Traité Roger Widal, Teissier, Tome VII, 1921, Masson.)

CLAUDE, VIGOUROUX et LHERMITTE. — Sur certaines dystrophies musculaires du type myopathique post-traumatique. (*Presse médicale*, 11 oct. 1915, Société médicale des hôpitaux, 11 février 1916 ; *Progrès médical*, 16 juin 1917.)

DAVID et WILLIATTE. — Accidents graves de choc anaphylactique dix-neuf ans après une injection « première » de sérum. (*Journ. des soc. méd. de Lille*, 8 novembre 1925).

DEROIDE. — Mort rapide après une première injection de sérum antitétanique. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 26 juin 1925 ; *Le Progrès Médical*, n° 27, 4 juillet 1925.)

DIDIER et MATHIEU. — Traitement des accidents sériques par l'autohémothérapie. (Société de médecine de Nancy, 21 janvier, 11 février 1925.)

DROUET. — Réactions sériques au cours de la sérothérapie antitétanique chez les soldats, Thèse de Paris, 1919.)

DUFOUR et DUHAMEL. — Tétanos guéri ; chloroformisation et sérum antitétanique. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 mars 1925.)

DURAND. — Paralysies amyotrophiques dissociées à type supérieur après sérothérapie antitétanique. (Thèse de Paris, 1919, 1920, N. 132.)

DYKE. — Péripheral nerve lesions after antitetanic serum *Lancet*, 20 avril 1918, p. 570.)

ETIENNE. — Discussion. (Société de médecine de Nancy, 21 janvier 1925.)

ETIENNE ET BENECH. — Névrite de la jambe droite après sérothérapie antitétanique. (Société de médecine de Nancy, 25 février 1920. *Revue médicale de l'Est*, 1er avril 1920.)

FLANDIN. — Discussion (Société médicale des hôpitaux de Paris, 20 mars 1925.)

BIBLIOGRAPHIE

Les Champignons dans la nature, par J. JACOTTET. Illustré de 76 planches en couleurs de Paul Robert fils et de 47 dessins à la plume du Dr E. Jacottet. Préface de Ch.-E. Martin. Prix : 90 fr. Editions Delachaux et Niestlé S. A., 26, rue Saint-Dominique, Paris.

L'auteur s'est surtout attaché à mettre en garde contre toute confusion possible, indiquant pour chaque champignon comestible ses sosies vénéneux ou suspects, faisant ressortir les caractères qui les différencient ; de nombreux croquis du Dr E. Jacottet précisent ces descriptions.

Ce volume est puissamment animé par les planches en couleurs de M. Paul Robert fils. Présenter chaque champignon avec ses caractères spécifiques, afin d'éviter toute confusion — qui pourrait être dangereuse — et cependant le laisser dans son milieu, l'entourer des plantes et des fleurs qui croissent avec lui ; le faire sortir en quelque manière du terrain où vous le trouverez, lui donner ses teintes et ses poses « naturelles » : l'artiste s'est joué de ces difficultés. Voici le plan général du volume.

Préface introduction : Histoire, croyances populaires. — Distinction des champignons vénéneux et comestibles. — Récolte. préparation, conservation, — Utilisations diverses. — Champignons nocifs. — Culture par l'homme et par les fourmis.

Les champignons dans la nature : Leur situation parmi les êtres. — Classification élémentaire. — Tableau des familles des Basidiomycètes. — Tableau des principaux genres des Agaricacées.

Description détaillée des genres et des espèces ; Confusion entre les espèces comestibles et vénéneuses. — Recettes culinaires. — Description de 300 espèces avec croquis.

Table des principaux auteurs, avec abréviations usitées.

Table alphabétique des noms français et latins avec indications des planches.

76 *planches en couleurs* avec les noms français et latins et l'indication de *comestibles*, *vénéneux* ou *suspects*.

Collection des Universités de France. — Ouvrages déjà publiés : Pindare, 4 vol., par M. A. PUECH. — Eschyle, tome I, par M. P. MAZON. — Sophocle, tomes I et II, par M. P. MASQUERAY. — Euripide, tome III, par MM. L. PARMENTIER et GRÉGOIRE. — Aristophane, tomes I-II, par MM. V. COULON et H. VAN DAELE. — Antiphon, par M. L. GERNET. — Lysias, t. I, par MM. GERNET et BIZOS. — Isée, par M. P. ROUSSEL. — Platon, tome I, par M. M. CROISET. — Platon, tomes II et III, par M. A. CROISET. — Platon, tome VIII, par M. A. DIÈS. — Démosthène, Harangues, tome I, par M. M. CROISET. — Aristote, constitution d'Athènes, par M. B. HAUSSOULLIER et G. MATHIEU. — Théophraste, caractères, par M. O. NAVARRE. — Callimaque, par M. E. CAHEN. — Plotin, Ennéades, tome I, par M. BRÉHIER. — L'Empereur Julien tome I, 2e partie, par M. J. BIDEZ. — Lucrèce, 2 vol., par M. A. ERNOUT. — Catulle, par M. G. LAFAYE. — Cicéron, discours, tomes I, II, III IV, par M. H. DE LA VILLE DE MIRMONT. — Cicéron, partitions oratoires et topiques, par M. BORNECQUE. — Cicéron, l'Orateur, par M. H. BORNECQUE. — Cicéron, De l'orateur, t. I, par M. E. COURBAUD. — Cicéron, Brutus, par M. J. MARTHA — Salluste, par Mlle B. ORNSTEIN et M. J. ROMAN. — Cornelius Nepos, par Mlle A.-M. GUILLEMIN. — Le Poème de l'Etna, par M. J. VESSEREAU. — Ovide, l'art d'aimer, par M. H. BORNÈCQUE. Tibulle, par M. PONCHONT. — Sénèque, De la clémence, par M. F. PRÉCHAC. — Sénèque, dialogues, tomes I et II, par M. A. BOURGERY. — Sénèque, dialogues, tome III, par M. R. WALTZ. — Pétrone, par M. A. ERNOUT. — Tacite, Histoires 2 vol., par M. H. GOELZER. — Tacite, Opera minora, par MM. H. GOELZER, H. BORNÈCQUE, G. RABAUD. — Tacite, Annales, tomes I et II, par M. H. GOELZER. — Perse, par M. A. CARTAULT. — Juvénal, par MM. P. DE LABRIOLLE et F. VILLENEUVE. — Apulée, Apologie, Florides, par M. P. VALLETTE. — Phèdre, fables, par Mlle BRENOT. — Saint Cyprien, Lettres, par M. BAYARD. — Saint-Augustin, Confessions, par M. DE LABRIOLLE. — Virgile, Bucoliques, par M. GOELZER.

Société d'édition « Les Belles Lettres » 95, boulevard Raspail, Paris.

Le Livre de l'Immortelle Amie, par Ernest PRÊVOST. in-18, broché : 6 fr. 50. Jouve, éditeur 15, rue Racine, Paris.

Vient de paraître une deuxième édition de cet ouvrage auquel l'Académie française a décerné le plus important des prix dont dispose pour la poésie : le prix Saint-Cricq-Theis de 3.000 fr.

GOODALL E. W. — A case of orchitis and abdominal pain occuring as a compilcation of serum sickness. (*The British Journal of Childrens Diseases*, Vol. XXII, N. 253-255, janvier-mars 1925.)

GOUJARD. — Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial consecutives à la sérothérapie antitétanique. (Thèse de Paris, 1920, N° 538.)

GRUMBERGER. — Neuritis bei einem unter serumbehandlung, geheiten Fall von Tetanus traumaticus. (*Wiener Klinishe Woch.*, 1904, XXVI, p. 737.)

GUINON, LAMY, Mlle ODIER. — Orchiépididymite sérique après la sérothérapie antiméningococcique. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 14 mars 1924.)

HNATECH. — Tetanus and Neuritis. (*Wiener Klin. Woch.*, 1905.)

LECONTE et YACOEL. — Gangrène pulmonaire. Sérothérapie antigangréneuse guérison. Adénite sérique généralisée. (Société médicale des hôpitaux de Paris, 14 mars 1924.)

LEMAIRE. — Recherche sur les accidents sérotoxiques. (Thèse de Paris, 1905.)

LESNÉ et BLAMOUTIER. — Les accidents sériques et leur traitement. (*Journal médical français*, 15 septembre 1910.)

LESNÉ et BARRAULT. — A propos du traitement de l'angine diphtérique : mort subite à la suite d'une première injection de sérum antidiphtérique. (Société de Pédiatrie, sept. 1925.)

LESNÉ. — Des avantages du sérum antidiphtérique privé d'une partie de ses albumines. (Société médicale des hôpitaux, 16 mars 1925 ; et Congrès de Pédiatrie de langue française, septembre 1924.)

LESNÉ et M. LÉVY. — Accidents anaphylactiques (maladie de Quincke) survenus à la suite d'ingestion de viande crue de cheval ; orchite sérique).

LHERMITTE. — Les paralysies amyotrophiques dissociées du plexus brachial à type supérieur et consécutives à la sérothérapie antitétanique. (Société de neurologie, 6 novembre 1919 ; *Revue de Neurologie* 1919, n° 12 ; *Gaz. des hôpit.*, 6 nov. 1919 ; *Paris médical*, 8 mars 1924.)

MACERA J.M. — Méningite sérique. (*La Semana medica*, tome XXXI, n° 52, 25 décembre 1924.)

MARCHAL. — Un cas de polynévrite post-sérique. (*Archives médicales belges*, décembre 1921.)

MARCHAL. — Un nouveau cas de polynévrite sérique. (*Archives médicales belges*, mai 1923.)

MORICHAU-BEAUCHANT. — Les paralysies post-sérothérapiques. (Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 19 octobre 1923.)

MOURIQUAND, DECHAUME et RAVAULT. — Amyotrophie scapulaire douloureuse, consécutive à la sérothérapie antidiphtérique. (Société médicale des hôpitaux de Lyon, 10 avril 1923. *Lyon médical*, 25 août 1923.)

NETTER. — Efficacité de l'ingestion de chlorure de calcium comme moyen préventif des éruptions consécutives deux injections de sérum. (Comptes rendus de la Soc. de Biologie Paris 1986. LX. p. 279.)

NETTER et DEBRÉ. — La méningite cérébro-spinale, 1911.

PAGNIEZ. — L'anaphylaxie (Article traité Roger, Widal, Teissier, T. VII, 1921.)

PEHU. — L'antianaphylaxie. (Congrès de Strasbourg, octobre 1921.)

PEHU et DURAND. — *Annales de médecine* 1920, n°s 3 et 4.

VON PIRQUET et SCHICK. — Die Serumkankheit. Wien, 1905.

PILOD. — Orchiepididymite sérique. (*Archives de médecine militaire*, 1925, p. 380.)

POLLET (L.). — Les polynévrites post-sérothérapiques. (*Gazette des hôpitaux*, n°s 34 et 36, 26 avril, 1er et 3 mai 1924.)

RAMOND (Louis). — Les accidents sériques. (Conférences de clinique médicale pratique, 3e série, 1924, Vigot.)

RIMBAUD. — Paralysie post sérothérapique antitétanique. (Société des sciences médic. et biolog. de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 27 février 1925.)

SABRAZÈS. — *Gazette hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 14 septembre 1924.

SAINTON, DESCOUTS et LE CLERC. — Parésie dissociée des membres supérieurs consécutive à la sérothérapie antitétanique. Contractions fibrillaires. Importance des réactions électriques pour le diagnostic des syndromes frustes. (Soc. médic. des hôpitaux de Paris, 5 décembre 1924.)

SÉZARY et DESSAINT. — Névrite post sérothérapique. (Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 29 juin 1924.)

SICARD et CANTALOUBE. — Paralysie radiale post sérothérapique. (Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 29 juin 1925.)

SICARD et PARAF. — Anticolloïdoclasie sérique par le carbonate de soude intraveineux. (Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 28 janvier 1921.)

SICARD, PARAF et FORESTIER, — Anticolloïdoclasie par topophylaxie. (Soc. médicale des hôpitaxu de Paris, 27 mai 1921.)

SICARD, DE GENNES et COSTE. — Paralysie post sérothérapique tétanique. (Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 17 octobre 1924.)

SOUQUES et TERRIS. — Accidents sériques. Névrites. (*Revue de Neurologie*, mai 1924. Société médicale des hôpitaux de Paris, juin 1924.)

SOUQUES. LAFOURCADE et TERRIS. — Polynévrite consécutive à une injection préventive de sérum antitétanique. (Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 5 décembre 1924.)

THOMAS (André). Les névrites post sérothérapique. Polynévrite ou névrite localisée. (*La Presse médicale*, 18 février 1925, n° 14).

TRAVAIL (J.). — Les accidents sériques. (*Journal des praticiens*, 23 mai 1925, p. 351.)

TERRIEN. — Discussion. (Société de Pédiatrie, 1925.)

VALLERY-RADOT (P.). — Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 8 déc. 1916 et 21 mars 1924.

VINCENT et Ch. RICHET fils. — Société médic. des hôpitaux de Paris, 29 déc. 1911.

VEDEL et PUECH. — Maladie du sérum. Mort subite. (Société des sciences médic. et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, 25 janvier 1925.)

WIDAL, ABRAMI et P. VALLERY-RADOT. —L'antianaphylaxie. (Congrès de Strasbourg, octobre 1921.)

WEILL-HALLÉ et M. LÉVY. — Troubles cardiaques sériques du X. (Soc. médicale des hôpitaux de Paris, 25 février 1921.)

LE MOUVEMENT MÉDICAL

La circulation veineuse périphérique (1)

L'étude de la circulation veineuse périphérique est d'un grand intérêt ; elle est capable non seulement d'expliquer la circulation veineuse des territoires superficiels mais elle fournit des renseignements très utiles sur la circulation veineuse profonde et sur le fonctionnement des cavités droites du cœur.

La circulation veineuse périphérique fut peu étudiée, car on croyait qu'elle était soumise à des variations telles que son étude n'offrait que peu d'intérêt.

Or, en se plaçant toujours dans les mêmes conditions d'observation, elle se montre plus constante que la circulation artérielle, mais, pour interpréter une modification de la circulation veineuse, il faut bien connaître l'anatomie des veines, leur structure et les lois de l'hydrodynamique. Par suite de la pesanteur, des anastomoses, du jeu des valvules, il existe de grandes différences entre la circulation veineuse de la tête, des membres supérieurs des membres inférieurs, et de la paroi thoraco-abdominale, expliquant la possibilité d'hypertensions veineuses localisées à un territoire.

Grâce à leur extensibilité, et leur contractilité, les veines jouent le rôle de conducteurs et de réservoirs ; toutefois la composition du sang intervient dans la circulation veineuse par les variations que peuvent présenter sa masse totale, sa densité, sa viscosité, son temps de coagulation.

(1) PIERRE GRELLETY-BOSVIEL. — La circulation veineuse périphérique. Recherches physiologiques et cliniques basées sur la mesure de la pression veineuse. (Thèse de Paris 1925, Legrand. éditeur).

L'ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE de la circulation veineuse périphérique repose avant tout sur la mesure de la pression veineuse.

Chez l'homme, on préférera aux méthodes indirectes celle basée sur la ponction latérale d'une veine superficielle en suivant la technique décrit par Villaret et ses élèves Saint-Girons, Jacquemin-Guillaume et Grellety Bosviel.

La pression veineuse mesurée par ponction d'une veine du pli du coude, chez un sujet normal, placé en décubitus dorsal, le bras étant bien horizontal est en moyenne de 12 centimètres d'eau ; au-dessous de 11, il y a une hypotension veineuse, au-dessus de 14 il y a hypertension veineuse. Dans la position horizontale, la P. V. est sensiblement égale dans les différents segments veineux explorés, veines du coude, veine jugulaire externe, veines saphènes ; par contre, dans la position verticale, la P. V. devient nulle dans la jugulaire externe alors qu'elle atteint dans la saphène 80 centimètres d'eau.

En pratique, à moins de recherches spéciales, la P. V. est toujours mesurée au pli du coude ; le sujet étant couché, et s'exprime en centimètres d'eau.

La constance de la P. V. prise dans les mêmes conditions chez un sujet normal est remarquable même d'un jour à l'autre et fait comprendre l'intérêt scientifique d'une mesure aussi précise ; aussi Grellety Bosviel a-t-il pu étudier les facteurs qui régissent la circulation veineuse, la facilitant ou l'entravant.

La déperdition de la pression sanguine commencée dans les artérioles se poursuit dans les capillaires et les veines où le courant devient continu et uniforme permettant des échanges nutritifs plus faciles entre le sang et les tissus ambiants.

Le reliquat de l'impulsion cardiaque, ou vis à tergo, suffirait pour la plupart des physiologistes à la progression du sang dans les veines, mais, d'après l'auteur, une augmentation de la vis à tergo comme dans les hypertensions artérielles devrait s'accompagner d'une élévation de la P. V. ; or, il n'en est rien, le réservoir veineux conservant, grâce à son élasticité, a une même tension le sang qui y pénètre. Quant à l'aspiration cardiaque et pulmonaire, elle ne se traduit, elle aussi, par aucune oscillation manométrique.

Sans nier le rôle de ces différents facteurs facilitant la circulation veineuse, on peut dire en se basant sur les travaux de Claude Bernard, François Franck, Delezenne, G. Krogh, qu'il existe une régulation vasomotrice du débit veineux sous la dépendance du sympathique et du système spinal.

Il est beaucoup plus facile par contre de mettre en évidence par la mesure de la pression veineuse les causet physiologiques entravant la circulation veineuse. Tou obstacle en aval de la veine ponctionnée augmente la tension veineuse qu'il s'agisse de la compression d'un gros tronc veineux ou d'une stase passagère ou permanente dans les cavités droites du cœur.

L'étude comparée de la pression artérielle et de la pression veineuse a montré à Gr. B. que la P. V. représente à peu près le 13e de la pression artérielle maxima mais qu'en générale elle ne suit pas ses variations, la première dépendant avant tout de l'état du cœur droit, la seconde relevant de l'énergie systolique du cœur gauche.

La bradycardie augmente la P. V. alors que la tachycardie la diminue ; la fièvre semble peu la modifier, et la dyspnée ne l'élève que quand elle revêt le type de dyspnée d'effort ou de dyspnée respiratoire.

L'adrénaline, la strychnine, la trinitrine, la peptone, ne modifient la P. V que si elles sont injectées à fortes doses. La digitaline, la saignée, l'injection du sérum, agissent d'une façon très variable suivant l'état antérieur de la P. V.

Grellety-Bosviel a recherché en outre les modifications de la pression veineuses par une contre-pression exercée soit en amont, soit en aval de la veine ponctionnée et les variations que pouvaient provoquer le froid, l'asphyxie, le réflexe oculo cardiaque.

Si en physiologie, la mesure de la pression veineuse est la base de toute recherche importante, *en clinique* son étude est susceptible de rendre de très grands services, ainsi que l'auteur l'a montré dans différentes publications avec MM. M. Villaret et Saint-Girons.

LA PRESSION VEINEUSE DANS LES ÉTATS PATHOLOGIQUES.

1° *Dans les cardiopathies bien compensées* la P. V. est normale.

2° *Dans les états asystoliques* : A. La P. V. ,au cours de l'insuffisance ventriculaire droite ou de l'insuffisance cardiaque totale, est élevée.

Son élévation peut révéler l'existence d'une asystolie jusque-là latente. Dans l'asystolie confirmée, elle mesure le degré de stase des cavités droites et permet de fixer le pronostic. Pronostic grave, si la P. V. reste élevée malgré l'emploi d'une médication tonicardiaque active, ou si elle ne fait que baisser momentanément ; dans ce cas il s'agira d'une asystolie irréductible. Pronostic plus favorable si la P. V. reste basse après plusieurs examens (asystolie réductible). B. Dans l'insuffisance ventriculaire gauche ; a) La P. V. est normale s'il n'existe aucun retentissement sur la circulation du cœur droit ; b) La P. V. s'élève *brusquement* dans les complications pulmonaires aiguës (œdème aigu du poumon), *lentement* quand la dilatation du ventricule gauche se complique secondairement de stase dans le cœur droit ; c) La P. V. dans les états asystoliques fournit en général des renseignements plus intéressants que la pression artérielle.

3° Dans les syndromes de compression des gros troncs veineux (veine cave supérieure, veine cave inférieure, veine porte), la P. V. permet de montrer que la stase peut longtemps ne retentir que sur le territoire veineux périphérique dépendant des vaisseaux comprimés (hypertension cave supérieure avec pression cave inférieure normale et inversement). Secondairement, l'hypertension veineuse peut se généraliser.

4° *Dans les états hypertensifs*, voici comment on peut grouper les résultats que l'auteur a obtenus : a) Hypertension artérielle et pression veineuse normale.

Ce sont les cas des hypertensions pures, des néphrites chroniques, des aortites sans athérome généralisé. b) Hypertension artérielle et pression veineuse basse : cas des néphrites aiguës, de l'athérome généralisé, de l'artériosclérose des vieillards. c) Hypertension artérielle et pression veineuse élevée. Ce syndrome se rencontre dans l'insuffisance ventriculaire gauche avec retentissement sur la circulation du cœur droit.

5° *Dans les cyanoses*, la P. V. est intéressante à rechercher, car elle permet assez souvent d'en déterminer l'étiologie. Très élevée au cours de l'asystolie, elle est normale dans les cyanoses par anoxémie (granulie) ; par contre, elle augmente sensiblement au cours des acrocyanoses par insuffisance ovarienne (syndrome adiposo-génital).

6° *Dans les varices essentielles*, la P. V. des veines superficielles du membre inférieur est plus élevée dans la station debout chez les sujets variqueux que chez le sujet sain et redevient sensiblement normale dans la position couchée.

Dans les varices secondaires à une compression de la veine cave inférieure ou des veines iliaques, la P. V., quoique plus basse dans la position couchée que debout reste encore très élevé.

7° *Dans les pneumopathies* qui ne s'accompagnent pas de distension du tissu alvéolaire, la P.V. est normale (granulie, tuberculose ulcérocaséeuse) ; par contre, elle s'élève notablement au cours de l'œdème aigu du poumon et de l'emphysème aigu. Dans le pneumothorax spontané (Grellety-Bosviel) aussi bien que dans le pneumothorax artificiel (Cordier), l'élévation de la P. V. est un signe de souffrance cardiaque résultant de l'augmentation de la tension de l'air intrapleural. De même une pleurésie avec pression veineuse élevée nécessite une thoracentèse.

8° Grellety-Bosviel a étudié en outre les modifications de la P. V. au cours des hyperglobulies et des anémies. Il énumère les résultats qu'il a obtenus et montre que cette étude doit être poursuivie avant d'en dégager des conclusions fermes.

L'interprétation de la P. V. au cours de ces affections doit s'appuyer en effet sur les résultats de nombreuses recherches (numération globulaire, mesure de la dilution sanguine, de la viscosité, de la coagulabilité). La mesure de la P. V offre encore un grand intérêt avant et après la transfusion sanguine.

Ces différents résultats permettent à l'auteur d'affirmer la valeur séméiologique de la P V. suivant qu'on l'envisage au point de vue du diagnostic, du pronostic ou de la thérapeutique, et pour lui, cette nouvelle méthode doit prendre rang à côté de l'électroradiologie pour l'exploration du cœur et de la sphygmomanométrie pour l'étude de la pression artérielle.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 novembre 1925.

Rapport de la commission de la lèpre. — ***M. Jeanselme.*** — A la suite de la publication d'un cas de lèpre survenu à Paris même chez un enfant contaminé par son père, retour des colonies, l'Académie a chargé sa commission de lui soumettre un rapport sur la prophylaxie de la lèpre en France.

Le rapporteur étudie le mode de dissémination de la lèpre dans nos régions ; les lépreux miséreux parcourent tout le pays, les lépreux aisés se groupent dans certains centres. Il conclut aux mesures suivantes :

1° Inscrire la lèpre sur la liste des maladies dont la déclaration est obligatoire.

2° Soumettre les lépreux vivant à domicile ainsi que les personnes de leur entourage à des examens cliniques et bactériologiques qui seront pratiqués à de courts intervalles par un médecin compétent désigné par l'Inspecteur départemental d'hygiène et chargé par celui-ci de préciser dans son rapport les mesures prophylactiques que comporte chaque cas particulier.

3° Créer sur certains points du territoire, de préférence auprès des cliniques dermatologiques, universitaires ou autres, des asiles aménagés pour recueillir et traiter les lépreux quelle que soit leur condition de fortune.

Les malades étrangers à l'hôpital Tenon. Statistique portant sur six mois. — ***M. P. Emile-Weil*** rapporte la statistique des malades étrangers soignés pendant six mois (fin 1924 et 1er trimestre 1925) à l'hôpital Tenon. 8321 Français ont été reçus tant en médecine qu'en chirurgie, contre 527 étrangers, soit une proportion de 6,4 % d'étrangers.

Dans son propre service M. P. Emile-Weil a reçu 30 étrangers contre 365 Français, soit une proportion de 7 % environ d'étrangers. Par l'étude de leur état de santé présent ou antérieur, par les commémoratifs, on peut juger que 33 % présentaient des affections bénignes passagères et 66 % des lésions persistantes, diminuant notablement leur valeur sociale et mettant certains d'entre eux à la charge de l'Assistance Publique.

La plupart de ces malades n'étaient en France que depuis peu de temps, le plus ancien depuis 1920. Les tuberculeux sont richement représentés dans cette statistique, 9 sur 30. Un tiers des malades étaient mariés avec charge de famille.

Dans ces conditions, on peut conclure que beaucoup de ces étrangers sont arrivés malades en France, et l'on doit se demander si l'on ne pourrait pas prendre des mesures réglementant l'immigration en demandant aux étrangers à leur entrée un état de santé satisfaisant.

L'assainissement de la campagne romaine au Moyen-Age par les religieux français. — M. le prof. ***Brumpt*** donne lecture d'une notice adressée par ***Mme Anna Celli***, de Rome, sur l'assainissement de la campagne romaine au Moyen-Age par les religieux français.

Les premières tentatives furent faites par Saint-Odon, fondateur de l'Abbaye de Cluny. Appelé par Albéric II, sénateur de Rome, il vint en Italie en 936 et y fonda quatre couvents dans des régions palustres qui furent mises en valeur par les religieux. Deux siècles plus tard, les papes appelèrent les moines Cisterciens de Clairvaux, qui cultivèrent le sol et fondèrent de nombreuses abbayes dans les régions les plus insalubres de l'Italie. Mais comme, malgré tous les efforts des moines, le paludisme, dont le traitement était inconnu à cette époque, faisait de nombreuses victimes, le pape Innocent III créa des hôpitaux à Rome et demanda aux chevaliers du Saint-Esprit, disciples de Guy de Montpellier, de lui venir en aide, ce qu'ils firent volontiers, et c'est pourquoi la reconnaissance publique a donné leur nom à plusieurs hôpitaux de Rome.

Essai de sérothérapie contre les empoisonnements par champignons vénéneux. — ***M. Dujarric de la Rivière*** rappelle ses travaux sur la question : préparation d'un extrait rendu amicrobien (filtration à la bougie) et dont la toxicité se maintient longtemps fixe (addition de glycérine). Grâce à cette toxine, un cheval a pu être immunisé et fournir un sérum doué d'une certaine activité chez l'animal expérimentalement intoxiqué par des champignons vénéneux. Ce sérum, auquel l'auteur a donné le nom de sérum antiphallinique (du nom de l'amanite phalloïde), a été, cette année, essayé chez l'homme dans deux cas d'intoxication : son emploi s'est montré sans danger et paraît avoir été efficace. Il est à souhaiter que les médecins puissent poursuivre ces essais tout en continuant à mettre le public en garde contre l'usage des champignons vénéneux ou simplement suspects.

Les indications essentielles de l'oléothorax dans la pratique du pneumothorax artificiel. — ***M. Kuss*** montre le grand intérêt de la méthode de l'*oléothorax* innovée par Bernou ; elle rend de notables services dans la pratique du pneumothorax artificiel : 1° en atténuant la nocivité des épanchements pleuraux si fréquents au cours de ce traitement ; 2° en permettant de continuer utilement des pneumothorax artificiels menacés d'inefficacité en raison de leur oblitération progressive par symphyse pleurale ; 3° en assurant la compression efficace de foyers tuberculeux qui résistaient à l'action des pressions gazeuses.

Election. — ***M. Pierre Duval*** est élu membre titulaire dans la section de chirurgie.

Séance du 17 novembre 1925

L'insuline dans le traitement du diabète chez les femmes en état de gestation. — MM. ***Marcel Labbé et Couvelaire*** rapportent l'observation d'une jeune femme diabétique depuis cinq ans qui, au cours d'une gestation, présenta, sous l'influence d'une suralimentation immodérée, une aggravation du diabète avec acidose menaçante et hydramnios. Le traitement par le régime et par l'insuline, surveillé rigoureusement, jugula la poussée de glycosurie et d'acidose, fit disparaître l'hydramnios. L'accouchement se produisit deux mois plus tard dans des conditions normales : l'enfant était sain et s'est développé parfaitement dans la suite ; les suites de couches ont été parfaites ; malgré l'augmentation du régime et de diminution de la dose d'insuline le diabète a regressé et quelques mois plus tard la glycosurie et l'acidose avaient cessé, la malade avait augmenté de 7 kilogrammes.

Ainsi le traitement par l'insuline et le régime rigoureux modifie, dans un sens favorable, le pronostic sévère que l'on portait autrefois sur le diabète compliqué de gestation. L'accouchement provoqué n'est plus indiqué. Les auteurs étudient les rapports biologiques entre le diabète et la gestation et insistent sur le fait que contrairement aux conclusions tirées de certaines expériences et de quelques observations aberrantes la gestation a pour habitude d'aggraver le processus diabétique dans des proportions dangereuses.

L'ablation des tumeurs du nerf optique avec conservation de l'œil. — M. *Rollet*, de Lyon, insiste sur la possibilité de conserver l'œil après avoir enlevé une tumeur du nerf optique. Chez un jeune homme de 20 ans, ablation d'un sarcome et trois ans et demi après, on note un œil avec tous ses mouvements ; à l'ophtalmoscope, fond normalement rouge, vaisseaux rétrécis, atrophie optique. Chez une fillette de 9 ans, atteinte de forte exophtalmie, extirpation d'un méningoblastome, conservation de l'œil ; un mois après, papille en voie d'atrophie, vaisseaux rétiniens avec légère périvasculite.

M. Rollet préconise l'orbitotomie externe exploratrice qu'il a jadis décrite. Pas de voie étroite conjonctivale, pas de voie mutilante transosseuse, mais voie cutanée. Incision curviligne externe, ouverture du septum au détache-tendon ; du doigt on libère la tumeur et aux ciseaux on fait le double section nerveuse.

Nævo-carcinome conjonctival. — M. E. *Valude*. — Il s'agit d'un cas rare de nævus conjonctival dégénéré en carcinome. L'auteur en fait l'étude histologique. Ce qui fait la principale caractéristique du cas rapporté c'est l'absence presque complète de pigment.

Cliniquement, la tumeur se distingue de nombre de néoplasmes de cette catégorie qui ont tendance à envahir le limbe scléro-cornéen et à gagner le globe de l'œil en profondeur.

Effets de l'exercice corporel sur l'enfant. — M. *Boigey* précise sur quelques points essentiels l'action de l'exercice physique sur l'enfant. Les échanges respiratoires sont très notablement accrus. L'élasticité thoracique, la capacité des poumons et les dimensions de la poitrine augmentent. Pendant l'exercice, à condition que cet exercice soit suffisamment actif, le nombre des globules rouges du sang s'élève. Enfin, le poids d'un enfant soumis à un exercice régulier est sujet à des variations importantes en rapport avec le taux de la ration alimentaire, l'état de la température atmosphérique, et la lipolyse pulmonaire et thyroïdienne qu'accélère beaucoup la suroxygénation du sang des tissus glandulaires.

Il convient de tenir compte de ces multiples facteurs si l'on veut doser convenablement l'exercice chez l'enfant, faute de quoi on provoquera dans sa nutrition des pertubations inattendues et qui pourront se traduire par des effets opposés à ceux que l'on se proposait d'atteindre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 octobre 1925.

Bride péri-duodénale. — *M. P. Moure* apporte l'observation d'une de ses opérées qui souffrait de troubles digestifs (douleurs post-prandiales, vomissements, etc.) et chez qui il trouva une bride, allant du méso-côlon transverse au péritoine pariétal antérieur, qui barrait le duodénum. La guérison se fit très simplement après résection de cette bride et de l'épiploon atteint d'épiploïte. M. Moure discute le terme de « péri-duodénite » adopté par M. Duval et qui, à son avis, semble impliquer que les adhérences péri-duodénales ont pour point de départ une inflammation de cet organe. Il préfère dire : brides ou adhérences péri-duodénales.

Suture de l'uretère. — *M. Marion*, à l'occasion d'une observation de *M. Petit* (de Niort) concernant une malade dont l'uretère fut coupé au cours d'une hystérectomie pour fibrome enclavé puis suturé et enfin régulièrement dilaté pendant un an, et qui parut présenter au bout de ce temps un fonctionnement satisfaisant de ses deux reins, vient, en citant à l'appui plusieurs cas de son expérience personnelle, soutenir que les sutures de l'uretère amènent à plus ou moins longue échéance une grosse dilatation de l'arbre urinaire en amont, qui aboutit en fait à la suppression du rein correspondant. Ce processus est inévitable, même au cas où, soit spontanément, soit par des calibrages réguliers, l'uretère est demeuré perméable.

L'interprétation de ces faits s'explique pour lui par la suppression ou la gêne du péristaltisme.

Diverticule du duodénum. — *M. Roux-Berger* fait un court rapport sur un cas de *M. Pérard* (Casablanca) qui opéra un malade présentant des symptômes d'ulcère juxta-pylorique et chez lequel il existait un diverticule de la première portion du duodénum, sans sténose. L'opération consista en une pyloroduonénectomie, mais le malade mourut le cinquième jour. La pièce est présentée à la Société. A cette occasion, M. Roux-Berger expose ler dernières publications parues sur cette question.

Vissage de la malléole interne dans la fracture de Dupuytren. — — *M. Fredet* lit et commente un travail de *M. Leclerc* (Dijon) dans lequel l'auteur, avec plusieurs observations à l'appui, vient ériger en système la pratique du vissage de la malléole interne dans les fractures de Dupuytren. En effet, la réduction en est, au moins au début, le plus souvent facile, mais dès qu'on lâche le pied le déplacement se reproduit, alors qu'en fixant par une vis la malléole interne reliée au squelette du pied par de puissants ligaments, tandis qu'à son tour la malléole externe est solidaire du tout, on maintient aisément en place tout le système osseux réduit en bonne position.

Voies d'abord dans les tumeurs du médiastin. — *M. Grégoire* apporte ses conclusions sur cette question, qui avait été mise à l'ordre du jour de la Société. Tandis qu'on peut, pour les tumeurs hautes, accepter la voie cervico-médiastinale avec ou sans section des sterno-cléido-mastoïdiens, avec ou sans résection du manubrium sternal, il faut de toute évidence, dans les tumeurs plus basses, bien localisées par la radiographie, se donner du jour en abordant ces tumeurs par voie transthoracique. Or, il paraît préférable, quand aucune anomalie n'existe d'éviter l'ouverture des culs-de-sacs pleuraux en réclinant ceux-ci après la traversée du squelette, car si un pneumothorax, dans certaines conditions, est sans gravité, il est pour le moins inutile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 novembre 1925

Sur le rachitisme. — *M. Variot*, se basant sur l'observation de 230 enfants rachitiques, a étudié le poids et la taille des petits malades et considère que dans 63 % des cas le poids est égal ou supérieur à la normale. De même pour la taille, celle-ci peut être supérieure à la normale.

La cause principale du rachitisme est la privation de lait chez le nourrisson. Il suffit de mettre les enfants au régime lacté pour obtenir la guérison de rachitisme.

M. Comby partage l'opinion de M. Variot.

Le stéthoscope électrique. — *MM. Rist, Ribierre, Le Mée et Hélie* présentent un stethoscoque électrique permettant de faire entendre à des centaines d'auditeurs les bruits normaux et pathalogiques du poumon et du cœur. M. Rist présente à ce propos un malade chez lequel on peut entendre à l'aide de plusieurs stéthoscopes le murmure vésiculaire et M. Ribierre présente un malade atteint d'insuffisance mitrale et un second porteur d'un souffle aortique discret.

La lambliase vésiculaire. — *MM. M. Labbé, Nepveux et Gavrila* insistent à propos de 5 observations sur la fréquence relative de la lambliase vésiculaire. Dans toutes les observations l'état général etait très atteint ; certains devenus cachectiques étaient porteurs de lésions intestinales chroniques. Le lamblia intestinalis a été retrouvé dans le hile vésiculaire après tubage duodénal. Les auteurs insistent sur la thérapeutique de la lambliase vésiculaire. Si comme dans une observation le novarsénobenzol a pu améliorer très sensiblement l'état du malade, les injections de sulfarsénol, de stovarsol, l'administration de térébenthine, le tréparsol, n'ont pas été suivis de guérison définitive.

Dissociation thérapeutique de l'hémogéno-hémophilie. — *MM. Pr. Merklen* et *M. Wolf* présentent le cas d'un petit malade de 5 ans et demi offrant le tableau typique de l'hémogéno-hémophilie : hémorragies traumatiques et spontanées, allongement des temps de saignement et de coagulation. Le saignement durait 18 à 22 minutes ; la coagulation demandait plus de 3 heures. Après une forte hémorragie, les auteurs eurent à traiter l'enfant et lui appliquèrent trois irradiations sur la rate, avec injection intraveineuse de 30 cmc de sang étranger. Cette thérapeutique fit diminuer le temps de coagulation jusqu'à environ 1 heure 1/2 ; mais il devait bientôt revenir à 3 heures. On sait du reste que l'action des rayons sur la coagulation est transitoire. Le temps de saignement tomba par contre à la normale, 3 à 4 minutes, et reste tel depuis plus de deux mois.

Le traitement a donc agi de façon efficace sur l'hémogénie, sans réussir à transformer la diathèse hémophilique.

Ce fait confirme que l'hémogéno-hémophilie représente bien une association morbide ; il laisse entrevoir le parti que l'on pourra tirer de l'intervention thérapeutique pour l'analyse des complexes hématologiques.

Séance du 20 novembre 1925.

Hernie diaphragmatique. — M. *Grenet* présente une femme de 29 ans qui présentait à la base pulmonaire gauche des signes d'un hydro-pneumothorax. A l'examen radioscopique, il existait une contraction anormale des parois montrant qu'il s'agissait d'une ectopie du gros intestin remontant jusqu'au dessous de la clavicule. S'agit-il d'une hernie ou d'une éventration ? M. *Grenet* pense plus volontiers à une hernie sans toutefois conseiller l'intervention chirurgicale.

Lésion congénitale du cœur. — MM. *Zadoc-Kahn* et *Cousin* présentent le cœur d'un malade mort à 31 ans avec de la cyanose et de la tachyarythmie qui offre comme particularité une absence de la cloison inter-auriculaire et au niveau de la cloison inter ventriculaire un diverticule borgne. Il n'existe aucune lésion de l'artère pulmonaire.

Sur un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique. — MM *P.-E. Weill* et *Stœffel* rapportent un cas d'anémie pernicieuse dans lequel quatre transfusions de sang avec le sang d'un pléthorique a amené le nombre des globules rouges de 1 million à 3 millions. Les auteurs signalent avoir trois cas de guérison depuis trois ans sur 16 cas et dans 50 % des cas une amélioration des plus manifeste par la transfusion.

Nécrose hémorragique du foie, accident terminal au cours d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. — MM. *André Cain* et *Boltanski.* — L'hémorragie et la nécrose respectent seulement quelques îlots de parenchyme qui donnent au foie son aspect nodulaire. Cette hémorragie est la manifestation d'un processus terminal d'hypersensibilité d'ordre allergique.

Hérédité et maladie de Dupuytren. — M. *Apert*, à propos du rôle récemment mis en relief du saturnisme dans l'étiologie de la rétraction de l'aponévrose palmaire, montre qu'à côté des causes occasionnelles il faut faire une large place à une prédisposition transmissible par hérédité. Il rapporte l'histoire d'une famille indemne de saturnisme dans laquelle quatre générations furent successivement atteintes à des âges de plus en plus précoces : 75 ans, 70 ans, 65 ans, 49 ans. Chez un sujet de 49 ans la maladie a été enrayée dès son début par l'application locale d'émanation de radium et depuis huit ans a cessé de progresser. M. *Apert* a recueilli en outre trois cas de transmission héréditaire dans les travaux d'Hutchinson.

L'évolution des endocardites. Les endocardites cicatricielles. — M. *Maurice Renaud* étudie les lésions scléreuses de l'endocarde de type cicatriciel dont il paraît possible d'établir la filiation avec des lésions aiguës. Il montre 8 pièces où des scléroses plus ou moins étendues de l'endocarde valvulaire et pariétal existent indépendamment de toute lésion chronique d'athérome et d'artério-sclérose, laisse de côté le cas extrêmement fréquent de sclérose endocarditique associé à l'athérome.

Dans cette catégorie de faits rentrent d'abord les lésions valvulaires à lésions anciennes et complètement cicatrisées, *Maurice Renaud* en trouve un exemple dans le cas d'une malade devenue hémiplégique à 45 ans et qui paraissait atteinte d'un rétrécissement mitral pur, à côté de l'épaississement assez léger et regulier de la mitrale dont les valves sont complètement soudées sur leurs bords, on voit à la base des valves des nodosités dont certaines sont érodées, les trois sigmoïdes sont irrégulièrement épaissies et calcifiées et il existe de multiples foyers d'endocardite pariétale avec caillots anciens et adhérents. Donc lésions complexes et peut-être moins éteintes qu'on aurait pu croire, et dont l'origine remonte peut-être à une typhoïde grave avec myocardite dont fut atteinte la malade à sa vingtième année.

Deux autres cas sont ceux de malades porteurs de thromboses énormes, anciennes, à caillot dur et sec, faisant corps avec des plaques scléreuses, hyalines très localisées de l'endocarde, où toute la symptomatologie se réduisit à des embolies cérébrales. De tels cas se rattachent évidemment aux endocardites à lésions complexes et les relient aux cas suivants. où la sclérose cicatricielle est pure, et l'inflammation complètement éteinte. Ceux-ci au nombre de cinq montrent des lésions limitées à l'endocarde et sans thrombose. Ils ont été des trouvailles d'autopsie. On doit interpréter ces lésions scléreuses comme le reliquat d'une endocardite passée inaperçue (ce qui n'est pas surprenant après ce qui a été dit de la latence des endocardites). On y voit les preuves que les inflammations de l'endocarde quelle que soit leur forme anatomique peuvent aboutir à une cicatrisation complète. Comme, d'autre part, elles ne sont pas sans analogie avec les lésions sclérosantes qui atteignent l'endocarde en même temps que l'aorte et les vaisseaux, on doit penser que leur étude peut aider à distinguer, ce qui dans les scléroses cardiaques et vasculaires, relèvent des facteurs accidentels de ce qui n'est que processus d'involution.

Recherches physiologiques sur la résorption des huiles injectées sous la peau. — M. *Léon Binet* a constaté que les huiles disparaissent lentement sous la peau, sauf les huiles animales. Elles diffusent d'une façon considérable et autour de chaque gouttelette de graisse il existe une petits cuticule formée de tissu conjonctif avec nombreux mononucléaires qui à la faveur d'une lipase digère l'huile. Il n'y a pas absorption, mais digestion. Quant aux médicaments combinés à l'huile, ils sont absorbés avec leur propre coefficient ; il en est ainsi pour l'huile camphrée.

Diecussion : MM. Flandin, Fiessinger, Pinard, Sicard, Lortat-Jacob, Sézary, Milian.

Méningite cérébro-spinale à rechutes. Début sous forme de réaction méningée aseptique de longue durée. Des variations de la glycorachie. — Ch. *Zœller* rapporte l'observation d'un cas de méningite cérébro-spinale à rechutes de gravité croissante. La première atteinte fut une simple réaction méningée aseptique avec hyperalbuminose légère ; la seconde fut du type des épanchements puriformes ; la troisième fut une méningite vraie de type A qui ne cède qu'à des ponctions répétées, largement évacuatrices, de 100 à 200 cent. cubes de liquide céphalo-rachidien. L'auteur attire l'attention sur ce fait que le dosage du glucose donne des résultats différents selon qu'on prélève, pour analyser, le liquide du début ou de la fin de la ponction (anisoglycorachie).

René Giroux.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 6 novembre 1925.

Grossesse, appendicite et basedow. — *M. Victor Pauchet.* — A. *Appendicite.* — L'opération pour appendicite chronique peut être ajournée après l'accouchement. L'appendicite franche, même ultra-légère, sera opérée immédiatement quelle que soit la date de la grossesse.

B. *Basedow.* — On peut obtenir un soulagement temporaire par la radiothérapie, mais rien ne vaut le traitement chirurgical. Ce dernier ne sera indiqué qu'après avoir eu recours à la recherche du métabolisme basal. C'est seulement après cet examen

qu'on pratiquera l'intervention. Celle-ci consistera en une ou plusieurs ligatures, parfois la résection, suivant la réponse donnée par le métabolisme basal. Il faut quelquefois deux ou trois opérations pour guérir un basedow. L'intervention est bénigne. Le traitement chirurgical est le seul qui convienne aux malades.

Appendicite chronique et basedow, chez une femme enceinte doivent faire penser à la stase intestinale chronique, cause habituelle de la pyélite gravidique, de l'éclampsie puerpérale, etc.

M. Séjournet ne trouve, dans le cas soumis, aucune contre-indication absolue à pratiquer l'appendicectomie. à condition que l'on supprime les réactions que peut provoquer l'anesthésie générale et que l'on opère à l'anesthésie locale : novocaïne au 1/200e. Il conseille une surveillance rigoureuse de la grossesse dans les mois suivants, ayant observé, dans un cas, une fausse couche huit semaines après une appendicectomie, qui n'avait donné lieu à aucun incident tant au cours de l'intervention pratiquée à l'anesthésie locale que dans les suites opératoires.

Cancer de l'utérus : radium et chirurgie. — *M. Petit de la Villéon* présente un utérus enlevé par lui la veille pour cancer du col et du corps. L'opération a été précédée 15 jours avant par la mise en place du radium. L'A. a fait l'opération de Wertheim. La pièce montre un col lisse, sans bourgeons, sans ulcérations. L'hystérectomie totale suivant à deux ou trois semaines la curiethérapie paraît à l'A. la meilleure technique actuelle pour la guérison du cancer utérin..

M. J. Lance fait un rapport sur deux observations adressées à la Société par le Dr Le Gac. Il s'agit de deux néoplasmes du rectum enlevés par voie abdomino périnéale : la guérison se maintient complète depuis deux ans dans un cas, dix-huit mois dans l'autre cas.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 nov. 1925.

Guérison d'un cas d'anorexie mentale par l'opothérapie thyroïdienne. — M. *Sédillot* présente une jeune fille de 17 ans, déjà présentée le 8 mai dernier. La perte de poids d'octobre 24 à mars 25 avait été de 20 kgs. Aujourd'hui, elle a repris son poids normal de 50 kg. Après un an d'interruption, les règles viennent de reparaître.

Après avoir rappelé les symptômes de dysovarie et de dysthyroïdie que présentait cette anorexique mentale et qui l'amenèrent à prescrire l'opothérapie thyroïdienne à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, l'auteur étudie les troubles du psychisme : déficits parcellaires dans le domaine de la volonté et de la mémoire, perte de tout sentiment de coquetterie, perte de tout sentiment d'affection pour les parents. Tous ces troubles de psychisme ont cédé rapidement dès le début de la thyroïdothérapie. Aussi, M. *Sédillot* pose-t-il la double question suivante « Des troubles du psychisme et des troubles endocriniens, lesquels avaient commencé, tenant les autres sous leur dépendance ? A l'étiquette « Anorexie mentale » doit-on substituer celle d'Anorexie endocrinienne ? »

Eruption caractéristique de l'intoxication par les œufs de conserve. — M. *R. Martial* rapporte le cas de trois enfants de 2 à 5 ans, de trois familles différentes, ayant présenté des symptômes cutanés identiques après ingestion d'œufs prétendus frais, en réalité conservés beaucoup plus de 24 heures. Prurit intense déterminant une insomnie complète, érythème légèrement en relief, par stries allongées et irrégulières présentant des papules de couleur citrin.

Diète lactée, léger purgatif, glycérolé d'amidon, amènent rapidement la disparition de l'éruption. Celle-ci reparaît dès que l'on fait rentrer un œuf dans l'alimentation. L'auteur fait remarquer que ces éruptions sont plus fréquentes depuis qu'on opère le stokage des œufs. Le vieillissement de cet aliment fait que l'on doit aussi prohiber les œufs aux hépatiques et aux personnes ayant des symptômes d'origine gastro-intestinale. Or, un jugement du Tribunal de la Seine, dans l'année qui vient de s'écouler, admet qu'au point de vue commercial un œuf peut être dit encore frais au bout d'un mois de conservation. Question d'hygiène alimentaire à approfondir.

Cellules frère et sœur. — M. *Klotz-Guérard* désigne sous ce nom la cellule neurale et la cellule neurologléique qui proviennent de la division d'une neurogonie. De même, il admet que le noyau de Sertoli n'est que le représentant de l'ovule qui, dans l'organisme mâle, n'a pu arriver au stade de libération définitive qui détermine le sexe, fonctionnellement parlant. Les cellules folliculeuses qui nourrissent l'ovule représentent des spermatozoïdes non évolués. Se basant sur des faits cliniques propres aux glandes endocrines, l'auteur conclut que ce qui devient nerf chez l'homme, devient cellule endocrine chez la femme et inversement.

Quelques difficultés dans le diagnostic de la hernie crurale étranglée chez la femme. — *M. J. Pescher* montre à l'aide de plusieurs observations que cette affection peut parfaitement être méconnue. Pour éviter l'erreur, toujours fatale en l'espèce, il faut se rappeler, selon le précepte des vieux maîtres, que 1° contrairement à ce que l'on pourrait penser, la hernie crurale étranglée n'est pas une affection dont le diagnostic s'impose d'emblée ; 2° elle peut exister sans qu'aucune localisation douloureuse attire l'attention du côté de l'anneau crural où elle se dissimule. Il faut savoir y penser et l'y chercher.

Jeûne thérapeutique. Anorexie et helminthiase. — *M. Natier* rapporte l'observation d'une femme de 37 ans (taille 1 m 58, poids 34 kg. 750), auto-intoxiquée de longue date. Troubles digestifs (surtout constipation opiniâtre), soucis moraux graves et répétés instabilité ordinaire. Choc violent (mort subite du père) ; déclanchement immédiat, et total anéantissement physique, intellectuel et moral. Aboulie et anorexie complètes. Soins assidus (2 mois), aggravation continue. Restauration rapide et radicale exlusivement par cures de jeûnes répétées et prolongées. Expulsion de lombrics. Gain pondéral : 8 kg. en 4 mois 1/2 et 13 kg. en 2 ans.

Mycose de l'épididyme et du testicule. — *M. Thévenard* rapporte un cas d'orchiépididymite mycosique. Il en existe 2 cas publiés, mais dans les deux cas, il s'agissait de manifestation locale de mycoses généralisées. Ici, l'affection était absolument localisée à l'épididyme et à la vaginale. C'est le premier fait de ce genre rapporté jusqu'ici. *M. Thévenard*, s'appuyant sur l'autorité de M. Gougerot, pense que si les mycoses épididymaires étaient plus systématiquement recherchées, les observations deviendraient plus nombreuses et bien des castrations seraient évitées. D'après *M. Thévenard* le contraste entre des lésions épididymaires très accentuées et l'intégrité du déférent et des vésicules séminales. doit attirer l'attention vers la possibilité d'une mycose. Le diagnostic sera confirmé ou infirmé par l'ensemencement des produits pathologiques sur gélose-glucose.

Diagnostic de pathologie vertébrale particulièrement complexe. — *M. Rœderer* rapporte l'observation d'un homme de 40 ans ayant fait une chute à 19 ans, après laquelle éclata une crise de douleurs lombaires. Après son service militaire, nouvelle crise qui dura plusieurs années. Douleurs plus bas situées avec prédominance lombo-sacrée, avec irradiation sciatique. Cette forme de douleurs ne cessa jamais complètement.

Depuis 4 ou 5 ans, nouvelle forme de douleurs avec irradiations lointaines et exagérées par le mouvement. Formation d'une cyphose inférieure de grand rayon.

La radio et la clinique permettent de conclure :

1re période : arrachement ligamenteux. Formation d'une ostéophyte en ergot ascendant le long de la 3e vertèbre lombaire

2e période : développement des symptômes habituels d'une sacralisation (absence de coudure, mais 6e vertèbre tout entière au-dessous des épines iliaques postérieures et inférieures.

3e période : évolution, non pas d'un mal de Pott, comme on a pu le croire, mais d'un rhmatisme vertébral étendu à cinq ou six vertèbres.

NOTES DE THERAPEUTIQUE

Les farines alimentaires pour nourrissons

Jusqu'à la fin du septième mois, ou mieux, jusqu'à l'apparition de la première dent, le lait doit constituer l'alimentation exclusive du nouveau-né. Cette règle est généralement observée en France, mais dans d'autres pays, comme l'Allemagne et l'Angleterre, il en est tout autrement. Dès les premiers mois, on introduit dans l'alimentation du nourrisson des bouillies faites avec des farines plus ou moins modifiées et du lait.

L'expérience a montré que cette coutume était désastreuse. On s'est ingénié, pour le premier âge, à substituer aux farines naturelles cuites au lait des mixtures artificielles appropriées aux capacités digestives et au besoin de l'organisme infantile. C'est ainsi que l'on a vu éclore une série d'aliments qui se sont propagés à grand renfort de réclame et sont parvenus à se diffuser chez nous.

C'est J. von LIEBIG qui, au milieu du siècle dernier, innova cette pratique. Partant de cette notion que les organismes trop jeunes ne disposent pas des ferments aptes à solubiliser l'amidon il préconisait l'emploi de farine de froment cuite au lait, puis maltée après refroidissement, avec de la farine de malt additionnée de carbonate de potasse. Ce mélange était ensuite passé au tamis puis desséché. C'était la farine lactée primitive allemande.... Depuis la technique s'est évidemment perfectionnée.

L'initiative prise par LIEBIG trouva des continuateurs et des imitateurs et il serait fastidieux de dresser la liste des nombreuses « farines pour enfants » qui sont nées chez les Allemands et chez les Anglais. A vrai dire, la liste serait courte de celles qui répondent réellement aux exigences de l'alimentation rationnelle des enfants du premier âge.

Depuis quelques années, les médecins français ont attiré l'attention sur les inconvénients que présentent, pour les enfants ces poudres alimentaires, de composition souvent peu rationnelle. A l'étranger même les pédiatres s'en sont inquiétés et demandent le retour à l'emploi d'alimentation de végétaux naturels. Ainsi Hugo-KUHL (*Archir für Kinderheilkunde*, LVIII, p. 293), donnant la composition d'un certain nombre de mélanges commerciaux, proteste contre leur composition, leur fabrication, leur stérilisation insuffisante, les modifications subies par leurs constituants et leur mode de présentation défectueuse en sachets de papier.

En France, HEUDEBERT avec l'entière approbation du Corps Médical, s'est depuis longtemps occupé de résoudre ce difficile problème. Nous lui devons de trouver partout une farine lactée, dont la qualité est indiscutable, et toute une série de farines naturelles de céréales et de légumineuses, préparées spécialement dans des conditions d'asepsie aussi parfaites que possible, maintenues à l'abri de toute contamination en boîtes en fer. La soupe d'Heudebert, gruau de froment dextriné, tient très justement la tête de cette série. Sa saveur agréable et son assimilation parfaite en font l'aliment idéal de la période de sevrage.

Dans le « Livret du Nourrisson » envoyé gratuitement et largement à tous les médecins, par l'Usine HEUDEBERT, on trouvera l'énumération de tous les produits de cette série spéciale avec les indications de leur emploi rationnel.

Grâce à ces produits, le médecin se trouve enfin assuré de pouvoir prescrire en toute sécurité, au moment du sevrage, des aliments naturels, sains variés, qui assureront une alimentation appropriée à l'âge et à l'état de santé de l'enfant. Dr. C.

Indications et technique de l'analgésie obstétricale à l'hémypnal. (L. POULIOT. *Journal de Médecine de Paris*, 27 juin 1925).

Ceux que préoccupe le problème de l'accouchement indolore rêvent d'un analgésique, non toxique, sans action sur la contractilité utérine, applicable à tous les cas, et supprimant la douleur pendant la totalité des phases de l'accouchement. Ce serait là l'analgésique idéal, qu'il est permis de concevoir en théorie, mais qui, en pratique, n'existe pas encore, car il n'y a pas actuellement de substances agissant électivement sur les fibres nerveuses sensitives, à l'exclusion des fibres motrices. Faut-il en attendant sa découverte (hypothétique) s'abstenir de toute analgésie au cours de l'accouchement ? Une attitude aussi résolument abstentionniste serait peu médicale ; d'autant plus que les agents dont nous disposons, quoique encore imparfaits, permettent cependant d'assez beaux résultats lorsqu'ils sont bien utilisés. Au premier rang de ceux-ci s'inscrit l'hémypnal qui est un composé peu toxique, ne comptant aucun accident à son passif, et dont on peut avec une technique bien réglée obtenir d'excellents résultats.

L'hémypnal s'administre sous forme de cachets et de suppositoires ; c'est à ces derniers que l'auteur donne la préférence. Il en recommande l'emploi surtout chez les primipares et dans les accouchements traînants par présentation vicieuse, avec ou sans rupture prématurée des membranes. Le travail qui se prolonge alors exagérément s'accompagne d'une excitation nerveuse intense, de cris incessants et d'une agitation désordonnée qui jettent le désarroi dans l'entourage. Il importe dans l'intérêt de tout le monde — et même de l'enfant a naître — de calmer ces manifestations. On le peut grâce à l'hémypnal, et ce médicament, loin de faire payer ses bienfaits par quelque rançon, permet au contraire un accouchement meilleur sous tous les rapports. Il peut entraîner un ralentissement du travail dans les accouchements normaux, mais dans les accouchements longs par hypertonie utérine, on observe plutôt son accélération.

En résumé l'hémypnal, inoffensif pour la mère comme pour l'enfant, mérite de prendre une large place comme calmant obstétrical.

On se souvient que dans une thèse fortement documentée où il passe en revue tous les procédés d'analgésie obstétricale, A. Rathelot était arrivé à des conclusions analogues (1).

Une auto-observation du rhumatisme goutteux. Effet du traitement. (Dr Forge, de Renaison. *Le Courrier Médical*, 12 juillet 1925).

Sous ce titre le Dr Forge, après quelques considérations non sans intérêt sur la valeur des auto-observations médicales, qu'il voudrait voire mises en commun en « une sorte de mutualisme de pathologie médicale » permettant de « faire servir nos petites ou grandes misères aux meilleures fins de notre thérapeutique », expose son cas personnel. Sans antécédents héréditaires, mais ayant dans ses commémoratifs 46 mois de front, et du vrai, il rattache à ceux-ci un rhumatisme goutteux fort tenace et rebelle à toutes les médications classiques : aspirine colchique, extrait de sambucus, etc. Par contre ayant usé du phénylcinchoninate d'allyle (atoquinol) le résultat fut aussi rapide que durable : cessation de la douleur dès les premières heures, liberté articulaire récupérée en fort peu de temps, tolérance gastrique parfaite. On sait que dans un travail récent le Dr Reynaud a montré la puissante action dissolvante et éliminatrice de l'atoquinol sur l'acide urique des goutteux et rhumatisants chroniques (1), de telle sorte que c'est à un drainage urique de cette nature que le Dr Forge attribue les remarquables résultats qu'il a obtenus sur lui avec ce médicament, résultats qu'il avait vainement poursuivis avec d'autres médications.

(1). A. Rathelot. — Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur au point de vue du médecin praticien. Thèse Montpellier 1925.

(1) Reynaud. — Le phényl-cinchoninate d'allyle (atoquinol, solvant de l'acide urique.) (Thèse Paris, 1925, Jouve et Ce édit.)

Le traitement opothérapique de la stérilité féminine. (Dr E. Pouget. *Paris Médical*, 26 septembre 1925.)

L'opothérapie ne constitue pas l'unique traitement de la stérilité féminine, les causes de celle-ci étant diverses et souvent complexes, mais chez les femmes inféconde plutôt que chez les stériles vraies (le dernier terme s'appliquant à l'incapacité radicale à concevoir), on obtient souvent avec elle de réels succès. C'est que cette infécondité de beaucoup de femmes, lorsqu'elle n'est pas lésionnelle, a généralement une origine endocrine, et plus spécialement ovarienne. Il existe chez la plupart d'entre elles un état de débilité glandulaire de l'ovaire (Dalché) se traduisant par des répercussions cliniquement appréciables : aménorrhée ou hypoménorrhée, organes génitaux infantiles ou arrêtés au stade prépubère, syndrome adiposo-génital. C'est alors que l'opothérapie doit intervenir comme traitement principal : ovaire-thyroïde en présence d'un syndrome myxœdémateux, ovaire-hypophyse, si infantilisme généralisé, ovaire seul si celui-ci est atteint d'aplasie ou d'hypofonction primitive.

L'auteur préconise l'extrait protéidique (agomensine) comme le plus propre, en raison de son action fluxionnaire bien établie sur l'ovaire et l'utérus, à rétablir l'équilibre de la fonction déficiente, action qui se traduit en premier lieu par la disparition de l'aménorrhée ou de l'oligoménorrhée avee retour progressif des règles.

Les observations citées, qui ont trait à des malades inféconde s pendant deux, dix et douze ans, et qui après un traitement de six à dix mois par l'agomensine sont devenues enceintes et ont mené à bonne fin leur grossesse, apportent un solide appui à cette thèse.

Recherches expérimentales sur l'anesthésie des petits animaux de laboratoire (utilisation du somnifène) (J. Durobeulx, Thèse de Lille, 1925.)

Cette question si importante de l'anesthésie dans les laboratoires a suscité une série de travaux, et sous ce titre, M. le Dr

DUROEULX, de Lille, a été amené à faire un nouvel appareil à anesthésie lui permettant de rechercher la dose anesthésique et la dose toxique chez les petits animaux.

Ces expériences excessivement intéressantes ont été faites au Laboratoire de Zoologie Médicale et Pharmaceutique sous la direction de M. le Professeur DESOIL, — et M. DUROEULX, qui a utilisé le chloroforme, l'éther et le somnifène seuls ou combinés, a pu déterminer d'une façon absolument nette les avantages du somnifène comme préparant l'anesthésie :

« Ce nouveau mode d'anesthésie par l'action préalable du somnifène est appelé à compléter très utilement la liste des techniques d'anesthésie que nous possédons déjà et avec lui, quelques expériences impossibles sur les animaux de laboratoire deviendront possibles, particulièrement celles qui doivent être pratiquées chez des sujets très délicats et très sensibles tels que oiseaux, cobayes, lapins.

« Un autre avantage, c'est que le somnifène à doses infimes en injections hypodermiques, prépare mieux l'animal à une anesthésie de longue durée, supprime presque totalement la phase d'excitation, nécessite l'emploi de doses beaucoup moindres d'anesthésique ainsi que nous l'avons vu au cours de nos expériences, reporte à un tiers en plus la dose toxique de l'éther ou du chloroforme, et enfin un autre grand avantage très appréciable, c'est que le somnifène maintenant l'animal sous son action, après les effets passés de l'anesthésique, facilite beaucoup les suites opératoires en supprimant les vomissements et divers réflexes ».

Nous devons dire d'ailleurs que dans d'autres services de physiologie, de médecine expérimentale et de médecine vétérinaire le somnifène est utilisé seul comme procédé d'anesthésie, et il donne des résultats excessivement intéressants, notamment chez les petits animaux et même chez le chat et le chien.

BIBLIOGRAPHIE

Les médicaments cardiaques, par le Dr CHEINISSE. 1 volume de 180 pages. (Masson et Cie, éditeurs) : 14 fr.

Les médicaments étudiés sont les suivants : *Digitaline, Strophantus, Strophantine et Ouabaïne, Scille, Genêt et Sparteine, Adonis vernalis Muguet, Apocynum, Cannabinum, Aubépine, chlorure de calcium, Injections intraveineuses de solutions glycosées hypertoniques Caféine Huile camphrée, Adrénaline, Atropine, Esérine, Quinine, Quinidine*. Deux chapitres terminent l'ouvrage, l'un consacré à l'opothérapie cardiaque, l'autre aux injections intracardiaques.

Pour chaque médicament, l'auteur donne des indications, contre-indications, caractères, valeur et indications thérapeutiques, mode d'emploi et posologie etc.

Ce que j'ai vu à Moscou, par Henri BÉRAUD. Un volume in-16. Prix : 7 fr. 50. Les Editions de France, 20, avenue Rapp. Paris-VIIe.

Henri BÉRAUD est arrivé en reporter — au sens propre du mot — sans investiture officielle, et il a pu se mêler au peuple de la rue, des lieux publics et des demeures privées.

Ainsi a-t-il pu observer les Russes, en toute clairvoyance et impartialité, comme il avait déjà observé les Sinn-Feiners mettant l'Irlande à feu et à sang, les fascites marchant sur Rome ; les Egyptiens se préparant à rejeter le joug britannique ; les Grecs fusillant leurs ministres et les Albanais traînant dans leurs pays sans routes. Regard loyal qu'une expression sincère a suivi. Observations précises loyalement rapportées. Voilà qui vit, qui vibre, qui grouille sans fards ni voiles : l'existence russe est dans ces pages, tout entière. Qui lira *Moscou*, croira faire lui-même le voyage et en pourra tirer ses conclusions sans fatigue, sans dangers... Mais il remerciera Henri BÉRAUD d'avoir, pour l'édification de chacun, supporté les fatigues et accepté les risques d'une aussi courageuse mise au point.

STENDHAL : **La Chartreuse de Parme**. Edition complète revue et corrigée. Dans la *Collection des classiques Garnier* : 2 vol. in-16 brochés, chaque : 6 fr. Dans la *Collection « Selecta »* des classiques Garnier : 2 vol. brochés : 50 fr. reliés 1/2 chagrin, coins : 25 fr. en plus par volume. Librairie Garnier, 6, rue des Saints-Pères, Paris.



Le Gérant : A. ROUZAUD.

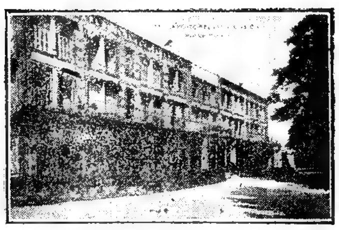
CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce · Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

FONDÉ EN 1873. — N° 49. Le Numéro : 2 Francs (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 30 NOVEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

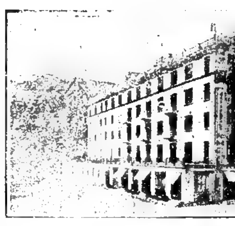
SOMMAIRE



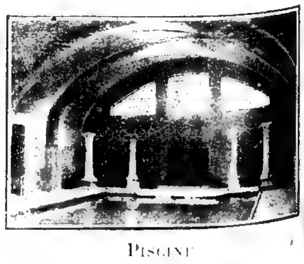
PAVILLON PASTEUR



VILLA JEANNE D'ARC pour Enfants



PAVILLON PASTEUR



PISCINE
200 m3, eau courante, sulfureuse à 36°

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Claude BERNARD,

Par Jean-Louis FAURE.



Je n'ai pas l'honneur de connaître, même de vue, le professeur Jean-Louis Faure ; mais j'aime en lui tout ce qu'un vieux médecin qui a des loisirs et de la lecture ne peut en ignorer, c'est-à-dire le savant complet, le poète-lauréat, l'économiste-philanthrope (1), enfin l'écrivain philosophe qui ne craint pas d'affirmer hautement, contre les habiles et les snobs, des convictions matérialistes.

Le privilège de la critique est de dire ce qu'on pense et de servir l'esprit ; sa valeur se mesure à ce qu'on y peut mettre d'ardeur impartiale et d'unité logique.

Le beau livre de M. Faure m'a fait revivre par le souvenir les temps lointains où, plein d'enthousiasme et d'illusions, je suivais les leçons de Cl. Bernard au Collège de France. C'était en 1874. M. d'Arsonval était le préparateur du cours. Le maître arrivait, souvent accompagné de Dastre, Mathias-Duval, Paul Regnard, Emile Alglave, Gréhant, Malassez, etc. Sur les gradins, quelques étudiants seulement ; ils préféraient l'hôpital (c'était le matin) à la physiologie. En revanche, j'y coudoyais très régulièrement le fameux Père Didon, des dominicains d'Arcueil, et parfois l'Empereur du Brésil, pas encore détrôné.

Cl. Bernard faisait un cours sans programme arrêté, et, il faut bien le dire, sans éloquence, mais avec un charme que pouvaient seuls apprécier les esprits avides de haute culture. Il était grand et de complexion robuste en apparence. Sa belle tête au grand front s'encadrait de longs cheveux bouclés et de favoris à la mode de l'époque. Les yeux clairs et droits méditaient sous d'épais sourcils ; toute la physionomie était empreinte de la plus douce majesté. Belle figure de savant de génie, telle qu'on imagine, d'après leurs portraits, celles de Buffon ou de Cuvier, d'Arago ou Laplace !

* * *

On a conté souvent comment Cl. Bernard commença sa médecine par l'apprentissage chez un pharmacien, ne rêvant d'abord que théâtre et littérature. Il écrivait, et il eut même un vaudeville joué à Lyon, la *Rose du Rhône*, qui lui rapporta cent francs. Alors il partit pour Paris avec une tragédie en six actes, *Arthur de Bretagne*, qu'il fit lire à Saint-Marc Girardin. L'opinion du critique ne fut pas favorable, et notre héros s'orienta décidément vers la médecine. A 26 ans, il fut reçu interne des hôpitaux, 26e sur 29, dans une promotion dont le premier était le père de notre grand Charles Richet. Il avait été externe chez Magendie, il revint comme interne chez ce même maître, qui le prit plus tard comme préparateur à sa chaire du Collège de France.

Malgré son absence de méthode et son scepticisme outré, Magendie fut un grand physiologiste, qui découvrit les fonctions des racines des nerfs rachidiens et la sensibilité récurrente. Il ne croyait qu'à l'expérience et s'intéressait surtout aux phénomènes physiques de la vie. Il s'élevait avec énergie contre les forces vitales, dont on abusait étrangement depuis Bichat : « Ne pourrait-on, disait-il, se contenter d'une seule force vitale? Et cette force vitale, n'est-elle pas encore trop ? N'est-ce pas là une simple hypothèse ? »

Si d'aventure une expérience ne donnait pas le résultat prédit, Magendie s'associait franchement à l'hilarité de son auditoire. Mais Cl. Bernard surveillait constamment les animaux en expérience, prêt à intervenir avec sa prodigieuse habileté d'opérateur. Un jour cependant, dans des expériences sur des chevaux atteints de morve, à Alfort, où il assistait Rayer et Magendie, Cl. Bernard eut

(1) Voir son projet fiscal : *Le sou du franc pour la France*, dans le *Temps* du 13 novembre.

le dessus de la main déchiré et couvert de bave : « Lavez-vous vite, dit Rayer ». — Non, ne vous lavez pas, répliqua Magendie, vous hâteriez l'absorption du virus. » Il y eut quelques secondes d'hésitation : « Je me lave, fit Bernard, c'est plus propre. »

***

En Claude Bernard, M. Faure a distingué et étudié le savant, l'écrivain et le philosophe. C'est le savant qui est de beaucoup le plus intéressant, avec les 18 volumes de ses cours rédigés par ses élèves aussi souvent que par lui-même : « Il avait en vingt ans, dit son admirable élève Paul Bert, fait plus de découvertes que les physiologistes du monde entier : l'action des glandes digestives et en particulier du pancréas, la fonction glycogénique du foie, l'existence des nerfs vaso-moteurs et la théorie de la chaleur animale, l'action des poisons et leur utilisation pour l'isolement des phénomènes biologiques. »

On a quelque peu surfait l'écrivain et le philosophe. En le recevant à l'Académie française, l'helléniste Patin disait à Cl. Bernard : « Vous avez créé un style. » La langue de Cl. Bernard est claire, exacte, sans éclat ni originalité ; elle n'a pas la splendeur de Buffon, la flamme d'Arago, la verve et le charme du naturaliste Fabre. Il a le style simple de l'exposition scientifique, au même degré que Flourens, Cuvier, J.B. Dumas, Joseph Bertrand, Berthelot, Pasteur, Henri Poincaré, d'autres encore.

L'*Introduction à la médecine expérimentale* a été louée exagérément par une élite bien plus qu'elle n'a été lue et utilisée par les étudiants et les chercheurs. Parue en 1865, elle était encore à sa première édition vingt ans après. Quel contraste avec les succès de librairie de M. Bergson, dont l'*Evolution créatrice*, trop souvent apocalyptique, au jugement de M. Faure (1) a dépassé le 30e édition !

Voyons maintenant les règles de cette méthode expérimentale que méprisait Magendie et que voulut fixer après coup son illustre élève, alors qu'il était en possession de toutes ses découvertes : « Distinguer les faits des hypothèses, chercher le déterminisme du phénomène, c'est-à-dire les conditions de sa production certaine. N'adopter une explication qu'après avoir tout fait pour la renverser. Procéder rigoureusement par expériences comparatives. » On ne peut nier que ces préceptes ne soient justes. Le sont-ils à la manière des vérités de M. de la Palisse ? Ont-ils beaucoup plus de profondeur ? De telles formules et maximes sont d'un usage universel et ne s'appliquent pas seulement à la médecine expérimentale, mais à toutes les sciences physiques et naturelles. Peuvent-elles contribuer positivement aux découvertes, sinon les susciter ? Pas plus sans doute que les traités de poétique et de rhétorique ne font les poètes et les orateurs, pas plus que les secrets de la victoire ne sont renfermés dans les manuels de stratégie.

Si toutes les synthèses ne sont pas de magnifiques sottes, comme le veut Alfred de Vigny, on peut dire que l'*Introduction* de Cl. Bernard est moins une préface qu'un épilogue, un testament philosophique, qui ne vaut que par les faits expérimentaux et les découvertes glorieuses qu'elle rappelle, résume et généralise.

M. Faure a bien montré que le déterminisme de Cl. Bernard, comme d'ailleurs le positivisme de Littré et d'Aug. Comte, ne sont que des formes historiques du matérialisme. « Si la doctrine spiritualiste est en contradiction avec tout ce que nous connaissons des phénomènes physiologiques, il ne nous reste qu'à accepter purement et simplement la doctrine matérialiste, qui serait mieux nommée physique ou naturelle, car enfin il faut choisir. On ne peut accepter que l'une ou que l'autre, et la fausseté de l'une implique nécessairement la réalité de l'autre. Car il est bien évident que si une force immatérielle, une âme, pour l'appeler par son nom, ne préside pas au fonctionnement de l'organisme, c'est que cet organisme fonctionne uniquement en raison de l'activité de ses éléments matériels. Il n'y a pas de milieu entre ces doctrines : c'est l'une ou c'est l'autre. »

Telle est la pensée formelle de Jean-Louis Faure. On ne saurait être plus net, et je ne vois guère que Charles Richet, parmi les véritables savants, qui soit aussi catégorique. Claude Bernard louvoya entre les deux doctrines et n'osa pas se déclarer le matérialiste impénitent qu'il a toujours été, même lorsqu'il se défendait de l'être ; et pourtant, plus que personne, il a fait de la biologie une dépendance, un simple chapitre des sciences physico-chimique.

Dr E. CALLAMAND (de St-Mandé).

(1) Dans son livre sur *Les données immédiates de la conscience*, M. Bergson a trouvé le moyen d'écrire un chapitre sur le déterminisme sans citer le nom de Cl. Bernard. Mais on y lit cette belle définition : « On appelle liberté le rapport du moi concret à l'acte qu'il accomplit Ce rapport est indéfinissable, précisément parce que nous sommes libres. »

De son côté, le maître de Bergson, Lachelier, a donné cette définition fameuse, qui reste inimitable : « Le monde est une pensée qui ne pense pas, suspendue à une pensée qui se pense. »

Le cubisme, banni de la peinture, aurait-il contagionné les philosophes ?

MÉDECINE ET LITTERATURE

Conflits intimes

de Paul Bourget. (Plon, édit.)

Paul Bourget a une prédilection pour les émotifs. Ceci ne date pas de ses relations avec Ernest Dupré. On retrouve des émotifs dans tous ses livres. Il est d'ailleurs fort possible que l'agrégé de médecine générale ait été dirigé vers l'étude de l'émotivité par l'écrivain psychologue. Leur interaction fut féconde pour l'un et pour l'autre. Je viens de lire les *Conflits intimes*. Je ne sais si je suis ou non à la page, mais je prends toujours le même plaisir à lire les livres de Paul Bourget. Il flirte plus que jamais avec notre métier, et ce flirt est très honorable pour nous. Il prend allure de technicien fort averti, et, lorsque dans l'ouvrage sur la *Pathologie de l'Emotivité*, où sont groupés les plus importants travaux de Dupré, le romancier nous expose l'œuvre de son ami, le psychiatre, vraiment on croirait lire le rapport d'un éminent aliéniste.

Conflits intimes est composé de sept nouvelles. Dans la première, Bourget met l'éducation en conflit avec l'hérédité. Marthe Belgrand, fille « officielle » de l'archéologue Denys Belgrand, en réalité fille de l'adultère que commit sa mère avec Césaire Favreuille, est devenue, sous l'influence des travaux en commun et des enthousiasmes intellectuels partagés, la fille réelle de celui qui fut trompé. En vain Favreuille mendie-t-il d'elle un sourire. La « voix du sang » est muette. Marthe Belgrand se détourne de celui qui la procréa dans la faute. Elle est la pensée vivante de l'autre ; elle est sa « creata » comme disaient de leurs élèves les sculpteurs de la Renaissance italienne. Mêmes procédés de l'auteur, habile crescendo du drame devenu intense avec le minimum de moyen, monographie scientifique romancée : ici c'est l'archéologie. Avec son amusante coquetterie d'exposition, ce curieux effréné nous parle des grands érudits du Moyen-Age, des Anthyme Saint-Paul, des Courajod, des Lasteyrie, des André Michel, des Emile Mâle, etc... Comme c'est chic de savoir se servir d'une bibliothèque bien garnie !

Dans *Le Beau Rôle*, Bourget illustre par ses deux héros, la princesse russe Véra et l'acteur Quinault-Dufresne, cette observation de Léon Daudet dans l'*Hérédo* que : nous portons en nous, par la multiple richesse de nos atavismes, tout un peuple d'êtres divers sans cesse en travail. La faculté créatrice, chez un Shakespeare, un Molière, un Balzac serait simplement une libération de ces êtres par la vie imaginative, libération d'autant plus forte qu'elle est celle de tendances moins satisfaites. L'observation est exacte. La sagesse des peuples l'avait d'ailleurs plus ou moins formulée depuis longtemps. Je me suis, pour mon compte, dans ce journal, pendant la guerre, amusé à soutenir la chasteté du marquis de Sade qui n'écrivit ses « saderies » que parce qu'emprisonné de nombreuses années, il ne pouvait faire l'amour... que sur le papier.

Quinault-Dufresne accomplit un très beau geste héroïque. Et nous ne savons quelle est la part de l'attitude, de l'acteur, et celle de la vérité d'âme, de l'homme. « Ecrivain, orateur, acteur, où finit l'homme réel, où commence l'homme professionnel ? La plume emporte celui-ci. C'est Chateaubriand racontant l'agonie d'une maîtresse qu'il n'a pas aimée. Il dit : « je me consacrai à sa douleur ». Et il le croit... » c'est le politicien avocat qui se frappe la poitrine d'un geste de martyr... et va monter dans son automobile de luxe pour se faire conduire au grand restaurant... « chez lui, comme chez le poète, l'expression l'a emporté sur l'impression. Ni l'un ni l'autre pourtant ne sont des menteurs. L'écrivain a pleuré sur sa page. L'orateur a cru, lui aussi, à son discours. Pourquoi le comé-

dien mentirait-il, quand son sens du geste et de l'attitude le suit en dehors du théâtre ? »

Je ne résume pas les autres nouvelles. Reprenant le livre pour vous en parler, j'ai souligné les passages plus strictement médicaux. Bourget notant l'impression de « *déjà vu* » dit que ces illusions de ressemblances sont fréquentes chez les personnes qui ont la mémoire des sentiments plus que celle des formes. Dans *Le sursis*, il prononce le terme de *pithiatisme* « du terme grec πειθω, persuader » ajoute-t-il ; et sitôt après : *mythomane* » de μυθος, faible et μανια, manie ». Comme il est content : ne m'a-t on pas dit qu'il pourrait revendiquer la paternité de ce vocable, de même que celle d'*onirisme* (auquel cas, Régis le corrigeant, écrit : *onéirisme*). Et, s'excusant presque : « La langue de la psychiatrie est une algèbre. Elle est nécessaire pour fixer des nuances morbides que le parler courant ne souligne point, parce que le penser courant les ignore, — très raisonnement d'ailleurs ». Il crée immédiatement le terme de *dominateurs* pour ceux qui, possédant une emprise personnelle sur les autres, sont amplement munis de *radio*-activité psychique. « Une énergie émane de certains êtres dans laquelle on découvrira quelque jour un *radium* d'une autre espèce. Mais nous n'en sommes même pas à l'a-b-c pour tout ce qui touche à l'interpsychologie... » Il parle plus loin de « précocités psychiques » ; puis, reprenant une comparaison émise ailleurs, il compare la *panique* à une *colloïdoclasie* (il avait déjà parlé de psychoclasie).

Que voilà un exemple dangereux ! Tous les bavards de la psychiatrie y vont de leurs néologismes. Récemment, l'un d'eux, des plus baroques, appelait la démence précoce l'*athymhormie juvénile*... Ah ! Maître, quel mauvais service vous nous rendez !

***

Jacqueline ou le paradis deux fois perdu

Par Nicole Stiébel. (Bernard Grasset, édit.)

Il y a beaucoup plus de médecine dans le livre de Paul Bourget que dans le roman de Mme Nicole Stiébel, externe des Hôpitaux de Paris ; et ceci ne manque pas d'être assez suggestif. Jacqueline, étudiante en médecine, âme inquiète et naïve, un peu « débile », épouse Jean, étudiant en médecine. Ils travaillent ensemble. Joie. Ils s'accoutument. Mais lui est calme, terre à terre ; elle, dans la lune. Et voilà qu'il préfère travailler seul. Premier paradis perdu. Elle aime les soirées, les agitations. Il n'est content que dans ses occupations professionnelles. Il capitule. Il se reprend. Ils se séparent.

Et voici l'amour... un homme solide, sportif, élégant, Philippe. Ça ne traîne pas. « Jacqueline attend, d'avance consentante, la volonté de cet homme dont elle sait juste le nom ». Nouveau ménage, illégitime cette fois. Mais Philippe... est Philippe, homme à femmes. Il se fatigue. Second paradis perdu. Ah ! la profession ne compte guère pour Jacqueline. Voyez la savante, amoureuse : « Elle court les grandes maisons, commande, décommande. Elle a des sueurs froides pour un costume tailleur, des cauchemars pour un châle brodé aperçu sur une femme et dont elle ignore la provenance ». Ce doit être toujours comme cela quand une « princesse de science » est amoureuse, puisque Nicole Stiébel nous le dit. La gloire féminine n'est, sans doute, comme l'a avoué une autre femme, que le pis-aller de l'amour. Jacqueline, ainsi que la « cérébrale ? » Marie Baskirtsseff, se préoccupe plus de ses robes et de ses chapeaux que des reliures de ses livres. Femme, Nicole Stiébel nous romance les chagrins d'amour d'une débile inquiète... comme si elle n'avait jamais porté la blouse d'externe des hôpitaux. Et c'est peut-être bien ainsi !

Paul Voivenel.

La vaccination pré-opératoire

Par **Louis BAZY**,

Chirurgien des Hôpitaux.

Si l'on veut bien comprendre le rôle de la vaccination préopératoire, la place qu'elle peut occuper dans la pratique chirurgicale et les services qu'on peut en attendre, tout en se gardant d'espoirs qui ne seraient pas justifiés, si, en un mot, on veut savoir la manier, il faut tout d'abord se demander : à quoi peut prétendre la vaccination tout court ?

D'après la définition de Bordet, que j'ai si souvent rappelée, la vaccination consiste à « mettre l'organisme dans l'état où il se trouverait, s'il s'était guéri d'une atteinte spontanée de la maladie considérée ». Immédiatement, l'on songe à la fièvre typhoïde ou aux maladies éruptives qui ne donnent qu'exceptionnellement lieu à des récidives, si bien que l'on est en droit de supposer qu'elles laissent persister après elles un état réfractaire , une immunité. Tout de suite aussi, le chirurgien est contraint de penser que les infections qu'il rencontre habituellement, qu'elles soient dues au streptocoque, au staphylocoque, au colibacille, à l'entérocoque ou au gonocoque, ne confèrent pas à l'organisme semblable privilège, qu'une première manifestation de l'une quelconque de ces infections ne préserve pas des suivantes, qu'elle ne procure donc pas d'immunité, tout au moins d'immunité durable.

C'est ainsi que l'on est conduit, comme je l'ai fait et comme je crois cela légitime, à se demander s'il n'en est pas, dans toutes ces infections chirurgicales, comme dans la tuberculose, où l'immunité n'est en somme qu'une *inaptitude à la réinoculation*. Dans ces conditions l'injection des corps microbiens, que l'on appelle vaccins peut jouer un rôle de préservation dans un organisme sain, en évitant la surinfection qui pourrait être le fait de microbes virulents, mais seulement pendant la période où les germes vaccinaux ne sont pas encore résorbés. Chez un sujet infecté, au contraire, l'injection vaccinale peut produire l'effet d'une *surinfection*. Elle est susceptible de provoquer un *réveil focal* au niveau du ou des sièges de l'infection, des *phénomènes d'intolérance* semblables *au phénomène de Koch*, au point même où l'on insère le vaccin et, comme il est établi qu'une infection localisée peut ne conférer aucune immunité générale, elle peut encore, suivant la conception de Wright, faire concourir les défenses de l'organisme tout entier, à la lutte contre la lésion locale. Il est essentiel de se rappeler ces données et de se persuader que l'immunité, qu'elle soit naturelle ou artificielle, ce n'est pas quelque chose d'immuable mais, au contraire, d'essentiellement variable qui augmente, fléchit et disparaît.

Examinons maintenant dans quelles conditions se présente la tâche de la vaccination pré-opératoire. Si le chirurgien n'apporte plus l'infection, il risque de la rencontrer et de déchaîner un conflit entre des microbes et les défenses organiques. L'issue de ce conflit dépend évidemment de la proportion qui existe entre la puissance offensive des microbes et la qualité des défenses organiques. La vaccination ne peut guère agir sur le microbe lui même, mais elle peut aider l'organisme à renforcer ses défenses.

Celles-ci peuvent succomber, en premier lieu, parce que l'opération leur impose une besogne trop lourde. Toute intervention, si simple soit-elle, amène toujours un fléchissement de la résistance organique dû à l'anesthésie, à l'émotion, sans compter l'effort que demande la réparation de la plaie opératoire. Ce fléchissement peut être porté à l'extrême si l'opération s'accompagne d'hémorragies abondantes, entraîne de vastes décollements, un défaut plus ou moins complet de péritonisation, la dilacération de tissus qui se défendent mal comme le tissu graisseux et même le tissu musculaire, ou exige la mise en place à demeure de corps étrangers trop volumineux ou trop nombreux, qui détournent l'activité leucocytaire et laissent ainsi le champ libre aux germes infectieux. C'est ici le lieu de rappeler que le pronostic d'une opération dépend de toutes sortes de facteurs : diagnostic minutieusement établi ; choix du moment le plus propice à l'intervention ; choix du procédé opératoire ; exécution correcte de ce procédé. La vaccination ne dispense d'aucun des articles de ce programme et c'est ce qu'il faudra se rappeler, quand on voudra juger en toute équité les résultats des injections vaccinales préopératoires.

En second lieu, les défenses organiques peuvent succomber parce que, dès avant l'opération, elles avaient été rendues insuffisantes. *Ce peut être tout d'abord, le fait d'un traitement préopératoire.* Maintenant que la collaboration de la chirurgie avec la curiethérapie ou la rœntgenthérapie devient, et à très juste titre, de plus en plus étroite, il faut connaître le trouble que les radiations peuvent apporter dans le jeu des défenses organiques. La vaccination paraît susceptible d'y remédier.

Ce peut être ensuite la conséquence d'une infection mal éteinte, DU MICROBISME LATENT. Il est certains faits qu'on ne rappellera jamais trop souvent. L'influence du microbisme latent est de ceux là. Quand un foyer infectieux persiste à l'état sommeillant, les germes qui le déterminent peuvent non seulement acquérir une virulence spéciale, mais encore pervertir à ce point les défenses organiques, que celles-ci ne sont plus capables de résistance, lorsque l'opération, agissant sur le foyer inflammatoire, l'ouvre et le dissémine. On peut dire que beaucoup de sujets en puissance de microbisme latent sont également, de ce fait, en *état d'anaphylaxie, en état de sensibilisation*. Je veux encore une fois, rapporter une expérience de MM. Leclainche et Vallée, parce qu'elle permet de bien fixer ces idées et de comprendre à quoi peut servir la vaccination préopératoire.

Il existe chez les animaux une maladie appelée le charbon symptomatique qui ressemble à la gangrène gazeuse de l'homme et est due à un germe à spores, extrêmement répandu dans le sol de certaines contrées. Les animaux qui vivent sur les terrains ainsi contaminés sont bien entendu fréquemment atteints de cette maladie. Même ceux qui paraissent indemnes portent le germe du charbon, soit dans leurs sabots, soit dans leur tube digestif. Pour parer à ce fléau économique, MM. Leclainche et Vallée entreprirent la vaccination anticharbonneuse. Or, tandis que cette vaccination se montrait inoffensive et efficace chez les animaux du laboratoire, elle produisit chez les animaux porteurs de germes des accidents inattendus. Chez les uns, on vit éclore brusquement des foyers jusque-là latents et compatibles avec une bonne santé de l'animal. Chez d'autres, l'injection vaccinale se comporta comme une véritable injection virulente et détermina à son point d'inoculation l'apparition d'une lésion caractéristique de charbon. Que conclure, sinon que, chez les *sujets porteurs de germes*, il existe une *sensibilisation* particulière, si bien qu'une injection de corps microbiens à usage vaccinal peut produire des désordres locaux, ou, agissant à la manière d'une surinfection, provoquer des réveils focaux. On comprend tout l'intérêt de pareilles constatations si on les transpose dans le domaine de la vaccination préopératoire, ou mieux encore, si, à leur

lumière, on essaye de s'expliquer certains accidents infectieux post-opératoires.

Le malade qui est porteur d'une lésion inflammatoire qui semble cliniquement refroidie et ne l'est pas bactériologiquement, peut se trouver dans un état comparable à celui de l'animal porteur de germes, c'est-à-dire en état de sensibilisation. Un organisme, dont la résistance est ainsi amoindrie, ne réagit pas ou réagit mal quand les microbes, cantonnés dans la lésion locale viennent à être libérés par l'opération. Et ainsi se produisent ces infections foudroyantes à forme toxémique contre lesquelles on reste impuissant, ou ces complications inflammatoires plus ou moins graves, qui assombrissent beaucoup le pronostic de certaines interventions.

Il peut être alors indiqué de tâter la susceptibilité des futurs opérés en les soumettant, non à une surinfection virulente et massive, comme celle que provoque l'intervention, mais à une surinfection inoffensive et dosée comme celle que représente l'injection de vaccin. Tel est le but de la *méthode des intradermo-réactions préopératoires* que j'ai fait connaître pour la première fois à la Société de chirurgie le 12 mars 1919. Je rappelle qu'elle consiste à injecter dans le derme — pour rendre la réaction plus sensible — des futurs opérés, un demi-centimètre cube environ d'une émulsion de corps microbiens, sensibilisés ou non, mais toujours tués par la chaleur, autrement dit d'un vaccin qui peut être monovalent quand on croit connaître le germe de l'infection considérée, ou plurivalent, si la nature de cette infection peut laisser place au doute. On peut alors constater qu'un certain nombre de sujets ne présentent aucune réaction ni locale, ni générale. D'autres, au contraire, manifestent d'une manière plus ou moins intense. Un réveil du foyer latent peut se produire ; on peut noter une poussée thermique, mais surtout, et c'est là le but principal de l'intra-dermo-réaction, on peut voir le point d'insertion du vaccin s'entourer d'une zone rouge plus ou moins étendue, parfois d'aspect hémorragique, d'où j'ai vu, dans certains cas, partir des traînées lymphangitiques aboutissant à des paquets ganglionnaires. Ces phénomènes sont très apparents au bout de 24 heures. Ils disparaissent aussi vite qu'ils sont apparus. Quand on les observe, on ne peut s'empêcher de penser que le sujet qui les présente et qui réagit si violemment à l'injection de corps microbiens tués, se trouve dans un état de sensibilité qui fait mal augurer de la résistance qu'il pourrait opposer aux germes que l'intervention chirurgicale pourrait éventuellement libérer. *L'intradermo-réaction révèle cette sensibilité. La vaccination permettra d'y remédier.*

Dès le début de mes recherches, j'ai indiqué que la méthode des intra-dermo-réactions, permettant de savoir si la vaccination était utile ou même si elle était nécessaire, était une *méthode générale* qui pouvait s'adapter à toutes les infections chirurgicales. De fait, certains auteurs en ont fait des applications particulières. Comme, dans leurs publications — dont la première parut plus de deux ans après ma communication originale — ils n'ont jamais fait connaître la source où ils avaient pris leurs idées, on a pu récemment, faute sans doute d'information suffisante, paraître leur attribuer la paternité de travaux qui n'étaient que la copie intégrale des miens. On ne m'en voudra donc pas de rétablir la justice des faits.

Cette première application des vaccins avant les opérations me paraît digne de retenir l'attention. Que démontre, en effet, l'expérience des chirurgiens ? Elle démontre que, sur une série d'interventions qui semblent, au point de vue technique, avoir été exécutées de la même manière, on observe parfois des suites très différentes, mieux encore, que certaines opérations techniquement simples sont troublées par des complications graves, parfois mortelles, alors que d'autres interventions, pourtant fort difficiles, se terminent avec la plus grande simplicité. La pratique des intradermo-réactions nous explique peut-être ces faits paradoxaux et nous permet d'affirmer ce que le raisonnement nous laissait prévoir, que, toutes choses égales d'ailleurs, le succès plus ou moins rapide, plus ou moins complet d'une opération, dépend du bon fonctionnement des défenses organiques. Voilà pourquoi il me paraît si utile d'avoir une méthode qui permette de les contrôler et de les rétablir dans leur normale, s'il y a lieu. Car au fond, ce qu'il faut bien se dire, c'est que la vaccination préopératoire a beaucoup plus pour but de désensibiliser l'organisme sur lequel on va opérer et d'exciter la vigilance des défenses organiques, que de créer une immunité qu'aucun procédé actuel ne me paraît capable de procurer d'une manière suffisante. Je pense que c'est déjà beaucoup pour le chirurgien que de savoir qu'il opère sur un terrain solide. Je répète que je crois que la vaccination préopératoire peut corriger les défaillances de la résistance organique ; il serait peut être téméraire de penser qu'elle peut aussi compenser celles du chirurgien.

J'ai tenu beaucoup à insister sur ces idées générales qui me paraissent essentielles. Il reste à voir, en terminant, comment on peut les appliquer dans la pratique en soulignant — comme je ne manque jamais de le faire — que je ne prétends pas apporter de formules définitives et que tout ce que je puis momentanément conseiller est susceptible de perfectionnements.

Une première question se pose. Qui doit-on vacciner ? Il serait puéril de nier que les accidents infectieux après les opérations soient de plus en plus rares et qu'une bonne technique suffise à les prévenir presque tous. Cependant on les observe parfois, même après des interventions qui sont et auraient dû rester tout à fait aseptiques. On pourrait donc très logiquement procéder à la vaccination systématique de tous les futurs opérés et cette manière de faire serait d'autant moins critiquable que l'injection vaccinale ne présente aucun inconvénient et n'engage en rien l'avenir humoral du sujet chez qui on la pratique, contrairement aux injections de sérum. Le seul inconvénient de cette manière de faire et, c'est pourquoi je ne l'applique pas, est qu'elle fait perdre du temps. La vaccination exige quelques jours pour être menée à bien. Il est souvent difficile de les trouver. Ici je voudrais répondre à une objection qui m'avait été faite pa mon maître le professeur J.-L. Faure, quand je parlais à la Société de chirurgie de la vaccination dans l'appendicite. M. J.-L. Faure estimait qu'en cas d'appendicite aiguë, la vaccination pouvait avoir pour inconvénient grave de faire ajourner l'intervention d'urgence et d'être ainsi plus nuisible qu'utile. J'avais donc précisé et je tiens à souligner de nouveau, qu'en parlant de vaccination pré-opératoire, je ne fais pas allusion aux cas aigus nécessitant l'action immédiate du chirurgien, qui, en aucun cas, ne doit être différée lorsqu'elle est indiquée, car j'estime que, dans la collaboration que je crois nécessaire entre les moyens chirurgicaux et les moyens biologiques, la place prépondérante doit appartenir aux premiers et que ce n'est que lorsque toutes les indications chirurgicales auront été remplies et complètement remplies, que les seconds pourront entrer en jeu et donner leur maximum d'efficacité.

Il est, d'autre part, incontestable que la vaccination préopératoire n'est pas nécessaire chez la plupart des sujets, même chez ceux qui ont été antérieurement infectés et qu'on est obligé d'opérer. L'intradermo-réaction me paraît pré-

cisément permettre de pouvoir faire un choix entre ceux qui ont besoin d'une vaccination et ceux qui peuvent s'en passer. Je crois qu'on peut opérer sans risques les malades qui présentent une intradermo-réaction négative, et qu'il vaut mieux vacciner ceux chez qui la réaction est positive jusqu'à ce qu'ils ne réagissent plus. C'est en somme se comporter comme on le fait pour la vaccination anti-diphtérique, où la réaction de Schick sert de témoin et de guide.

Si on pense que la vaccination préopératoire est utile, on peut la réaliser dans deux conditions principales.

Si l'on peut recueillir et connaître le ou les germes de l'infection causale, il est simple de préparer un auto-vaccin. Cette manière de faire s'applique à toutes les infections ouvertes. Elle est spécialement indiquée dans les infections des voies urinaires, où elle nous a donné à mon père et à moi de beaux succès que nous avons fait connaître à l'Académie des sciences. Dans les infections fistulisées, le même procédé est de mise. Mais, dans ce cas, il sera bon de se rappeler que le germe principal peut parfois être masqué par le développement abondant de germes d'infection secondaire qui, parfois, ne sont pas tous pathogènes.

Il n'est pas toujours possible de préparer un auto-vaccin et, dans la plupart des cas, on est bien obligé de se contenrer d'un stock-vaccin. On pourrait être assez embarrassé pour en établir la composition, si l'expérience, par bonheur, ne démontrait pas que les microbes qui sont à l'origine du plus grand nombre des complications post-opératoires n'étaient pas toujours à peu près les mêmes. J'ai nommé le streptocoque qui est certainement le plus redoutable, le staphylocoque, le colibacille et l'entérocoque. C'est ce vaccin quadrivalent dont je me sers depuis déjà fort longtemps et que j'avais fait connaître avec mon ami Cuvillier en 1918. On pourrait y adjoindre, si l'on voulait, pour les infections gynécologiques, le gonocoque, bien que je n'estime cela pas bien nécessaire.

On peut préparer ce vaccin de bien des manières. Celle à laquelle je m'étais arrêté dès le début et que je considère encore comme la meilleure, est la méthode de Besredka dite des « *vaccins sensibilisés* ». Elle me paraît présenter un double avantage. Les germes microbiens sont offerts à l'organisme saturés des anticorps qu'ils ont puisés dans le sérum spécifique qui les a sensibilisés. On réalise donc ainsi une *sérovaccination*. Non seulement on sollicite la réaction organique, mais encore on la renforce en lui apportant des anticorps déjà tout préparés. D'autre part, les vaccins sensibilisés ont une action plus rapide que les vaccins ordinaires et ceci a son importance, car on peut ainsi raccourcir le délai qui sépare la fin de la vaccination de l'opération proprement dite.

Une question se pose alors. Combien d'injections doit-on faire et à quelles doses ? Il n'y a pas de questions dont la solution soit plus épineuse. Il faut, en effet, bien considérer ce problème tel qu'il se présente. On a créé le terme d'hyperimmunité pour caractériser l'état dans lequel se trouvent les animaux qui ont reçu des doses répétés et croissantes d'un antigène quelconque et qui produisent les sérums thérapeutiques. On en conclurait volontiers que la vaccination chez l'homme procure, de même, une résistance toute spéciale. Ce sont des idées dont il faut se garder, ne serait-ce que parce que les sérums les meilleurs sont des sérums antitoxiques, tandis que la vaccination préopératoire doit s'efforcer de renforcer la résistance organique contre les microbes eux-mêmes, ce qui est absolument différent. C'est pourquoi j'ai dit que, dans l'état actuel de nos connaissances tout au moins, l'injection vaccinale a moins pour but de créer un état réfractaire, une hyperimmunité que de rendre normales des défenses organiques momentanément amoindries. Je pense que l'on pourra déjà considérer comme un grand progrès une méthode qui pourra donner au chirurgien l'assurance qu'aucune de ses opérations, exécutées dans des conditions régulières, ne sera troublée par une complication infectieuse imprévue.

Une seule injection contenant 500 millions de chacun des germes précités (streptocoques, staphylocoques, colibacilles, entérocoques) soit deux milliards en tout, faite deux à trois jours avant l'intervention me paraît en général, suffisante. Cependant, si je me reporte à l'expérience du service de sérothérapie de l'Institut Pasteur qui — pour ce qui est, en particulier, de la préparation du sérum antitétanique — pratique toujours deux injections, parce qu'il a remarqué que la première injection d'anatoxine amorce l'immunisation, que la seconde déclanche, il serait peut-être préférable de faire deux ou trois injections à deux ou trois jours d'intervalle et de n'opérer que trois jours après la dernière. Cela suppose évidemment que le chirurgien et son patient disposent du temps nécessaire. Aussi vais-je me permettre d'insister à nouveau sur la portée de l'intra-dermoréaction. Au lieu d'injecter le vaccin sous la peau, on l'insère dans la peau. Le lendemain on examine le point d'inoculation. Si aucune réaction ne s'est produite, ou s'il n'existe qu'une petite tache discrètement rosée, je crois la vaccination inutile et l'opération immédiatement légitime. Jusqu'à présent je n'ai éprouvé aucun déboire en procédant ainsi, et tous les malades à intra-dermo-réaction négative ont guéri simplement. J'ai vacciné tous les autres jusqu'à ce qu'ils ne réagissent plus. Il n'y a que dans les cas d'infections ouvertes où je puis préparer un auto-vaccin, que j'agis différemment, car, dans ce cas, je peux suivre les effets de la vaccination, en observant soit les modifications du pus de la fistule, soit les modifications de l'urine. Hormis ces cas, l'intradermo-réaction, dont j'ai été le premier à préconiser l'emploi systématique dans toutes les infections chirurgicales, me paraît présenter un grand intérêt pratique, car elle permet, je le crois tout au moins, de sortir de l'empirisme et de savoir si le sujet à opérer doit être vacciné et, dans l'affirmative, jusques à quand il doit être vacciné.

La vaccination préopératoire conduit à aborder un des termes de ce problème très général et dont on ne peut contester l'importance : *le terrain en chirurgie*. En dehors des résultats pratiques qu'elle peut procurer, c'est ce qui la rend digne d'intérêt.

Note sur l'hémo et la sérothérapie dans le traitement du cancer

Par **A. BRÉCHOT,**
Chirurgien des Hôpitaux.

Bien des moyens thérapeutiques ont été utilisés dans le traitement du cancer. Tous n'influencent que d'une façon incertaine, irrégulière, les cellules néoplasiques et ne modifient que bien momentanément leur terrible puissance de prolifération. C'est pourquoi le traitement chirurgical du cancer mérite encore de demeurer au premier plan.

Toutefois un scepticisme excessif ne doit pas faire rejeter toutes les autres méthodes thérapeutiques. Je ne parle pas ici du radium, dont l'usage est courant, mais j'ai en vue toutes les thérapeutiques internes pourrait-on dire, humorales.

Quelques-unes sont susceptibles d'améliorer momentanément les lésions, d'en retarder l'évolution, de dimi-

nuer pendant un moment les douleurs, les sécrétions néoplasiques. Elles constituent toujours pour les malheureux malades un puissant réconfort moral.

Enfin au point de vue scientifique, tout essai apporte quelqu'enseignement et, si ténus qu'en soient les résultats appréciables, un encouragement à chercher.

Nous avons essayé dans cet ordre d'idées bien des choses.

Pendant un moment les injections massives intraveineuses de cuivre mésothorié nous avaient paru de quelqu'efficacité et nous avons encore coutume de les utiliser. Elles ont généralement une heureuse influence sur l'état général, mais dans les nombreux cas où je les ai utilisées je n'ai guère noté qu'une fois une amélioration réelle — du reste passagère — dans une mastite carcinomateuse du sein.

Plus récemment j'ai utilisé l'hémothérapie. C'est un procédé peu usité pour les cancers et peut-être serait-il bon qu'il soit expérimenté très scientifiquement avec examens physiochimiques complets du sang. Il y a là tout une suite de faits expérimentaux qui mériteraient d'être mieux établis, l'auto et l'homo hémothérapie, la sérothérapie appliquées soit directement soit après s'être efforcé de provoquer sous diverses influences des modifications biologiques du sang n'ont évidemment pas fourni les renseignements que l'on pourrait en attendre.

Nous avons traité par cette méthode un certain nombre de malades mais nous ne nous sommes jamais adressé qu'à des cancéreux tout à fait inopérables et sans pouvoir faire accompagner ces essais des analyses biologiques qui leur confèreraient une réelle valeur documentaire.

Nous avons procédé comme il suit :

1º Autohémothérapie avec réinjection intraveineuse immédiate de 50 à 100 cm. ;

2º Autohémothérapie après chocs colloïdaux ou albuminoïdes.

3º Homohémothérapie, sang emprunté à un donneur en traitement dans la phase de légère amélioration ;

4º Autosérothérapie avec réinjection du sérum dans un délai de quelques heures à un mois 1/2.

Nous rapportons ici quelques observations. Toutes concernent des cas inopérables où le diagnostic ne peut faire de doute. Aucune biopsie n'a été prise volontairement parce qu'elle me paraissait susceptible de modifier l'aspect et l'évolution des lésions.

Les faits que j'ai observés me laissent les impressions suivantes :

Je n'ai vu aucun accident immédiat à la suite des injections pratiquées. Celles-ci ont varié comme quantité de 20 à 100 cm. et, qu'il s'agisse d'auto hémo et sérothérapie, d'homohémo et sérothérapie que les liquides aient été réinjectés par voie intraveineuse rapidement ou après une conservation d'un mois et demi, ils ne déterminèrent dans aucun cas une réaction humorale vive. Tous les sujets traités ont pu quitter sans accidents la consultation.

Les réactions secondaires n'eurent également que peu d'intensité.

Les modifications locales existent presque dans tous les cas. L'on constate ordinairement après 3 injections un peu de diminution du volume de la tumeur, des sécrétions un peu moins abondantes. Mais malheureusement là semble s'arrêter cette influence, du moins dans les cas très avancés les seuls que nous nous soyons cru autorisé à traiter. Les injections continuées ne semblent plus guère modifier les lésions mais je demeure persuadé qu'elles le maintiennent dans cet état de régression légère pendant un moment. Je sais combien il est facile de s'illusionner en pareille matière et c'est pourquoi des jugements hâtifs sont parfois trop favorables.

Je garde actuellement cependant cette opinion et crois que la marche si rapide des néoplasmes traités a été un peu ralentie.

Les symptômes fonctionnels, les douleurs, m'ont paru également, momentanément diminués, permettant pendant cette courte période d'amélioration un peu de repos et d'espoir aux malades.

Dans aucun cas je n'ai observé une amélioration assez sensible pour faire espérer un seul instant une guérison.

Les résultats m'ont paru similaires, quelle que soit la technique employée auto hémo ou sérothérapie, homo hémo ou sérothérapie.

Tels sont les quelques faits que je désire signaler parce qu'il me semble qu'en pareille matière tous faits, si modestes qu'en soient les conséquences, ont quelque importance.

Je ne crois pas que l'on ait tiré de la pratique de l'hémothérapie tous les renseignements qu'elle peut comporter. Son expérimentation peut comprendre une quantité de procédés destinés à la formation d'immunsérums.

Peut-être en sera-t-il un parmi ceux-ci permettant des observations plus intéressantes.

Observ. 1. — Mme D., 77 ans, venue consulter à St-Louis le 24 décembre 1922.

Volumineux épithélioma de la vulve ayant débuté il y a 3 mois, tumeur végétante, saignante, recouverte d'abcès, avec ganglions inguinaux bilatéraux durs ayant encore les caractères néoplasiques sans modifications cliniques secondaires à l'infection du néoplasme. Démangeaisons et douleurs constantes ; femme maigre mais dans un état général encore satisfaisant. La tumeur est inopérable. W : 0.

Traitement. — Autohémothérapie. 12 injections de 20 cmc. intraveineuses sont pratiquées tous les 2 jours ; l'on constate une diminution de la turgescence, une disparition presque complète du prurit et des douleurs.

Les modifications morphologiques de la tumeur, flétrissement, changement de coloration de la tumeur qui est rosée et non plus rouge se manifestent surtout à la périphérie. De petits nodules d'extension périphérique lymphatique disparaissent. Pas de modifications des ganglions.

Le 18 février 1923, l'état est demeuré le même. Du 18 février au 18 mars j'utilise l'autosérothérapie douze fois avec le sérum de la veille à la dose de 30-80 cmc. (sérum conservé dans des tubes entourés de coton) les modifications obtenues dans la tumeur sont peu marquées.

Mars-Avril. — Prise de sang de 80 cmc. 2 fois par semaine. Conservation des tubes et ballons.

Mai. — Injection du sérum vieilli, intraveineuse, par 40 cmc., nombre des injections 6.

Les modifications apportées à la tumeur sont insignifiantes ; en juillet, je pars en vacances sans que j'aie pu constater ni aggravation ni amélioration.

A mon retour la malade est dans le même état mais découragée ne revient plus au traitement.

Je demeure convaincu que cette malade a tiré quelque bénéfice de l'auto hémothérapie et de l'auto-sérothérapie.

Obs. 2. — Cour., 60 ans, ouvrier plombier. Volumineux épithélioma de l'amygdale droite envahissant complètement les piliers. La déglutition des liquides est seule possible. Ulcération centrale des dimensions d'une petite noisette. Volumineux

ganglions de toute la chaîne carotidienne et de la région sous-maxillaire. Début il y a 6 mois. W : 0.

Vient à ma consultation le 6 janvier 22 pour des douleurs auriculaires intolérables.

Traitement. — *Autosérothérapie.* — Injections intraveineuses d'autosérum 3 jours après la prise de sang. Quantité injectée 40 cmc. Nombre des injections 10 (tous les 3 jours).

Résultats. — Disparition des douleurs d'oreille. Diminution et durcissement des masses ganglionnaires.

Du côté de l'amygdale peu de modifications, cependant diminution de l'empâtement périphérique.

A partir de ce moment état stationnaire.

9 *Mars* 23. — Série d'injections d'électrocuprol (6) (10 cmc.) puis prélèvements de sang et injections intraveineuses du sérum obtenu (six).

L'état demeure stationnaire mais sans aucune aggravation.

Avril. — Injections de 5 cmc., puis de 10 cmc. du sérum de la malade de l'observation 1. Aucune réaction générale ; il semble y avoir après la première injection une petite amélioration.

Rien de nouveau ne s'observe aux injections suivantes.

Mai. — Réapparition des douleurs, le malade ne veut plus de traitement.

Obs. 3. — Mme E..., 65 ans, 75 kilos.

Squirrhe ulcéré du sein gauche dont elle ne peut préciser le début. L'ulcération est apparue depuis 2 mois. Elle a actuellement les dimensions d'une pièce de 50 cm., peau d'orange sur la presque totalité du sein et il existe une grosse masse adénopathique axillaire reliée à la tumeur par une grosse induration lymphatique.. Grand pectoral adhérent légèrement.

Consulte le 15 février 22. Autohémothérapie. 6 injections intraveineuses de 40 cmc. à deux jours de distance. Amélioration nette. Diminution de la tumeur et de la masse ganglionnaire, puis arrêt.

Mars. — Autosérothérapie. Le 5 mars, 80 cm. Le 9 mars, 100 cmc.

Il se produit une nouvelle amélioration avec diminution de l'ulcération.

13 mars, nouvelle injection de 40 cmc.

La malade déclare qu'elle se trouve mieux, qu'elle finira de guérir son sein et ne se soumet plus au traitement.

Les modifications obtenues sont réelles mais je revois un mois après cette femme et il n'existe plus aucun progrès.

Obs. 4. — Mme Mon.., 47 ans, 45 kilos. Femme très cachectique. Néo du col inopérable. Traitée antérieurement à l'Hôtel-Dieu par le radium.

Début il y a 2 ans. Actuellement toute la partie supérieure du vagin envahie. Cystite. Ténesme rectal.

Vient à la consultation de Saint-Louis le 2 février 22.

Autohémothérapie. Trois injections intraveineuses de 20 cmc. (6-12-18).

Le 22 février, injection, hétérosérothérapie 20 cmc. avec du sérum de la malade obs. I. Puis à nouveau autohémothérapie 40 cm. les 28 février, 5 et 13 mars.

Il existe une diminution nette des sécrétions mais la malade est trop cachectique et fait dire qu'elle ne peut revenir.

Obs. 5. — M. Hant., 34 ans, poids 70 kilos.

Epithélioma du ganglion à droite ou branchiome.

Rien ni au pharynx ni au larynx. Cet absence de néoplasme pharyngo-laryngé est confirmé dans le service de Lemaître.

Début il y a un an.

Actuellement volumineuse tumeur ulcérée cervicale droite, indurant la totalité de la région cervicale de ce côté.

Depuis 4 mois, l'ulcération est traitée en ville par l'ignipuncture. Douleurs irradiées auriculaires et pharyngées considérables. Trismus léger. Etat général mauvais. Hémorragies assez abondantes dans l'ulcération.

Vient consulter le 2 février 23.

Autohémothérapie, 10 injections de 50 cmc. intraveineuses, dont les 2 dernières le lendemain d'injections colloïdales intraveineuses de 20 cm. électrocuprol et électromanganol.

Résultat : Diminution légère de l'induration et grosse diminution des douleurs. Fait une hémorragie assez importante et malgré mes efforts le malade part à Lille pour mourir, dit-il, dans sa famille.

Obs. 6. — Mme Ga..., 62 ans.

Epithélioma du maxillaire supérieur droit avec large perforation de la lame palatine del'os. Autohémothérapie. 7 injections intraveineuses. Aucune modification. La malade ne revient pas.

Mme Fl.., 62 ans.

Consulte en février 22. Néo cervico-utérin inopérable.

Autohémothérapie. 4 injections intraveineuses de 40 cmc.

Pas de modifications appréciables. La malade ne revient pas au traitement.

Sucre et opérations

Par L. CHEVRIER,

Chirurgien de l'hôpital Broussais.

Une opération est pour tout sujet, même en excellente santé générale, un *shock* important, une épreuve pénible, un malaise profond, passager il est vrai, mais toujours trop notable.

Ce *shock opératoire* est en réalité *dissociable* en un bon nombre d'*éléments de déséquilibre*. Si certains de ces éléments sont *indépendants*, au moins partiellement, de notre volonté, il en est d'autres qu'un chirurgien averti, soucieux de tous les détails et non pas seulement du brio de l'acte opératoire peut *diminuer* ou même *faire disparaître*.

Bien qu'il entre dans mon dessein de ne parler ici que d'un point particulier, l'*utilisation pré et post-opératoire du glycose*, il ne me semble pas inutile, en manière de *prélude*, de dissocier succinctement ce shock opératoire et de montrer combien la routine peut l'accroître comme à plaisir.

Le shock opératoire peut se diviser en deux shocks : *shock opératoire proprement dit*, ou *traumatique*, *shock anesthésique*.

Le *shock opératoire proprement dit* mérite seul le nom de *shock* après les études si fructueuses de la guerre, et les travaux si intéressants du professeur Quénu. Il naît des *lésions musculaires*, sections, triturations, écrasement par les doigts, les instruments, les écarteurs — d'où la nécessité pour le chirurgien d'opérer avec délicatesse et non brutalement, d'utiliser des écarteurs mécaniques, élastiques, autant que possible, de respecter les muscles avec soin.

Il est causé aussi par les *résorptions sanguines* du foyer opératoire — d'où la nécessité d'une hémostase soigneuse.

Quoi qu'on fasse d'ailleurs, il y a toujours *résorption d'un peu de sang et d'albumines musculaires transformées* au niveau de tout foyer opératoire, et c'est là l'origine du shock traumatique vrai, mais on peut en diminuer considérablement l'importance par une technique attentive, soigneuse et douce.

Le *shock anesthésique* qu'il vaut mieux appeler l'*intoxication anesthésique*, pour réserver au seul shock traumatique le nom de shock, est produit par la dissolution dans le sang du produit anesthésique toujours toxique. Cette dissolution toxique ne peut être évitée : pour qu'il y ait sommeil anesthésique, il faut que le sang contienne une proportion fixe d'*anesthésique circulant*, comme l'a montré Nicloux.

Tout ce que peut faire le chirurgien, c'est de réaliser les conditions les meilleures pour que l'anesthésique soit *éliminé* le plus rapidement possible et que sa *fixation* sur les divers organes soit aussi peu nocive que possible.

Pour que l'*élimination soit rapide il faut que les émonctoires*, le rein en particulier, soient préparés à leur fonction supplémentaire accidentelle : donc cure hydrique de désintoxication rénale, et diminution des chlorures dans l'alimentation avant l'opération.

Le fait-on d'ordinaire ? Non et on a tort.

Mais pour que le rein fonctionne bien, il faut une certaine *masse sanguine*. Et précisément, on a l'habitude — et c'est une *erreur profonde* — de réduire cette masse sanguine par une *purgation préparatoire* et par *le jeûne*. Non seulement la *purgation est inutile* dans la plupart des cas, mais elle est presque toujours *nuisible*. Cherchons à faire évacuer l'intestin pour ne pas être gêné par sa réplétion, mais abstenons-nous de grandes purgations, surtout de purgations salines.

Pour que l'anesthésique se fixe dans les organes et les tissus avec le minimum de dégâts, il faut défendre ceux-ci en les mettant dans les meilleures conditions de *fonctionnement physiologique*. Or, parmi tous les organes, le plus important tant par le volume que par le nombre et la dignité de ses fonctions (fonctions antitoxique, uropoiétique, biliaire, glycogénique, etc.) est le foie ; c'est pour cette raison que l'atteinte du foie par les anesthésiques est particulièrement marquée et capitale.

Tout le monde connaissait depuis longtemps les cas assez fréquents d'ictère post-chloroformique : l'atteinte du foie est là patente. J'ai démontré en outre par des examens multiples dans diverses communications à la Société de biologie, et dans un travail présenté à la Société de chirurgie en mai 1919 que dans les cas où il n'y avait *pas d'ictère patent*, il y avait *toujours cholémie latente*, c'est-à-dire, présence de bile dans le sang.

Cette *cholémie post-chloroformique* constante débute d'un d'une façon *immédiate* pendant l'anesthésie ; elle atteint ordinairement son *maximum* le *deuxième jour* et disparaît du sixième au *huitième jour*.

Contrairement à ce qu'on pensait, j'ai démontré que la cholémie existait aussi après les anesthésies à l'éther. La *cholémie post-éthérique*, régulière et constante, quoi qu'on en ait dit, a une marche un peu différente de la cholémie post-chloroformique (1).

Immédiate comme elle, elle est à la fois *plus massive* et *plus passagère*. Elle présente son maximum au bout de vingt-quatre heures et prend fin ordinairement le quatrième jour.

L'action de dissociation de certaines tentatives thérapeutiques m'ont amené à distinguer dans ces cholémies post-anesthésiques deux phases : une première phase de *cholémie immédiate* ou *primitive*, une deuxième de *cholémie secondaire*.

La première correspond à l'*inhalation* de l'anesthésique et à la *première période de son élimination* par les voies pulmonaires et digestives, elle a une durée de vingt-quatre heures environ. Il est à noter que pendant cette période, il existe une *vasodilatation d'origine anesthésique* et une *chute de la pres ion sanguine*.

La seconde est contemporaine de la *transformation progressive* et de l'*élimination*, sous des formes variées et compliquées, des *quantités d'anesthésique fixées* par les divers tissus et particulièrement par la *graisse* au cours de l'anesthésie.

Aussi ai-je pensé, sans pouvoir le démontrer d'une façon absolue, que la cholémie *immédiate* était en grande partie d'origine *vaso-motrice*, que les troubles de la circulation hépatique amenaient une véritable *dépolarisation de la cellule hépatique*, le pigment normalement ordonné vers le pôle biliaire se répandant dans le corps cellulaire et s'extravasant par le pôle porte, vasculaire. On sait que l'histologie révèle alors un simple état trouble de la cellule hépatique.

La cholémie *secondaire*, qui correspond à la rétention et à la transformation de l'anesthésique fixé dans les tissus et en particulier dans la graisse (ce qui explique, en passant, que les adipeux s'endorment moins vite et sont plus malades de leur anesthésie), s'accompagne par contre de *lésions protoplasmiques réactionnelles plus marquées et* parfois *durables*. C'est parce que la *cellule hépatique* a été *touchée* par l'anesthésique d'une façon parfois assez profonde, que les anesthésies répétées sont plus graves et entraînent certaines insuffisances hépatiques durables post-opératoires : là est peut-être l'origine première de lésions cirrhotiques.

Or, comment *protéger* autant que faire se peut *la cellule hépatique* contre les atteintes des anesthésiques ? Après de longues recherches, il m'est apparu que c'est sur la physiologie qu'il fallait s'appuyer et non pas sur la pharmacopée.

La physiologie nous apprend que les diverses fonctions hépatiques, antitoxique, uréopoiétique, etc. sont d'autant mieux remplies que le foie renferme une *quantité plus grande de glycogène*.

Donc en bourrant le foie de glycogène, on l'aide à se défendre et à défendre tout l'organisme contre l'anesthésique.

Pour augmenter la teneur de la cellule hépatique en glycogène, le meilleur moyen ne semble pas, comme le veut un usage routinier, d'opérer les malades à jeun.

Tout au contraire, il faut *faire manger les malades avant l'intervention*. J'ai souvent observé que les malades opérés sans avoir subi la préparation classique supportaient beaucoup mieux l'opération que ceux qui avaient été soumis aux règles trop connues, désuètes et nocives, de la purgation et du jeûne.

Pour éviter de charger l'estomac et l'intestin d'aliments laissant des résidus et qui peuvent ne pas contenir que des hydrocarbonés, les seuls utiles, je donne en abondance du sucre avant l'opération : le sucre est inverti en glycose par les sucs intestinaux et le foie bourré sans fatigue de glycogène.

Voici ma façon exacte de procéder. La *veille* de l'opération, simple laxatif ou lavement, pas de purgation. *Alimentation liquide abondante*, *lait*, *tisanes très sucrées*, *entremets*, *confitures*, *fruits cuits*.

Le soir, à 9 heures, absorption d'une grande *tasse de tisane extrêmement sucrée*.

La matin de l'opération, prise entre 6 et 7 heures, en moyenne deux heures avant l'acte opératoire, d'une nouvelle grande *tasse de tisane très sucrée*. A l'hôpital, la veille et le matin, je fais donner du sirop de sucre.

Après l'opération, goutte à goutte rectal glycosé (48 pour 1.000) dans la journée.

Cette technique, en même temps qu'elle bourre le foie de glycogène, ne trouble pas l'équilibre osmotique par spoliation purgative d'eau ; au contraire, elle tend plutôt à *augmenter la masse sanguine* facilitant l'excrétion rénale et luttant contre la diminution de tension due à la vaso-

(1) Desmarest et Lascombe ont montré que la cholémie n'existait pas, ni la chute de pression par vaso-dilatation, après anesthésie au protoxyde d'azote.

dilatation. En même temps elle prépare l'émonctoire rénal en le lavant, et en déchlorurant l'organisme elle diminue les rétentions.

Quels sont les *résultats* de cette manière de procéder, encore trop peu connue, et très différente de celle qu'il est classique d'appliquer.

Cliniquement, le malade est beaucoup moins fatigué par l'anesthésie. Les *vomissements* sont moins fréquents, moins abondants tout en existant cependant assez souvent.

Le lendemain, les opérés ont un teint reposé, de *belles couleurs roses*, sur lesquelles j'insiste, car elles contrastent heureusement avec le visage défait, pâle et jaunâtre des opérés ordinaires.

Il n'est pas rare que, pendant 48 heures, la *température* soit un peu *supérieure à la normale*, qu'elle atteigne ou même dépasse légèrement 38°. Cette élévation de température n'est *pas de la fièvre* vraie, mais de l'*hyperthermie* provoquée. On sait que les malades anesthésiés *perdent la régulation thermique* et deviennent pendant un temps variable, qu'on ne peut exactement déterminer, des *hétérothermes*, des animaux à sang froid. C'est pour cette raison que les salles d'opération sont si chaudes, que les opérés sont entourés de boules, et couverts de chauds lainages.

Dans cette *période d'absence de régulation thermique*, l'organisme *brûle sans discernement* tout ce qui s'offre à lui, Comme il y a *excès de glycogène* dans le foie et de *glycose mis en circulation*, celui-ci est *brûlé sans contrôle* et donne de l'hyperthermie post-opératoire, et je le répète de l'hyperthermie sans fièvre.

Au point de vue humoral grâce au bourrage glycosé du foie, la *cholémie post-anesthésique* disparaît à peu près complètement. Il y a une très légère cholémie immédiate, la cholémie secondaire est presque nulle et très peu durable.

Les *avantages du traitement préopératoire et post-cpératoire par le sucre* me semblent donc très grands :

Au point de vue immédiat, on supprime une bonne partie des inconvénients de l'anesthésie ;

Au point de vue ultérieur, on empêche toute adultération notable de la cellule hépatique et on prévient pour tout l'avenir du sujet une insuffisance hépatique peu grave pour l'instant mais qui peut avoir plus tard des inconvénients sérieux.

J'espère avoir convaincu mes lecteurs que les vieux-errements de la routine sont souvent néfastes, qu'un médecin doit évidemment *se souvenir* et imiter, mais qu'il doit surtout *réfléchir* qu'il doit veiller aux *petits détails*, aux à-côtés et que grâce aux petits soins il peut *limiter le déséquilibre* de son malade et diminuer beaucoup le *shock opératoire*.

Troubles psychiques consécutifs aux opérations

Etude étiologique,

Par **H. CODET.**

Si les modifications légères, banales, transitoires de l'activité mentale sont fréquentes après les interventions chirurgicales, par contre, les accidents psychiques sérieux qui en résultent sont rares ; il est du reste difficile d'indiquer un pourcentage, même approximatif. Dans son très intéressant rapport sur cette question, en 1898, Rayneau (1) signalait que des statistiques de chirurgiens indiquaient de 0,6 à 1 et 2 pour cent, et même davantage.

Tout d'abord il faut remarquer que les progrès propres à la chirurgie en ont singulièrement réduit la fréquence, à l'heure actuelle.

(1) RAYNEAU. — Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Angers 1898.

De plus, comme Rayneau le faisait observer, de même que Picqué (1), diverses causes en augmentaient alors l'abondance apparente : l'extension de la chirurgie soulevait à cette époque une certaine hostilité et quelques observations rapportées avaient presque un caractère de plaidoyer contre elle. En outre, l'apparition de troubles psychiques, en simple rapport de coïncidence fortuite, pouvaient être inscrits au passif d'une opération antécédente. Le fait se produit encore, sur ce point comme sur beaucoup d'autres ; il faut donc une critique précise de chaque cas pour en affirmer l'origine proprement opératoire. Les allégations de l'entourage et de l'intéressé, même sincères, exigent un contrôle attentif.

A ces réserves près, l'on doit reconnaître que ces troubles psychiques existent, mais ne présentent pas de formule caractéristique : pas plus qu'il n'y a une psychose puerpérale il n'existe une psychose post-opératoire.

L'étiologie de ces manifestation spsychopathiques, jugée avec soin, révèle la multiplicité des causes possibles et, pour chaque cas particulier, comme il est très général de le constater, leur convergence.

I. Importance de l'état antérieur.

Ces troubles sont exceptionnels chez les enfants.

a) Chez les adultes, en recherchant soigneusement dans le passé, on retrouve ordinairement les éléments qui traduisent la prédisposition psychopathique, celle-ci pouvant être héréditaire ou acquise.

Ou bien il s'agit de déséquilibre psychique : instabilité ; émotivité disproportionnée, paradoxale ; tendance à l'auto-analyse, à la rumination psychique ; suggestibilité. Ici les circonstances familiales et sociales peuvent jouer un rôle notable en favorisant l'appréhension et même la terreur de l'opération.

Ou bien on retrouve des manifestations psychiques plus ou moins nettement caractérisées dans les antécédents : aptitude à faire de la confusion mentale (à « avoir le délire », dans le langage journalier) pour les moindres infections ; des accès de manie ou de mélancolie manifestes, antérieurs ; des tendances délirantes particulières. Ces derniers cas se rapportent à des types différents. Certains individus ont l'habitude de comprendre, de déformer, d'interpréter tous les faits à leur manière et, le plus souvent, dans un sens défavorable pour autrui, en exaltant le sens de leur propre personnalité (paranoiaques). D'autres sont continuellement absorbés par la préoccupation de ce qu'ils constatent sur eux-mêmes ou perçoivent dans leur propre corps et en tirent des conclusions systématiquement pessimistes (hypochondriaques). Enfin, il en est qui éprouvent des sensations bizarres, indéfinissables, désagréables (cénesthopathes) ; ils se plaignent d'algies rebelles et atypiques.

Ces différents malades, parfaitement lucides, raisonnables en apparence, peuvent être simplement de légers difformes de l'esprit, *cum* ou *sine materia*, ou, au contraire, présenter tout un système délirant.

De toute façon, ils demanderont au chirurgien son intervention contre des maux sur lesquels il ne peut rien. Mais leur façon de les présenter peut induire en erreur un esprit non suffisamment prévenu. L'opération, dans ces cas, réelle, ou simulée avec une intention de suggestion, n'amène aucun soulagement mais risque bien plutôt d'apporter un appoint au délire ou d'en favoriser l'éclosion.

(1) L. PICQUÉ. — Du délire psychique post-opératoire. Soc. de chirurgie, 1er mars 1898.
L. PICQUÉ et M. BRIAND. — Des psychoses post-opératoires. Soc. de chirurgie, 2 et 9 mars 1898.

Chez les aliénés, atteints de psychoses diverses, une affection chirurgicale peut se présenter, nécessitant une opération. Ici, comme dans les cas précédents, le chirurgien devra s'en tenir, prudemment, aux données objectivement constatées et intervenir dans la seule mesure où il serait obligé d'agir sur un sujet mentalement sain.

Il faut rappeler, du reste, les quelques cas où une opération pratiquée chez un malade atteint de maladie mentale atténue ou guérit celle-ci, notamment en supprimant un foyer de suppuration subaiguë.

b) L'état physique, avant une opération, est évidemment essentiel à étudier, en particulier en vue de complications mentales à prévoir. C'est surtout le fonctionnement hépato-rénal, dont l'insuffisance est la cause ordinaire des accidents à forme confusionnelle. L'étude de la perméabilité rénale, l'examen des urines, le dosage de l'urée, sont suffisamment entrés dans la pratique, pour qu'il soit inutile d'insister sur ce point.

La connaissance de la sclérose artérielle, viscérale et cérébrale est importante, car sa présence explique la déchéance générale et surtout psychique de certains sujets, séniles précoces, souvent syphilitiques anciens, après une opération, comme après tout traumatisme.

Enfin, toutes les circonstances fatigantes, débilitantes concourent à prédisposer aux accidents précoces, à forme d'excitation ou de dépression, d'allure confusionnelle. Dans les faits de guerre, on peut fréquemment en observer la valeur. L'insolation agit dans le même sens.

c) L'état organique et les fonctions psychiques peuvent être modifiées simultanément par une intoxication durable, auto ou hétérogène. C'est ainsi que la plus fréquente est réalisée par l'alcoolisme. L'agitation et la confusion mentale chez les opérés alcooliques sont bien connues. Elles ne sont pas, il faut le rappeler, pathognomoniques et peuvent se rencontrer chez des individus atteints d'affections diverses compromettant leurs fonctions d'élimination, les brightiques en particulier. Les morphinomanes sont fréquemment sujets à des complications de cet ordre.

II. Importance de l'acte opératoire.

a) D'après la localisation.

Le retentissement psychique des opérations portant sur le crâne est trop spécial pour être envisagé ici.

La suppression d'une glande à sécrétion interne à des conséquences également trop particulières pour être étudiée ici, en ce qui concerne la thyroïde, par exemple, ou les testicules. Pour l'ablation des ovaires, il semble bien que l'on ait exagéré singulièrement son importance, il y a quelques années. Elle ne paraît guère déterminer d'accidents psychopathiques graves que chez des malades déjà antérieurement très anormales. Le plus souvent, la ménopause opératoire ressemble à la naturelle et les troubles observés sont justiciables d'un traitement opothérapique du même ordre.

Il faut signaler le rôle des interventions portant, chez l'homme, sur les organes génitaux (hypospadias, phimosis, varicocèle, etc.) et le périnée ou l'anus (fistule, hémorrhoïdes). Elles sont, assez souvent, le point de départ ou le fait aggravant d'un état hypochondriaque, simple ou délirant. Ce sont elles qui exposent le plus le chirurgien à des récriminations, des réactions persécutrices (plaintes, procès et même meurtre).

b) D'après la gravité.

Les opérations longues, traumatisantes, précédées ou accompagnées d'hémorragie notable sont celles, évidemment, qui prédisposent davantage à l'état de shock, avec ses signes physiques et son état mental de dépression, d'indifférence, ou, au contraire d'excitation et d'agitation. En dehors du shock, traumatique ou opératoire, passager, elles peuvent laisser persister pendant un certain temps de l'asthénie physique et psychique, durant une convalescence prolongée. De plus, des complications consécutives, souvent minimes, telles qu'une légère suppuration de la paroi peuvent entretenir chez des malades émotifs, pusillanimes, un état de dépression et d'inquiétude assez long à vaincre.

c) D'après la narcose.

L'anesthésique agit sur certains sujets comme un véritable toxique et il faut, pour son action, tenir compte, de sa nature, de la dose absorbée, de la durée, des fonctions d'excrétion. L'insuffisance hépato-rénale qui résulte de cette intoxication peut produire des accidents psychiques, en dehors bien entendu de l'ivresse aiguë de la narcose ou de l'état ébrieux d'un réveil difficile. On observe soit une crise d'excitation passagère, de quelques heures, soit de la confusion mentale avec rêverie, hallucinations, caractérisant l'onirisme, durant plusieurs jours, indépendamment de toute infection. C'est surtout le taux des urines qui permet de juger cliniquement l'évolution de cet état.

Il semble que ces accidents soient plus fréquents avec le chloroforme.

D'autre part, il n'est pas rare d'observer, après anesthésie générale, par le somnifène intra-veineux, des crises d'agitation inconsciente. désordonnée, durant quelques heures et qui peuvent avoir de graves conséquences pour l'opéré.

d) D'après les suites opératoires.

L'infection consécutive détermine un état de confusion mentale avec ses formes différentes : inconscience, rêverie et délire tranquille ; assoupissement, torpeur, état dépressif ; agitation incohérente, parfois violente. Cette dernière est parfois redoutable soit directement pour la plaie opératoire, soit en déterminant des actes impulsifs dangereux : agression irréfléchie ou plus souvent tentative de suicide irraisonnée (défénestration). La confusion mentale est ici, comme toujours, d'origine toxi-infectieuse. Fort heureusement les techniques actuelles en rendent l'apparition de plus en plus rare.

e) D'après les circonstances.

En dehors de toute simulation volontaire, chez des sujets prédisposés, de constitution hystérique, une opération peut provoquer des conséquences souvent inattendues. Il s'agit souvent d'interventions minimes, non choquantes. Mais l'origine même des faits qui ont motivé l'acte opératoire peut créer chez le sujet un état mental particulier ; inconsciemment il tendra, malgré la guérison objective, à présenter des troubles persistants de types variés ; on peut observer : des paralysies, des contractures (pithiatisme) ; des algies inexplicables ; une tendance à l'exagération de troubles fonctionnels et à leur persévération (claudication, maladresse). Fréquemment il s'y ajoute la croyance à un grave préjudice subi et le désir obstiné de le faire compenser (demande d'indemnité, de pension). Ces faits se rencontrent surtout consécutivement à des accidents du travail ou pour des blessures de guerre (sinistrose). L'attitude prudente du chirurgien, encourageant et ferme, peut être très efficace pour éviter, dans ces conditions, à un opéré de laisser son attention se fixer sur la blessure et à s'en exagérer les conséquences, parfois même contre son propre intérêt.

En somme, l'opération chirurgicale ne produit que rarement des accidents psychiques, précoces, passagers, aigus, ils représentent les divers degrés de la confusion mentale, syndrome banal d'origine toxi-infectieuse ; tardifs, durables, insidieux, ils constituent la révélation fortuite de lourdes tares mentales existant antérieurement.

L'importance des soins de la bouche chez les opérés,

Par le Dr Ali COLOMBET,
Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Chef de clinique chirurgicale adjoint à la Faculté.

Dans la préparation opératoire des malades chirurgicaux aussi bien que dans les soins post-opératoires, il nous semble que la mise en état minutieux de la bouche et des dents doit jouer un très grand rôle. C'est avec raison que M. le professeur Hartmann y insiste, à la clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, plus minutieusement encore pour les opérés de l'estomac et nous croyons que les chirurgiens anglo-saxons doivent lui attribuer une partie des résultats de leur chirurgie gastro-intestinale.

Même pour une intervention d'urgence, il faut laver soigneusement avec une brosse stérilisée, les dents du futur opéré, employer si l'on veut la dilution d'eau oxygénée, l'eau iodée, la solution faible de formol :

Formol à 40 %..................	4 gr.
Eau distillée	1.000 cmc.

Deux cuillerées à soupe pour un verre d'eau.

Au contraire de la dilution d'eau oxygénée, la solution de formol a l'avantage de pouvoir être employée chaude.

Attoucher les gencives pyorrhéiques ou les dents cariées avec de la teinture d'iode faible, ou de la glycérine iodée. Enfin mettre dans chaque narine quelques gouttes d'huile goménolée.

Si l'opération n'est pas d'urgence, et que la dentition du malade soit mauvaise, le confier au dentiste qui enlèvera les chicots et fera une mise en état complète.

Après l'opération, continuer de fréquents lavages de bouche, continuer l'huile goménolée. Si le malade respire par la bouche pendant son sommeil la lui recouvrir d'une mince gaze imbibée d'eau bouillie.

Dans les pays latins, combien de malades ne connaissent pas l'usage de la brosse à dent ! Pour peu qu'ils soient âgés, ce n'est pas sans peine qu'il faudra vaincre leur répulsion instinctive, et les éduquer pendant le peu de jours dont nous disposons. Souvent, les infirmières n'aiment pas cette besogne, et il faut que nous ayons la patience d'y tenir sévèrement la main pendant des mois, avant qu'elles s'y soient accoutumées.

Les résultats en valent la peine :

Alors qu'ils ne peuvent être discutés localement pour la chirurgie de la langue et de la bouche, ils ne sont moins manifestes pour la chirurgie gastrique. La virulence des microbes de l'estomac est fonction de la virulence des microbes de la bouche.

Mais surtout ce sont les complications broncho-pulmonaires qui deviennent exceptionnelles, même après les anesthésies longues à l'éther, correctement données, lorsque l'on a pu obtenir, par la mise en état de la bouche, une diminution de la virulence microbienne.

Enfin, si l'on a pris ces soins, on ne voit plus jamais de parotidites. Celles-ci disparaissent complètement des services où le personnel sait soigner une bouche avant et après l'opération.

Ce sont là choses un peu terre à terre ; leur intérêt pratique nous semble si grand, que nous n'avons pas hésité à y insister, en répétant certainement des idées connues de tous — sinon très appliquées.

Soins pré- et post-opératoires en chirurgie gastrique,

Par Bernard DESPLAS,
Chirurgien des hôpitaux.

La collaboration médico-chirurgicale et l'exploration radiologique ont étendu considérablement les indications opératoires dans les maladies de l'estomac.

On peut dire que la chirurgie gastrique est devenue une chirurgie courante. Cependant, cette chirurgie est agressive : de bonnes indications opératoires, une technique rigoureuse, ne sont pas les seuls garants du succès thérapeutique. Plus peut-être que dans toute autre chirurgie, la préparation du malade et les soins qui suivent l'intervention, tiennent une place prépondérante.

A côté des complications qui grèvent tout acte chirurgical, les complications pulmonaires sont l'apanage des interventions sur l'estomac ; ce sont elles qui pèsent sur les statistiques opératoires ; c'est contre leur apparition et leur développement que doivent s'exercer les efforts de la thérapeutique actuelle.

Qu'est-ce qu'un « gastrique » chirurgical ?

a) C'est un *inanitié* : volontaire, il diminue ou a diminué sa ration pour ne pas souffrir ; fonctionnel : c'est un sténosé, il vomit.

b) C'est un *intoxiqué* : par la stase et les fermentations, par les résorptions au niveau des surfaces ulcérées, par les toxines des néoplasmes ;

c) C'est un *déshydraté* : vomissements ;

d) C'est un *anémié* : s'il a eu des hémorragies, surtout à répétition ;

e) C'est un *infecté* : par les processus d'infection si souvent observés, soit au niveau des néoplasmes, soit surtout au niveau des ulcères et qui caractérisent leurs poussées évolutives aiguës.

De ces notions, résulte que l'indication opératoire étant posée : par l'histoire clinique, par les résultats du tubage, par l'analyse chimique, par l'examen radiologique, il faut, avant d'opérer, faire le bilan organique du malade : pesée, mesure de la pression artérielle, examen du sang (formule sanguine, valeur globulaire, temps de coagulation, azotémie), étude de la température : bilan qui précise la résistivité du malade et indique dans quel sens exact il faut diriger la thérapeutique pré-opératoire.

Soins pré-opératoires.

Il faut mettre le malade au repos, l'empêcher de souffrir par l'usage de la glace, de la belladone et de la morphine ; l'alimenter et l'hydrater par des aliments liquides, des boissons sucrées, du sérum glucosé en goutte-à-goutte rectal ; il faut augmenter ses réserves de sucre et, par conséquent, le pouvoir antitoxique du foie ; il faut lui donner une médication tonicardiaque (huile camphrée et surtout digitaline) ; il faut laver l'estomac deux fois par jour, que le malade soit stasique ou non ; ces lavages nettoient l'estomac, désintoxiquent le malade s'il y a de la stase, le désinfectent s'il y a une lésion infectée.

Enfin, si le malade est anémié à 30 %, s'il y a surtout une coagulabilité retardée, il faut faire une transfusion ou des transfusions de petit volume, transfusion de sang pur ou rendu incoagulable.

La conséquence de cette thérapeutique, qui dure de trois à huit jours, est de mettre le malade en « bon état » : la peau

qui s'assouplit, la langue qui devient humide, les urines qui augmentent de quantité, la satisfaction du malade, calme et qui ne souffre plus, sont les signes habituels de cette amélioration.

Que peut-on faire pour prévenir les complications pulmonaires ?

Celles-ci sont malheureusement fréquentes, surtout dans les milieux hospitaliers où les malades, réunis dans des salles communes, reçoivent des visites du dehors. Ces complications pulmonaires, qui surviennent du deuxième au quatrième jour, sont presque toujours des broncho-pneumonies consécutives à des petites embolies à point de départ gastrique et à tendance gangréneuse.

Un certain nombre de facteurs les favorisent : la mauvaise résistance du malade, les infections bucco-naso-pharyngées, les infections stomacales, l'anesthésie, le choc opératoire, enfin le refroidissement post-opératoire qui diminue le pouvoir bactéricide du poumon.

On prévient les complications pulmonaires par les soins post-opératoires suivants :

1° Par le traitement général déjà indiqué ;

2° Par la désinfection systématique de la bouche, du nez, du pharynx : soins dentaires, instillations d'huile goménolée, gargarismes ;

3° Lavages d'estomac bi-journaliers : eau iodée, eau bicarbonatée, etc.

4° Par un traitement *vaccinothérapique* dont Lambret, de Lille, s'est fait l'ardent défenseur. Pour lui, l'infection pulmonaire est déterminée par le microbe normal de la flore gastrique : l'entérocoque de Thiercelin. Pour Lambret, 15 % des malades gastriques réagissent positivement à l'intradermo-réaction entérococcique. Une vaccination préventive par injection sous-cutanée d'émulsion d'entérocoques entraîne une immunité vraie ou renforce le pouvoir défensif contre l'entérocoque. Suivant cette méthode, depuis 1922, Lambret n'aurait plus observé que des accidents pulmonaires sans gravité. L'entérococcène de Thiercelin par voie buccale, les injections de milieux vaccinés, type Grémy, sont aussi efficaces ;

5° En réduisant au minimum le choc opératoire et en luttant contre le refroidissement du malade quand il est anesthésié généralement ;

A quelle anesthésie faut-il soumettre un opéré de l'estomac ?

Question intimement liée à celle des complications pulmonaires, de la plus grande importance pratique.

Trois anesthésies sont pratiquement possibles, la générale, la rachidienne, la régionale. Les anesthésies par voie veineuse ou voie rectale ne sont pas d'une réelle utilité.

L'anesthésie idéale est l'*anesthésie régionale*, soit par injection splanchnique (Pauchet), soit par bloquage des nerfs intercostaux dans la gaine des droits depuis la dixième côte jusqu'à l'appendice xiphoïde, avec infiltration des « mésos » si besoin est.

La paroi est facilement incisée. L'estomac est insensible ou peu sensible aux manipulations légères. On peut d'ailleurs insensibiliser l'estomac soit en poussant la solution au niveau des courbures, soit en infiltrant la région cœliaque à travers le petit épiploon.

Il est utile de faire, une heure avant, une injection de scopolamine-morphine. Dans certains cas, surtout pour la fermeture de la paroi, on peut donner quelques bouffées de kélène. L'anesthésique employé doit être la stovaïne à 1 p. 200 sans adrénaline, la seringue et les aiguilles, celles de Pauchet.

L'*anesthésie rachidienne* donne quelquefois des résultats remarquables ; mais sus-ombilicale, elle donne, au moins une fois sur trois, un insuccès que rien ne peut faire prévoir. Dans ces conditions, on est alors obligé d'ajouter une anesthésie générale ; ceci ne se fait pas toujours sans dommage et des accidents mortels ont été observés. On ne peut donc pas conseiller l'emploi courant de l'anesthésie rachidienne qui, cependant, donne dans des mains expérimentées, des anesthésies parfaites, mais qui ne doit pas remplacer l'anesthésie régionale.

Restent les *anesthésies générales*, au chloroforme, à l'éther, au mélange, chacune à ses partisans résolus et chacune ses inconvénients : le foie est touché par le chloroforme, les poumons par l'éther. L'emploi de l'éther chaud a été, à certains points de vue, une grande amélioration. Il est bien certain que le chirurgien trouve une grande facilité « égoïste » à l'emploi de l'anesthésie générale ; le malade aussi, sentimentalement du moins, et pratiquement le chloroforme est le prétexte d'incidents souvent graves, l'éther responsable du développement d'un nombre important de complications pulmonaires.

Il n'y a pas d'anesthésie parfaite ; celle qui donne le maximum de sécurité pour le malade est la régionale. Encore, faut-il qu'elle soit faite par un idoine entraîné et averti. Il en est de même d'ailleurs pour les autres anesthésies.

On peut dire que ce qu'il y a de plus dangereux dans l'anesthésie, c'est l'anesthésiste et il est malheureusement exceptionnel de rencontrer un anesthésiste susceptible de faire le diagnostic de l'anesthésie « qu'il faut » et de pratiquer convenablement celle qu'il a choisie. La spécialité n'a pas de renom en France ; ceci est très regrettable, car actuellement, depuis l'asepsie, les précisions techniques, l'anesthésie reste la question la plus difficile de toute intervention chirurgicale.

Quoi qu'il en soit, pour les opérés gastriques, on ne peut établir de comparaison entre ceux qui ont été opérés sous anesthésie régionale et ceux qui ont été opérés sous anesthésie générale.

Soins opératoires.

On peut rapidement indiquer quelques règles : douceur des manœuvres d'exploration, suppression des clamps qui compriment toujours et écrasent souvent la muqueuse gastrique, produisant des foyers de nécrose, source d'infection.

Les clamps facilitent pour le chirurgien l'acte chirurgical, mais sont responsables d'erreurs d'hémostase et d'un certain nombre de complications.

Il faut soigner l'hémostase pour éviter les hématomes qui s'infectent et qui constituent autant de points de départ d'embolies septiques. Il faut lutter contre le refroidissement de l'opéré. Il faut enfin et surtout faire l'opération qui doit être faite suivant le diagnostic d'anatomie pathologique chirurgicale et les indications cliniques. Enfin, *il ne faut pas hésiter à opérer en deux temps*, quand il s'agit surtout de lésions sténosées infectées. Il faut, dans ce cas, faire d'abord l'opération de drainage, en usant du « *bouton* » de Jaboulay, qui permet de faire une anastomose rapide, loin de la lésion à réséquer : cette pratique améliore considérablement les résultats opératoires.

Soins post-opératoires.

1° Supprimer les bandages de corps ; n'utiliser que le leucoplaste en larges bandes, fixant sur la plaie une compresse ; user de la morphine pour supprimer les douleurs, laver l'estomac dès le premier soir et faire des lavages systématiques deux fois par jour dans les jours suivants ; la règle

d'autrefois : faire un lavage d'estomac si 38°, langue sèche, pouls rapide doit être élargie et le *lavage d'estomac doit être systématique* ; faire lever le malade le lendemain de l'opération et le faire marcher le troisième jour ; l'obliger à faire des exercices respiratoires ; faire une révulsion thoracique journalière. L'alimentation doit être reprise progressivement.

On doit continuer la désinfection naso-bucco-pharyngée ; il est utile de faire chaque jour, pendant cinqjours, une injection intra-veineuse d'uroformine. Enfin, on doit signaler que la médication toni-cardiaque des premiers jours, doit comprendre la digitaline, mais aussi l'huile camphrée gaïacolée, le gaïacol étant un puissant désinfectant pulmonaire.

Nonobstant tous ces soins pré- et post-opératoires, des complications pulmonaires peuvent survenir. L'observation d'un grand nombre de malades montrent que ces complications peuvent être la conséquence de l'insuffisance de la préparation, de l'époque saisonnière où le malade est opéré, de quelque faute technique dont l'inexactitude de l'hémostase est la principale, du refroidissement du malade au cours de son transport après l'opération, enfin des contagions dans les salles communes par les malades voisins ou par les visiteurs.

L'anesthésie n'est pas seule responsable des complications pulmonaires, puisque l'on observe des complications pulmonaires après les anesthésies régionales, et ces complications doivent apparaître comme la résultante d'un ensemble de faits tenant au malade, au milieu, à la chirurgie.

Nous ne dirons rien des complications autres qui peuvent survenir dans la convalescence du malade opéré pour une lésion gastrique ; elles peuvent survenir pour toute intervention chirurgicale. L'idéal serait de n'avoir aucune complication mortelle pour des malades opérés judicieusement : c'est une collaboration permanente médico-chirurgicale qui permettra d'atteindre ce but, si éloigné encore de nous, du fait des organisations hospitalières désuètes dont nous sommes obligés de nous contenter, par suite de l'impécuniosité des temps présents.

La menstruation et ses troubles en pratique

Par G. JEANNENEY.
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine.
Chirurgien des Hôpitaux de Bordeaux.

Le médecin qui s'intéresse à la gynécologie est souvent consulté pour des troubles de la menstruation : aménorrhée, ménorrhagie, dysménorrhée, incidemment seulement pour les malaises et les petites misères accompagnant parfois les règles et qui sont, en réalité, pathologiques.

Ce sont ces différents troubles que nous envisagerons ici, en nous plaçant exclusivement au point de vue pratique.

Le peu que nous savons sur la physiologie de la menstruation nous montre, en dernière analyse, que cette fonction est liée à des phénomènes endocriniens à point de départ ovarien, que le corps jaune paraît avoir une action d'arrêt sur les règles, que les sécrétions internes de l'ovaire sont en corrélation fonctionnelle avec les glandes mammaires, le corps thyroïde et le système nerveux, en particulier le sympathique.

Période menstruelle normale. — Les premières règles apparaissent de 11 à 15 ans ; elles s'installent sans incident et évoluent suivant leur cycle mensuel lunaire tous les 21 ou 25 jours, annoncées par une ***période pré-menstruelle*** de **2** ou 3 jours, au cours de laquelle se manifestent un léger et vague malaise général, un peu d'irritabilité, de mélancolie, de la céphalée, du gonflement des seins, enfin de la courbature lombaire et un peu de leucorrhée. La *période menstruelle* dure 4 à 7 jours pendant lesquels l'écoulement sanguin est plus ou moins abondant et ne s'accompagne d'aucune douleur.

Les signes généraux ci-dessus mentionnés s'atténuent pendant qu'évolue le flux cataménial ; on note chez quelques femmes de la tachycardie, une élévation des valeurs oscillométriques, quelques bouffées de chaleur.

La *période post-menstruelle* ne présente aucune particularité.

Hygiène de la période menstruelle. — Bien que les auteurs de langue anglaise considèrent qu'il est inutile et même nuisible pour la femme de prendre des précautions au cours des règles, nous pensons avec **DALCHÉ** qu'il est préférable de conseiller le repos pendant la période menstruelle ou tout au moins de déconseiller les sports violents, la danse, la bicyclette, les refroidissements, les purgations.

Aussi bien, le médecin est-il rarement appelé à donner son avis et ses conseils sur toute une série de ***petites misères*** (Macrez) que trop de femmes ont l'habitude de considérer comme normales au moment où elles sont « dérangées ».

Si la *leucorrhée* prémenstruelle est abondante et odorante, on ordonnera des injections de deux litres d'eau tiède avec une cuillerée à soupe d'eau oxygénée à 12 volumes ou de liqueur de Labarraque.

Contre la *céphalée*, le repos, une alimentation peu toxique suffisent d'ordinaire et il est exceptionnel d'être obligé de recourir aux analgésiques ou à l'auto-sérothérapie, conseillée par quelques auteurs.

Les *douleurs lombaires*, les algies gastriques, les poussées hémorroïdaires douloureuses cèdent aux antispasmodiques, en particulier au chanvre indien qu'on pourra formuler :

Teinture de cannabis indica.......	1 gr.
Julep gommeux..................	150 gr.

deux à trois cuillerées à soupe par jour.

Contre la *diarrhée* l'opium (élixir parégorique) l'infusion de racines de fraisiers sauvages (Robin) seront ultérieurement ordonnés.

Quelques femmes présentent, au moment des règles, un peu d'*albuminurie* qui cède au régime hydrique ou lacté.

L'*angine* cataméniale sera soulagée par des gargarismes salicylés (paquets de 1 gr. d'acide salicylique pour un verre d'eau chaude).

La *fièvre menstruelle* est surtout marquée chez les tuberculeuses à pronostic sérieux (Caussimon) et appelle un examen clinique dans ce sens.

Quant au *nervosisme* dont se plaignent quelques femmes, il cède au repos, aux calmants. Dans quelques rares cas, les règles sont l'occasion de véritables psychopathies qui cèdent à l'opothérapie hormonique (agomensine) (GOMMÈS) et au traitement général. Des cures de Luxeuil, de Plombières, de St-Sauveur seront utilement suivies par ces malades.

Tous ces troubles, vagues, mal classés, sont déjà du domaine de la pathologie, à plus forte raison lorsque se manifeste l'un des trois grands syndromes morbides : aménorrhée, ménorragies, dysménorrhée sur lesquels nous allons maintenant insister

***

Aménorrhée. — L'absence, la disparition ou la diminution (oligoménorrhée) des règles en dehors de la grossesse ou de la lactation peut être primitive ou secondaire.

I. — Quelques femmes n'ont jamais été réglées ou l'ont toujours été d'une manière insignifiante. Il faut s'assurer chez elles s'il n'y a pas de malformations à la base de cette *aménorrhée primitive* : état infantile de l'utérus et du vagin traduisant une hypoplasie des ovaires, celle-ci étant ou bien congénitale (hérédo-syphilis, hérédo-alcoolisme, hérédo-tuberculose) ou bien acquise (altérations ovariennes survenues dans l'enfance ou l'adolescence du fait d'intoxications ou de maladies infectieuses); ces malades ne présentent aucun trouble au moment de ce qui pourrait être leur période menstruelle. Elles sont stériles et de plus présentent de la frigidité sexuelle par inappétence génitale et par insensibilité dans le coït et restent souvent infantiles, mal développées. Chez ces malades la thérapeutique est sans action.

Les oligoménorrhéiques au contraire, peuvent présenter des hémorragies supplémentaires (épistaxis, hémoptysies ou hématémèses), des bouffées de chaleur, des troubles nerveux, de l'adipose. Chez elles, on essayera le traitement antisyphilitique, soit par de simples frictions mercurielles, soit par le sirop de Gibert sans négliger la thérapeutique habituelle des aménorrhées que nous envisagerons dans un instant.

II. — L'*aménorrhée secondaire*, survenant chez des femmes qui ont été réglées est en général une aménorrhée transitoire. Il faut toujours, dans ces cas, penser à la *grossesse* et ne porter le diagnostic d'aménorrhée qu'après avoir éliminé celui de gravidité.

Ces aménorrhées sont la règle dans toutes les maladies infectieuses graves aiguës ou chroniques : typhoïde, scarlatine, variole, tuberculose, cancer, et le public connaît bien la signification favorable de la réapparition des règles au cours de ces maladies. Les intoxications aiguës ou chroniques, certaines névroses, la maladie de Basedow au début, le surmenage, la misère physiologique, le changement de climat ou d'habitudes (mise en pension), peuvent amener une disparition des règles. Celle-ci s'accompagne souvent de quelques troubles généraux et d'un peu de pesanteur dans le bas-ventre.

Elle cède au traitement, mais laisse souvent après elle de l'hypoménorrhée et quelquefois de la dysménorrhée.

Le traitement s'adressera à l'état général et aux organes génitaux : une bonne hygiène physique et morale, une alimentation suffisante, la vie au grand air, seront conseillées. Chaque matin, après une douche chaude, on fera de bonnes frictions sur le corps ; on conseillera un exercice modéré sans surmenage (marche, bicyclette), des bains de pieds chauds matin et soir.

Les chloro-anémiques, les convalescentes, bénéficieront de cures hydrominérales à Royat, Bussang, Pougues et mieux encore à Saint-Sauveur, Bagnères ou Salies-de-Béarn ; les nerveuses à Néris ; les apathiques à Luxeuil ; les adipeuses à Brides, etc. Chez certaines intoxiquées on pourra tenter la désensibilisation par l'auto-hémothérapie.

On favorisera la circulation utérine par l'administration d'emménagogues (infusion d'armoise ou d'absinthe, sirop de safran), les injections chaudes, le massage génital, les bains de siège chauds. Enfin l'*opothérapie ovarienne* sera utilement employée : l'extrait total, administré de préférence par voie sous-cutanée (1 cmc. de liquide ovarique) ou à son défaut par la bouche (suc ovarien glycériné frais ou cachets d'ovarine à 0 gr. 20) tous les jours pendant un mois et demi, trois fois par semaine pendant deux mois, deux fois par semaine pendant six mois, en diminuant les doses, mais sans les interrompre, si le résultat est obtenu (Jayle). L'agomensine trouve ici ses indications. (Pouliot, Tissot, Bru, Maurin, etc.).

Jayle conseille encore l'opothérapie thyroïdienne, surtout chez les sujets gras, à doses faibles (de 1 milligr. à 0 gr. 05) en surveillant attentivement l'action du traitement. Pierra et Jouve ont montré les bons résultats de l'opothérapie spermatogénétique chez la femme dans ces cas.

La grossesse lorsqu'elle survient, peut être suivie d'une *restitutio ad integrum* de la fonction menstruelle : la fécondation sera donc conseillée à ces malades.

III. — Enfin il existe des *aménorrhées accidentelles* dans lesquelles les règles ont été brusquement supprimées au cours de leur écoulement à cause d'un refroidissement, d'un traumatisme (rôle des accidents du travail) ou d'une émotion. Ces aménorrhées brusques peuvent se compliquer de poussées de congestion pelvienne avec métro-annexite aiguë ou d'hémorragies de compensation (congestion pulmonaire, épistaxis, hématémèses).

Il faut mettre ces malades au repos, calmer leurs douleurs pelviennes avec de la morphine, des lavements d'antipyrine (1 à 2 gr.) et de laudanum de Sydenham (X à XX gouttes), des applications chaudes sur l'hypogastre.

Dans les jours qui suivront, les grands bains, les injections vaginales et l'opothérapie seront commencés avec le traitement ordinaire de l'aménorrhée. Comme les autres, ces aménorrhées une fois guéries, laissent souvent après elles des dysménorrhées très douloureuses.

IV. — Nous ne dirons qu'un mot des troubles accompagnant la *ménopause physiologique* ou *chirurgicale*, troubles qui se rapprochent dans une certaine mesure de ceux rencontrés au cours de l'aménorrhée accidentelle : ils retentissent sur tout le système endocrinien en particulier sur la thyroïde (basedowisme de la ménopause chirurgicale) et sur le système nerveux, en particulier sur le sympathique (bouffées de chaleur, sueurs, froid, angoisse), céphalées par hypersécrétion du liquide céphalo-rachidien (Sabrazès). Dans tous ces cas on se trouvera bien d'un traitement hypotenseur (régime, repos, hydrothérapie tiède, iodures, hamamélis), associé à l'opothérapie ovarienne et, au besoin à l'hémato-éthyroïdine.

***

Dysménorrhée. — La menstruation normale n'est pas douloureuse. Pourtant, 30 % des femmes éprouvent quelques vagues douleurs à l'occasion de leurs règles et 5 % souffrent au point de devoir s'arrêter et même s'aliter : il s'agit alors de *dysménorrhée.* Cette affection se présente avec des caractères différents selon qu'elle est d'origine utérine ou ovarienne.

I. — *Dysménorrhée utérine.* — C'est une dysménorrhée d'obstruction, c'est-à-dire due à un obstacle utérin à l'évacuation du sang cataménial ; l'utérus se contractera donc sur son contenu sanguin et la malade présentera des douleurs dans le bas-ventre, coliques expulsives et douleurs lombaires accompagnées parfois de réaction péritonéale (ballonnement, nausées, vomissements) de troubles vésicaux et rectaux, le tout apparaissant le premier jour des règles et disparaissant plus ou moins rapidement lorsque le sang peut s'écouler. Dans tous ces cas l'utérus est gros



et douloureux à la pression pendant toute la crise. Cette gêne à l'écoulement du sang peut tenir à plusieurs causes :

1º *Sténoses du col* : par cicatrices cervicales après certaines interventions chirurgicales et des brûlures du col (caustiques, *radium*) ou par tumeur (cancer du col.)

2º *Sténoses de l'isthme* par tumeur polype, fibrome, cancer du corps, ou par *coudure*, comme cela se voit dans de petits utérus malformés antefléchis ou rétrofléchis.

3º *Elimination de lambeaux muqueux* par desquamation de l'endomètre : le mécanisme douloureux de cette *dysménorrhée membraneuse* est d'ailleurs mal établi.

A ces différentes dysménorrhées quel traitement opposer ?

Tout d'abord un *traitement symptomatique*. Il faut calmer ces malades souvent grandes nerveuses : on conseillera avant les règles de grands bains tièdes, et dès le début des douleurs, des bains de siège tièdes, de grands enveloppements chauds sur l'abdomen et les lombes ; on donnera des sédatifs nerveux (aspirine, valériane, bromure, papavérine, 2 centigr. trois fois par jour) ; des antispasmodiques (atropine, benzoate de benzyle à 20 %, XX gouttes trois fois par jour) des décongestifs utérins (hamamélis, viburnum, cannabis indica par la bouche ou en lavements, antipyrine en lavements) ; enfin des calmants locaux (cataplasmes laudanisés, ovules belladonés cocaïnés ; lavements à l'antipyrine, au laudanum, au chloral, suppositoires, etc.)

A ce traitement on doit toujours associer un *traitement étiologique*. Dans les *dysménorrhées par sténose du col*, la dilatation prémenstruelle à la laminaire ou aux bougies de Hégar sous anesthésie locale agit bien. Dans les sténoses par déchirure, une *stomatoplastie* peut être indiquée.

Le massage génital et le calibrage de l'utérus viendront à bout des *rétro-déviations simples* ; les *rétro-déviations adhérentes* avec annexites relèvent de la chirurgie (hystéropexie ou hystérectomie suivant la gravité des lésions).

La *dysménorrhée membraneuse* est une affection rebelle. Il faut dans ces cas associer à l'opothérapie ovarienne la désinfection locale après dilatation : lavages intra-utérins à l'argyrol à 1 p. 4000, au permanganate à 1 p. 4000 avec la canule à jet rétrograde de Janet ; ou bien pansements intra-utérins : attouchements au bleu de méthylène, à l'iode, à la créosote, mise en place de mèches ichtyolées, créosotées ou goménolées. La diathermie peut aussi être utile. Mais ce traitement ne sera appliqué que s'il n'existe pas de lésions annexielles ; il demande de plus une longue patience de la part du gynécologue, et — ce qui est plus rare, — de la malade. Aussi aura-t-on recours au curettage qui amène parfois du premier coup la guérison définitive.

II. — *Dysménorrhée ovarienne*. — L'ovaire est plus souvent en cause que l'utérus dans la dysménorrhée (SireDey); les dysménorrhées ovariennes se présentent le plus souvent avec des caractères particuliers : elles précèdent les règles, parfois de plusieurs jours (dysménorrhée intermenstruelle de Dalché), évoluent comme une crise progressive qui, à son acmé, se traduit par des tiraillements lombaires, des douleurs aux points ovariens irradiant à tout le ventre et vers les membres inférieurs, douleurs lancinantes, térébrantes, quelquefois sensations de brûlures pelviennes avec élancements vers l'anus ou la vessie, s'accompagnant de réactions nerveuses plus ou moins marquées (énervement, crises nerveuses, céphalées).

Quelques-unes de ces dysménorrhées sont liées à l'*aplasie* congénitale ou acquise *des ovaires* qui est plus sensible encore que le testicule aux intoxications et aux infections (syphilis, tuberculose, oreillons). Les *dystrophies scléreuses* de l'ovaire, la dégénérescence sclérokystique déterminent au moment de la congestion précataméniale des douleurs intenses. Elles sont souvent sous la dépendance de troubles généraux : chloro-anémie des jeunes filles surmenées, intellectuelles ou ouvrières, ou convalescentes.

A plus forte raison lorsqu'il existe des *lésions inflammatoires annexielles* : salpingite, abcès pelviens ou même simple appendicite chronique qui, par voisinage retentit sur l'ovaire droit voisin ou se ressent de sa congestion.

Le *varicocèle tubo-ovarien* est encore une cause de dysménorrhée fréquente chez les femmes d'un certain âge, à gros foie.

Enfin il est toute une série de dysménorrhées qui ne peuvent guère être rattachées qu'à des phénomènes de *névrite pelvienne* et se traduisent par des brûlures rappelant celles de la causalgie dans les névrites du médian.

A ces diverses dysménorrhées on pourra opposer :

L'*opothérapie* : thyro-ovarienne ou thyro-hypophysaire en présence de femmes adipeuses et mal réglées, surrénalo-ovarienne chez les déprimées, hypotendues.

Quelques insuffisances ovariennes étant attribuables à des auto-intoxications, on *désintoxiquera* ces malades en luttant contre la constipation, en administrant au besoin des purgatifs cholagogues et en conseillant un régime hypotoxique. Les cures de Vittel, de Contrexéville, de la Roche-Posay, seront utiles à ces femmes. De même, chez les tuberculeuses, la cure de Salies ou de Biarritz, celle de Luchon chez les hérédos, à qui on ne manquera jamais de faire un *traitement spécifique*.

Lorsque l'examen gynécologique aura montré des *lésions utéro-annexielles* ne cédant pas au traitement médical (repos, injections, glace), il faudra conseiller l'intervention. La *laparotomie exploratrice* permettra, suivant les cas, de redresser l'utérus, de cautériser un ovaire, enfin d'enlever les annexes malades et au besoin l'appendice : les résultats, on le comprend, seront d'autant meilleurs que l'on aura trouvé des lésions plus importantes. Dans certains cas, où des troubles sympathiques paraissent seuls en cause et où les lésions ne justifient pas une intervention radicale, la *sympathectomie* de l'artère hypogastrique a donné des très intéressants résultats (Cotte, Guyot).

L'emploi du radium ou de la radiothérapie pour amener une ménopause anticipée n'est pas préférable à la chirurgie qui, moins aveugle, peut faire un traitement plus étiologique et souvent conservateur.

***

Ménorragies. — L'augmentation des règles en abondance et en durée est un phénomène morbide qui peut devenir une véritable infirmité. En pratique, en présence de règles anormalement abondantes (caillots) ou prolongées ou dont la fin « traînaille », il faut penser soit à une maladie de l'appareil cardio-vasculaire, soit à un trouble des sécrétions internes, soit enfin à une lésion de l'appareil génital.

I. — Eliminez donc tout d'abord les maladies de l'*appareil circulatoire* : lésions valvulaires mal compensées (Huchard) en particulier chez les mitrales (Landouzy, Marshall) ; lésions artérielles, surtout l'*hypertension* des artérioscléreuses, des femmes d'un certain âge, pléthoriques, au voisinage de la ménopause (Heitz, Balard), enfin des *syphilitiques* : celles-ci peuvent présenter des lésions d'en-

térite des vaisseaux intra-utérins entraînant des ménorragies rebelles même au traitement spécifique et qui ont dû parfois nécessiter l'hystérectomie (Séjournet).

Eliminez encore les *états hémorragiques* infectieux (purpuras infectieux, paludisme, fièvre typhoïde, scarlatine, rhumatisme), toxiques (lésions hépatiques), ou enfin constitutionnels dont l'*hémogénie* de P.-E. Weill est le type. Cet état familial, propre à la femme, très voisin de l'hémophilie, est caractérisé par l'absence de rétractilité du caillot et le retard de la coagulation. Il paraît lié à un trouble des sécrétions thyroïdiennes, et cède à l'hémato-éthyroïdine, aux injections sous-cutanées ou aux lavements de sérum de cheval ou à la transfusion sanguine.

II. — Vous observerez des ménorragies par *trouble de la sécrétion ovarienne* aux deux extrêmes de la vie génitale, puberté et ménopause.

a) *Chez la jeune fille*, les premières règles sont parfois très abondantes, puis tout rentre dans l'ordre sans qu'il soit besoin d'intervenir. Parfois, l'abondance des règles persiste avec un caractère nettement anormal. Ces ménorragies relèvent parfois d'insuffisance thyroïdienne, ou d'insuffisance hypophysaire et cèdent alors à un traitement thyroïdien ou polyglandulaire ; le plus souvent, elles sont sous la dépendance d'un trouble de la sécrétion ovarienne, non d'une *hyperovarie* comme on le dit parfois, mais plutôt d'une insuffisance des sécrétions lutéiniques de l'ovaire : il semble, en effet, que le corps jaune joue un rôle frénateur sur l'hémorragie cataméniale. (Torre Blanco). On administrera donc à ces malades de l'extrait de corps jaune, soit sous forme d'*ocréine* (10 à 12 comprimés par jour), soit sous forme de *sistomensine*, de préférence en injections hypodermiques (Marsan et Schil). Bien entendu, dans tous ces cas on ne négligera ni le traitement local (repos, glace sur le ventre, désinfection vaginale par des injections quotidiennes d'une solution de permanganate de potasse chaude (60°) à 1 p. 4000 ou d'une solution de liqueur de Labarraque), ni le traitement général (vie au grand air, exercice modéré, hygiène générale, hygiène digestive, au besoin traitement des tares héréditaires en particulier *syphilis*). Aussi bien, beaucoup de ces jeunes filles sont des insuffisantes polyglandulaires. On se trouvera bien, chez elles, de donner :

Poudre de thymus..................	0 gr. 50
Poudre d'hypophyse................	0 gr. 10

F.s. a. pour un cachet n° 10 ; 2 par jour (Laemmer).

ou encore au moment des hémorragies abondantes :

Injections sous-cutanées de liquide hypophysaire Choay (n° 1 pour les sujets peu développés ; n° 2 pour les autres) suivies de deux heures de repos, tous les deux jours, puis en espaçant (une à deux fois par semaine) (Jayle).

Il est exceptionnel, dans ces cas, d'être obligé d'intervenir chirurgicalement par un curettage ou un redressement d'utérus rétroversé.

b) La *ménopause* est souvent annoncée par de fortes ménorragies. Ici, une remarque s'impose : le médecin est toujours tenté de dire à une ménorragique au voisinage de la ménopause : c'est une hémorragie du retour d'âge. Avant d'affirmer cela, *il faut s'assurer* par un examen génital consciencieux (toucher, spéculum, curettage), *qu'il ne s'agit pas d'un cancer du col* ou du corps toujours possibles à cet âge ; ces hypothèses étant écartées avec certitude, on traitera ces ménorragies d'une part en s'adressant à l'état général (régime de réduction, hypotenseur, laxatifs, hydrothérapie tiède, cure à Brides, calmants nerveux : valériane ou bromure (bouillons au sédobrol par exemple), d'autre part en s'adressant à la sécrétion ovarienne (*sistomensine*, ocréine), ou à l'opothérapie mixte (rate, foie, mamelle, hypophyse) ; d'autre part, enfin en *modifiant la circulation utérine* par des moyens médicamenteux : on pourra prescrire chez les femmes qui ne sont pas des hypertendues soit :

Poudre récente d'ergot de seigle..	0 gr. 50 centigr.
Poudre d'opium brut...........	0 gr. 02 centigr.
Oléo saccharure d'anis vert.......	0 gr. 20

pour un paquet : 1 à 3 par jour ; délayer chaque prise dans un liquide (eau sucrée, julep gommeux) pour diminuer l'action irritante du médicament sur la muqueuse gastrique (H. Leclerc). On réduira ces doses dès que l'hémorragie cessera. Ou bien :

Sécacornine Roche en comprimés.

1 comprimé 2 jours avant les règles ; aller jusqu'à 4 comprimés pendant les règles et diminuer progressivement à partir du 4e jour (un comprimé équivaut à 1 gr. d'ergot de seigle).

Si la malade est hypertendue on emploiera avec avantage le mélange suivant :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis	āā 10 gr.
Extrait fluide de cupressus sempervirens	
Extrait fluide d'hamamelis virginica....	60 gr.

une petite cuillerée à café matin et soir, avant chaque repas, dès le troisième jour des règles jusqu'à leur cessation.

Si les hémorragies persistaient, on hâterait l'apparition de la ménopause par quelques séances de radiothérapie ou par une *application de radium* (50 milligr. de radium élément intra-cervical 48 heures (Simone Laborde) dont le résultat, dans ces cas, est toujours remarquable.

III. — Enfin, bon nombre de ménorragies sont liées à des lésions génitales. Il faut toujours s'assurer qu'il ne s'agit pas de *rétention placentaire* ; plusieurs mois après un *avortement* peuvent survenir des ménorragies graves qu'un curettage guérira.

Il faut ensuite éliminer les *tumeurs utérines* bénignes (fibromes, polypes muqueux, fibromes sous-muqueux) ou malignes (cancer du col et du corps) qui d'ordinaire déterminent, en outre de l'hydrorrhée, des pertes roussâtres et des métrorragies, qui seront traitées chirurgicalement. Restent alors toutes les causes de *congestion utérine* : active dans le surmenage, l'abus des sports, les excitations sexuelles variées, les fraudes conjugales contre la conception, et passive dans la *subinvolution* utérine post partum, l'utérus restant gros et congestionné, dans les déviations utérines, en particulier la *rétroversion*, enfin dans toutes les inflammations : annexites inflammatoires, et *endométrites* avec utérus fibreux, œdématié, suintant (leucorrhée) et saignant : dans ce dernier cas il y a parfois des lésions d'artérite infectieuse extrêmement rebelles. (Michon, Moulonguet et Blamoutier).

A ces diverses lésions s'opposeront des traitements divers. Comme il s'agit le plus souvent de troubles circulatoires utérins, le médecin devra commencer par essayer le traitement suivant :

1) Repos physique et moral : plusieurs heures de chaise longue par jour, ou de lit, hydrothérapie tiède. Eviter la constipation. Régime lacto-végétarien.

2) Dans l'intervalle des règles opothérapie lutéinique et mammaire.

3) Désinfection vaginale : injections de permanganate faible le matin, d'eau oxygénée le soir.

4) 5 jours avant les règles prendre à chaque repas un cachet de :

Poudre d'ergot de seigle........	0 gr. 20 centigr.
Bromure de potassium...........	0 gr. 50 centigr.
(ou poudre d'opium............	0 gr. 50 centigr.)

5) Dès le troisième jour des règles prendre à chaque repas une cuillerée à café de :

Extrait fluide d'hydrastis canadensis....	āā 10 gr.
Extrait fluide de cupressus sempervirens	
Extrait fluide d'hamamelis virginica.....	60 gr.

et continuer jusqu'à l'arrêt des hémorragies.

6) Si la syphilis est soupçonnée, instituer un traitement simple (frictions mercurielles, sirop de Gibert).

D'ordinaire ce traitement réussit. S'il échoue on pourra tenter la désinfection utérine par un traitement local, et au besoin par un curettage (endométrite). Parfois on sera obligé, devant des cas rebelles à tous ces traitements, à recourir à l'hystérectomie, ou s'il n'existe aucune lésion annexielle à la curiethérapie.

***

Qu'il s'agisse d'aménorrhée, de dysménorrhée, de ménorragie, ou des petites misères qui résument ces grands troubles, le rôle du médecin est loin d'être négligeable. Souvent par de simples conseils d'hygiène, presque toujours par un *traitement* établi sur un *diagnostic étiologique* soigneusement posé, il arrivera à rendre à la vie normale de véritables demi-infirmes, dont la situation morale est profondément assombrie par une fonction menstruelle anormale.

BIBLIOGRAPHIE

I) Aménorrhée

Couvelaire. — La stérilité chez la femme. (*Progrès Médical*, 18 sept. 1921, p. 438).

Dalché. — De l'aménorrhée accidentelle. (*Gazette des hôpitaux*, 8 juillet 1920, p. 949.)

Dalché. — Traitement de l'aménorrhée. (*Concours Médical*, 31 mai 1925, p. 1331.)

Jayle. — Traitement de l'aménorrhée et de l'oligoménorrhée des jeunes filles et des jeunes femmes sans métrite. (*Presse Médicale*, 13 mai 1922, p. 803.)

Narjani. — Considérations sur les causes anatomiques de la frigidité chez la femme. (*Bruxelles Médical*, 27 avril 1924, p. 768.)

Pouliot. — L'opothérapie des troubles menstruels (*Paris médical*, 11 nov. 1922.)

Pierra et A. Jouve. — L'opothérapie spermatogénétique chez la femme (*Revue Française de Gynécologie et obstétrique*, 10 nov. 1924.)

II. Dysménorrhée

A. Siredey. — La dysménorrhée. (*La Gynécologie*, avril 1923, p. 193-218.)

Dalché. — Les dysovaries. (*Le Progrès Médical*, 25 août 1922, p. 398.)

Cheinisse. — La dysménorrhée et son traitement symptomatique. (*Presse Médicale*, 10 mars 1923, p. 232.)

Philipps. — Dysménorrhée des jeunes femmes. (*British Med. Journal*, 27 sept. 1924.)

Cotte. — La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique. (*Presse Médicale*, 24 janvier 1925.)

III. Ménorragies

Glark et Keene. — Hémorrhagies utérines de cause bénigne traitées par l'irradiation. (*The Journ. of Am. med. Assoc.*, 12 août 1922, p. 546.)

Dalché. — La syphilis et les métrorragies. (*Le Progrès Médical*, août 1921, p. 364.)

Fontoynont. — A propos de certains troubles menstruels (*La Médecine*, avril 1923, p. 504.)

Jayle. — Ménorrhagies et métrorrhagies de l'adolescence. (*Presse Médicale*, 18 février 1922.)

Jeanneney. — Traitement général des grandes hémorragies. (*Gazette des hôpitaux*, juin 1925.)

Labey. — A propos des hémorragies utérines dites de la ménopause. (*La Médecine*, avril 1925, p. 531.)

Laermmer. — Organothérapie des ménorragies. (*Presse Médicale*, 11 avril 1925.)

Simone Laborde. — Radiumthérapie des ménorragies et des métrorragies. (*Gazette des hôpitaux*, 30 décembre 1920, p. 1750.)

Macrez. — Les petites misères des femmes. (*J. de méd. de Bordeaux*, 25 juillet 1923.)

Marsan. — Le traitement opothérapique des métrorragies. (*Progrès médical*, 8 mai 1924.)

Martinet. — Ménopause. (*Presse médicale*, 4 mars 1922, p. 375,)

Michon, Moulonguet, Blamoutier. — Métrorragies très graves chez une jeune femme ; lésions d'endovascularite utérine infectieuse. (*Soc. d'obstétr. et de gynécologie de Paris*, 9 fév. 1925.)

Séjournet. — Les hémorragies de la syphilis tertiaire de l'utérus. (*La Gynécologie*, décembre 1923.)

J. Torre Blanco. — Les ménorragies de la puberté. (*Archivos de medicina cirurgia y especialidades*, 1924, p. 95.)

De Rouville et Sappey. — Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorrhagies utérines. (*Gynécologie et obstétrique*. T. V, nº 1, 1922.)

Des rayons ultra-violets et de leur emploi en dermatologie

Par MM. JEANSELME et MARCERON

La lumière agit sur la peau. Le « coup de soleil », la pigmentation cutanée qui surviennent à la suite d'une exposition prolongée au soleil, sont deux faits d'observation courante qui le démontrent.

L'érythème solaire est une dermite érythémateuse ou érythémato-vésiculeuse qu'on serait tenté d'assimiler à une brûlure au 1er ou au 2e degré.

Il n'en est rien, la brûlure diffère de l'érythème solaire par sa cause, son époque d'apparition, ses symptômes et ses altérations histologiques.

La brûlure est produite par les rayons calorifiques du spectre. Dans le coup de soleil au contraire la chaleur n'intervient pas.

C'est ainsi que les explorateurs des régions-polaires, les touristes exposés à la réverbération des champs de glace, peuvent être atteints d'érythème par une température inférieure à zéro.

Les premières études relatives à la pathogénie de l'érythème solaire datent de 1858, époque à laquelle Charcot publia une observation de « Coup de soleil électrique » dont voici les parties essentielles.

« Deux physiciens maniaient une pile de Bunsen de 120 éléments ; bien qu'ils fussent à l'abri de toute action thermique, ils furent atteints d'érythème sur les régions découvertes. Cependant leurs yeux, protégés par des verres d'urane, restèrent indemnes. »

Or le verre d'urane a la propriété d'arrêter, en grande partie, les rayons chimiques, tandis qu'ils laissent passer les rayons lumineux. Charcot en conclut que les rayons chimiques avaient seuls provoqué l'érythème.

Peu après, Bouchard vérifie cette hypothèse en soumettant la peau aux radiations dispersées par le prisme. Il constata la réaction érythémateuse uniquement sur les parties exposées aux rayons violets et ultra-violets, c'est à dire à l'action des rayons chimiques.

Depuis l'observation princeps de Charcot, on a publié

un certain nombre d'observations de coup de soleil électrique.

Defontaine au Creusot, Maklakow aux usines de Kolomna, l'ont constaté chez des ouvriers maniant les arcs voltaïques destinés à la fonte et à la soudure.

Le Dantec le signale chez les marins affectés au service des puissants projecteurs de la marine de guerre.

Toutes les expériences de contrôle arrivent à cette conclusion : le faisceau lumineux dont on élimine les rayons chimiques est incapable de produire un érythème cutané.

Widmark, de Stockholm, fit l'expérience suivante :

Utilisant un arc électrique donnant une puissance lumineuse de 1200 becs Carcel, il fit passer la radiation au travers d'une couche d'eau qui élimine les radiations caloriques ; les téguments ainsi exposés furent le siège d'un érythème. Puis il fit la contre-épreuve suivante :

Une lame de verre, qui arrête électivement les rayons chimiques, fut interposée entre la source lumineuse et les téguments ; aucune réaction érythémateuse ne se produisit.

Tandis que la brûlure est une conséquence *immédiate* de l'action de la chaleur, l'érythème solaire n'est qu'une suite tardive de l'action chimique de la lumière. Il n'apparaît qu'après plusieurs heures, alors que toute action de la lumière a cessé depuis longtemps.

Tardives aussi sont les lésions histologiques.

C'est seulement sur les biopsies faites vingt-quatre heures après l'exposition aux rayons chimiques que Leredde et Pautrier ont constaté des modifications notables des tissus.

Le pigment a une action protectrice contre la lumière. Les hommes de couleur sont à peu près réfractaires au coup de soleil.

L'un de nous a exposé à l'action d'un arc de 40 ampères des cobayes qui présentèrent au bout d'un temps variable une rubéfaction. Or, détail intéressant, celle-ci était plus accentuée sur les parties claires que sur les parties sombres des animaux dont la robe blanche était parsemée de taches noires.

Finsen, après avoir tracé sur son avant-bras une bande noire avec de l'encre de Chine, l'exposa au soleil ; il en résulta un érythème solaire sur la peau blanche, la partie noircie restant intacte. L'érythème fut suivi de pigmentation.

Une nouvelle expérience servit de contre-épreuve à la première. Le bras fut soumis de nouveau au soleil. L'érythème solaire ne se produisit que sur la bandelette intacte, protégée lors de la première expérience par l'encre de Chine.

***

Telles étaient à peu près les seules notions que l'on possédait sur les rayons chimiques ou actiniques il y a quelque vingt-cinq ans lorsque fut écrit le chapitre « Dermatoses produites par le climat tropical » du « Cours de dermatologie exotique » publié, par l'un de nous en 1904.

A cette époque, on ne connaissait guère que les inconvénients et les accidents qui résultent de la lumière naturelle ou artificielle. On en ignorait les bienfaits et l'action curative sur les dermatoses.

Il est juste toutefois de rappeler que Finsen, de Copenhague, avait dès la fin du siècle dernier, appliqué la lumière au traitement des tuberculoses cutanées et du lupus de Willan en particulier.

A l'heure actuelle, la photothérapie a conquis une place importante parmi les agents physiques dont dispose le dermatologiste, mais avant d'énumérer ses indications il est nécessaire de rappeler quelques données physiques et biologiques.

La lumière est une forme de l'activité vibratoire produite par les corps incandescents.

Le soleil, par exemple, diffuse autour de lui de la lumière blanche, elle-même composée d'une infinité de radiations élémentaires.

Toutes ces radiations ont la même vitesse, parties ensemble du soleil, elles arrivent ensemble sur la terre, pour ne considérer que le faisceau à nous destiné.

Toutes ces radiations ont un rythme différent, rythme extrêmement rapide puisque la fréquence des oscillations par seconde se chiffre par centaines de trillions.

Pour éviter l'emploi de nombres de cet ordre dans l'identification des radiations on préfère désigner chacune d'elles par sa *longueur d'onde*, répondant à la formule.

$$\lambda = \frac{V}{F}$$

V étant la vitesse constante de 300 à 400 km par seconde.
F étant la fréquence.

On arrive ainsi à des chiffres extrêmement petits, de l'ordre du 1/10.000e de millimètre ce qui a autorisé la création d'unités spéciales parmi lesquelles nous ne retiendrons que *l'Angström*, il est égal au 1/10.000e de micron.

$$0^m001 = 1000\ \gamma = 10.000.000\ A$$

Si on interpose un prisme sur le trajet d'un faisceau de lumière blanche. il est décomposé en une infinité de radiations élémentaires d'indices de réfraction différents.

Celles-ci, projetées sur un écran, donnent un spectre dont les couleurs se disposent dans l'ordre suivant :

Violet, indigo, bleu, vert, jaune, orange, rouge.

A chaque couleur répond une longueur d'onde, toujours la même pour une couleur donnée.

Il s'agit là du spectre qui va de la longueur d'onde 4000 A pour le violet à 7000 A pour le rouge.

En dehors de ce spectre existent des radiations qui s'étendent loin de part et d'autre du violet et du rouge.

Si l'on promène un thermomètre très sensible au delà du rouge, dans la zone sombre pour l'œil, on constate que la température s'élève. Il existe donc des radiations invisibles, *infra-rouges*, calorifiques, qu'on a pu mettre en évidence jusqu'à la longueur d'onde

3.140.000 A

Si l'on impressionne une plaque photographique avec le spectre, on constate que le sel d'argent est réduit bien au-delà du violet visible.

Il existe donc des radiations invisibles *ultra-violettes*, d'activité chimique, qu'on a pu déceler jusque vers la longueur d'onde

1030 A

C'est l'emploi de cette gamme de radiations

de 1030 A à 3.140.000 A

qui constituera la *photothérapie*.

Dans la série vibratoire de l'énergie, la lumière est comprise entre les rayons X et les ondes Hertziennes.

Outre la luminosité, de peu d'utilité en thérapeutique, la lumière est douée d'un pouvoir thermique, propriété des infra-rouges, et d'un pouvoir chimique, actinique, pour employer le terme actuel, réservé aux rayons à courtes longueurs d'onde, *à l'ultra-violet*.

La répartition de ces trois éléments dans un faisceau de radiations se fait de façon variable suivant les sources.

***

Quelques expériences suffiront pour mettre en évidence le rôle de la radiation actinique dans la chimie et la biologie et pour faire comprendre le potentiel utilisable d'énergie qu'elle transporte et qu'elle libère au moindre obstacle.

On sait qu'un mélange de chlore et d'hydrogène, maintenu à l'ombre, se combine lentement, tandis qu'à la lumière, même diffuse, la combinaison se fait avec violence, avec détonation.

La lumière a agi par sa seule présence comme un catalyseur, comme un ferment.

Une propriété remarquable de la lumière est la possibilité qu'elle a de produire des effets contradictoires en apparence.

Ainsi l'action intense de la lumière sur l'eau, en présence de l'air donne de l'eau oxygénée et ces mêmes rayons agissant sur l'eau oxygénée, la réduisent partiellement en eau pour libérer de l'oxygène.

Ainsi la radiation chimique peut être oxydante et réductrice.

Elle agit comme une sorte d'arbitre, d'agent d'équilibre et cette action reversible qu'on observe dans de nombreux exemples empruntés à la chimie, se trouve dans la biologie, où la lumière apparaît comme un important élément régularisateur de la vie sur la terre.

Nous ne pouvons que rappeler son rôle dans la fonction chlorophyllienne des plantes vertes sans laquelle la vie est impossible.

***

Trop intense, la radiation ultra-violette est un agent de mort pour la cellule. Donnée à dose raisonnable, elle est au contraire un élément d'exaltation de son activité.

Pratiquement, la lumière est nocive surtout pour les organismes mono-cellulaires et les microbes ne peuvent résister à l'action même relativement courte de la radiation chimique.

La lumière est donc anti-microbienne et c'est à cette qualité *antiseptique* qu'on fera appel dans l'actinothérapie locale, dans la fisenthérapie par exemple.

La lumière a de plus une fonction *antitoxique* sur les poisons issus des microbes pathogènes.

C'est à toutes ces qualités qu'on a recours dans le procédé très moderne, mais peut-être trop coûteux, de stérilisation des eaux par les ultra-violets.

Sur les organismes pluri-cellulaires, surtout sur les organismes supérieurs, l'action des rayons va, suivant les longueur d'ondes et la durée d'exposition, c'est-à-dire, suivant les doses, être soit destructive, soit au contraire exaltante de la vitalité des tissus, *biotique* en un mot.

Suivant les longueurs d'onde Mallet, Nogier et Vignard divisent les rayons U. V. en :

Ultra-violet ordinaire. 4000 à 3000 A.

Peu bactéricides

Très biotiques pour les organismes supérieurs.

Ce sont les seuls rayons U. V. que contient la lumière solaire.

Ultra-violet moyen. 3000 à 2225 A.

Abiotiques à doses massives.

Toni-cellulaires à faible doses.

Très microbicides.

Ce sont eux qui dominent dans la radiation fournie par la lampe de quartz à vapeur de mercure.

Ultra-violet extrême 2225 à 1000 A.

Trop abiotiques et trop peu pénétrants pour être utilisables en thérapeutique.

***

En effet une des propriétés des rayons de courte longueur d'onde est leur faible pénétrabilité.

Il suffit d'obstacles minimes pour entraver leur progression ; le verre les arrête dans de telles proportions qu'il est inutilisable pour la fabrication des appareils et qu'on est obligé de recourir au quartz.

Si l'eau et l'air, sous faible épaisseur, arrêtent fort peu de rayons chimiques, il n'en est pas de même lorsque la radiation est obligée de traverser de grandes épaisseurs.

C'est ainsi que la radiation solaire qui, étant donnée la température de la photosphère (6000°), doit contenir une proportion d'U. V. bien supérieure à la radiation de la lampe de quartz, ne laisse parvenir après avoir traversé l'atmosphère que 7% des rayons chimiques. Encore n'arrive-t-il aucune radiation au dessous de 2925 A.

Les téguments sont fort peu transparents aux rayons chimiques et l'on peut être étonné de l'extrême activité thérapeutique de radiations qui, pour la plupart, sont arrêtées dès le 1er millimètre.

Une épaisseur d'un millimètre de peau ne laisse en effet pas passer de radiations inférieures à 3660 A.

2 mm. 5 (peau et pannicule adipeux) arrêtent tous les rayons de moins de 4358 A (indigo du spectre visible).

Le sang est un milieu très opaque aux rayons, et l'ischémie d'un tégument favorise la pénétrabilité ; c'est là le principe de la *compression* qui est un des éléments principaux de la méthode de Finsen.

***

Un faisceau de radiations lumineuses atteignant une cellule d'un organisme supérieur la trouve ou non préparée à la recevoir.

Si la cellule est préparée, *accordée* à la longueur d'onde, le tissu, dont elle est l'élément, puisera dans la lumière cette mystérieuse exaltation de son activité vitale que procure l'actinothérapie.

Cette action *eubiotique* va, par des voies non moins mystérieuses, se transmettre à tout l'organisme, et cela en proportion de la surface de tégument soumise à l'action de la lumière, d'où l'importance du *bain général* de lumière même pour des affections locales.

Si la cellule n'est pas accordée deux cas peuvent se présenter :

Ou bien l'accord est impossible, la dose et la qualité des rayons ne le permettant pas. La cellule va être le siège de dégâts qui peuvent aller jusqu'à sa mort. Cela se traduira pour l'ensemble du tégument par l'*érythème solaire*, accident banal, heureusement bénin.

Ou bien l'accord est réalisable, et cette accommodation du tégument à la radiation va avoir pour témoignage l'apparition du *pigment*.

Ce phénomène est actuellement considéré comme favorable et sauf de très rares exceptions sa formation est parallèle aux bons effets thérapeutiques.

Son apparition peut être rapide après un coup de soleil, ou progressive.

Sa durée est assez prolongée, et il ne disparaît guère que 2 ou 3 mois après la cessation de traitement.

La peau, à son niveau, subit des modifications certaines ; elle semble surtout mieux armée contre les infections. L'acné est rare sur les peaux pigmentées.

Le psoriasis voit souvent ses éléments disparaître lorsqu'apparaît la pigmentation.

Il n'est jusqu'aux éléments de la varicelle qui, chez les enfants soumis à une cure de soleil, n'apparaissent

qu'aux points du tégument protégés par un plâtre et de ce fait non pigmentés.

Le pigment est enfin un accumulateur d'énergie, et dans la pratique l'effet thérapeutique d'une cure de lumière se continue, sans irradiation nouvelle, tant que dure la pigmentation.

C'est en étudiant les variations du sang qu'on peut se rendre compte dans les meilleures conditions de l'action favorable de la lumière sur le métabolisme.

Couramment, en quelques séances, le taux des globules rouges passe de 3.000.000 à 4.500.000.

Le taux du calcium et du phosphore, s'élève de même.

Dans le rachitisme, dans la spasmophilie dont la lumière est le remède vraiment spécifique, le calcium passe en quelques semaines de 8 cgr à 11 cgr de calcium par litre.

Avant de quitter ce chapitre théorique il est indispensable d'attirer l'attention sur l'action réparatrice de la lumière.

Lorsqu'on traite par la lumière une affection tuberculeuse, une tumeur blanche du genou par exemple, on est étonné de la qualité de la réparation. La lumière fabrique assez de tissus fibreux pour combler les pertes de substances dues au processus pathogène, mais n'en constitue pas assez pour annihiler la fonction articulaire.

De même, quand on examine un lupus traité et guéri par la lumière, on est obligé de convenir qu'aucune méthode ne donne d'aussi bonnes cicatrices.

La lumière répare et répare bien.

Il s'agit là de l'*action eutrophique* de la lumière.

L'action *eubiotique* et l'action *eutrophique* de la lumière se manifestent surtout chez les sujets jeunes, à la période de croissance, chez le vieillard, comme chez l'adulte âgé, le résultat de la cure de lumière générale est moins net. Seule l'actinothérapie locale donne encore chez eux des résultats favorables.

***

Dans l'application pratique de l'actinothérapie on utilise les différentes propriétés de la lumière, à savoir :

L'action eubiotique,
L'action réparatrice ou eutrophique,
L'action antimicrobienne et antitoxique,
L'action révulsive.

Pour obtenir l'action eubiotique et l'action eutrophique dans sa plénitude, il faut employer le bain général, qui permet d'atteindre par la lumière toute la surface du tégument.

Les actions antimicrobienne et révulsive sont essentiellement locales, pour les obtenir on appliquera le pansement de lumière au foyer même : il s'agira là d'actinothérapie locale.

Si, dans la pratique dermatologique, on a plus souvent recours à l'actinothérapie locale, il ne faut pas perdre de vue que les cures sont toujours très notablement raccourcies par l'adjonction du bain général.

Par le pansement de lumière on détruit l'agent pathogène et par le bain de lumière on fournit aux réactions de défense, aux processus fibreux de cicatrisation le matériel indispensable pour mener leur rôle à bien.

Sous nos climats, la lumière solaire nous est dispensée avec trop de parcimonie pour qu'on puisse instituer systématiquement le bain de soleil (héliothérapie). Sa teneur en rayons chimiques est de 7 % contre 80 % de radiations thermiques, 13 % de rayons lumineux vrais.

Le bain de lumière artificielle utilise soit la lampe à arc, soit la lampe à vapeur de mercure.

Les partisans de la lampe à arc cherchent à obtenir un rayonnement qui se rapproche autant que possible la lumière solaire, et c'est à ce procédé que recourent Reyn à Copenhague, François à Anvers, Sequeira à Londres, Belot à Paris.

Les partisans de la lampe de quartz à vapeur de mercure sont plus nombreux. Qui peut le plus peut le moins, et une lampe qui donne 25 à 27 % de radiation active doit d'autant plus être préférée à un procédé qui ne donne que 5 à 7 %, qu'il est toujours facile, soit en utilisant des écrans, soit plus simplement en faisant des séances plus brèves, à des distances supérieures, de ne prendre de la radiation que juste le nécessaire.

Nous n'entrerons pas dans le détail de construction de la lampe à vapeur de mercure.

Son principe consiste à faire éclater un arc électrique entre deux pôles en platine, placés aux deux extrémités d'un tube de quartz transparent contenant de la vapeur de mercure sous une faible tension de gaz.

Les lampes parisiennes sont branchées sur un courant de 110 volts alternatif.

Les lampes de l'hôpital St-Louis utilisent le courant de 220 volts continu.

La lampe type donne un éclairage de 2.500 à 3000 bougies.

Pour le bain de lumière on place le sujet nu dans le faisceau de lumière à des distances variant de 0 m. 60 à 1 m. en ayant soin de protéger ses yeux à l'aide de lunettes à verres à l'urane.

Le bain se fait selon une progression simple, 2 m., 4 m., 6 m., 10 m., 15 m., 1/2 heure à plat ventre, 1/2 heure sur le dos. Les séances ont lieu 2 ou 3 fois par semaine.

Les érythèmes, le degré de pigmentation du sujet sont autant de causes de ralentissement ou d'accélération de la progression.

Pour le bain local, le soleil est difficilement utilisable sauf pour les ulcérations, les echtymas, les plaies atones, où l'exposition simple, sans appareil concentrateur, donne de bons résultats.

Le pansement de lumière artificielle se fait surtout à l'aide de :

La lampe de Finsen,
La lampe de Kromayer,
La lampe de quartz avec localisateur.

On a construit beaucoup de lampes s'inspirant plus ou moins de la lampe de Finsen. Celle-ci, la première conçue, est pour ainsi dire encore la seule lampe à arc utilisée dans les services spécialisés dans le traitement du lupus tuberculeux.

L'appareil de Finsen comporte :

Une lampe.
Un appareil concentrateur et refroidisseur des rayons.
Un appareil de compression.

Les rayons partis d'une lampe à arc au charbon sont captés dans un tube, concentrés et refroidis par tout un équipage de lentilles en quartz et de réservoirs d'eau distillée.

Ils finissent par converger sur un petit appareil entre les lentilles duquel circule encore de l'eau, et dont la partie bombée repose sur le point à traiter.

Un système de ressorts ou la main d'un aide applique intimement ce compresseur contre les téguments, les ischémie, et permet une pénétration plus forte des rayons chimiques.

La lampe de Kromayer emploie comme source lumi-

neuse l'arc au mercure, elle comporte de même une circulation d'eau et un compresseur.

Son principe est le même que celui de la lampe de Finsen, elle est très utilisée outre-Rhin.

La lampe à vapeur de mercure, la même qui sert au bain général, placée dans un réflecteur avec des diaphragmes convenables permet de faire de l'actinothérapie locale, sur des surfaces plus vastes que celles autorisées par les appareils précédents.

On peut ainsi faire de l'actinothérapie régionale, et c'est ce procédé que l'on emploie dans le traitement des pelades.

Il est difficile de fixer la durée du temps d'exposition pour chacun de ces trois procédés, mais on peut se faire une idée à cet égard en considérant que la durée moyenne de la séance de Finsen est de une heure et celle de la lampe à mercure, Kromayer ou lampe ordinaire, de 1/4 d'heure à 1/2 heure.

***

L'action des rayons lumineux, comme celle des rayons X, peut elle produire sur les téguments des accidents graves ?

Il semble que non. Depuis le temps qu'on emploie l'héliothérapie il ne semble pas qu'on ait eu d'accidents sérieux à enregistrer.

La méthode artificielle est plus récente et l'on ne peut encore affirmer l'innocuité des rayons ultra-violets pour les téguments. Rien jusqu'à ce jour n'est venu soulever de craintes à ce sujet et les dermites solaires observées n'ont jamais persisté après cessation de l'action irritante.

***

Il résulte des considérations que nous venons d'exposer que les rayons ultra-violets sont doués de deux propriétés biologiques bien différentes : 1° un pouvoir microbicide et révulsif limité à la portion du tégument soumise à la radiation courte ; 2° une action générale susceptible de modifier le métabolisme de l'organisme tout entier. Celui-ci se charge alors lui-même de réparer la lésion locale sans même qu'il soit besoin d'étendre le bain de lumière à la lésion elle-même.

Voici deux exemples de ces deux ordres d'action :

Une enfant de 9 ans 1/2 présentait, le 5 mars dernier, un psoriasis généralisé typique réparti surtout sur les membres, plus discret sur le tronc et sur la face.

L'enfant avait eu une première poussée il y a deux ans, localisée aux coudes et aux genoux.

En novembre 1924, nouvelle poussée très légère.

Au milieu de janvier, afin d'aider à la disparition des quelques éléments qui persistaient on donne à la malade un « dépuratif », ce qui déclenche, quelques jours après, vers le début de février, l'explosion d'un psoriasis généralisé tel qu'on peut le voir sur la photographie.

Le 5 mars, la petite malade est soumise au bain général d'U. V.

Dès les premières séances, la desquamation diminue en même temps qu'apparaît un érythème solaire sur le tronc.

La malade, après la cinquième séance, a une bronchite qui oblige à interrompre la cure quelques jours et permet à l'érythème solaire de faire place à une vaste zone de pigmentation.

Sur la plaque pigmentée, les éléments psoriasiques ont disparu, alors que persistent les éléments des jambes et des bras, ce qui s'explique aisément. En effet, l'exposition à la lampe de Jesionek se fait en centrant la lampe à peu près sur le milieu du corps. L'action des rayons est donc au maximum au niveau du tronc et s'atténue beaucoup aux extrémités.

Sur les jambes, peu irradiées, les plaques psoriasiques étaient encore peu modifiées à la date du 26 mars.

Donc, au niveau du tronc, irradiation intense, pigmentation, disparition des éléments.

Au niveau des jambes, irradiation atténuée, pas de pigmentation, persistance du psoriasis.

Il faut que la lumière agisse directement sur la plaque psoriasique pour y déterminer des modifications.

Nous avons, pour confirmer cette impression, protégé par un linge le bras droit pendant les premières irradiations. Lors de l'examen du 26 mars le bras gauche pigmenté se détergeait déjà.



FIG. 1. — Obs. n°. 1. — Photographie faite le 7 mars 1925, avant le traitement actinothérapique.

Le bras droit, ayant conservé sa couleur, gardait ses éléments intacts.

Un autre fait remarquable est à signaler.

Vers la fin mars, les éléments du visage, protégés contre les rayons, persistaient. On fit alors sur cette région une irradiation un peu trop prolongée qui provoqua un érythème intense, douloureux, avec œdème de la face. Au bout de 7 jours, lorsqu'il eut fait place à une fine desquamation, les éléments psoriasiques de la face avaient disparu.

Actuellement nous avons intensifié l'application des rayons sur les jambes et sur les bras. On jugera, par comparaison avec la photographie faite le 7 mars, des résultats obtenus.

On pourrait objecter que la guérison de la poussée de psoriasis a pu être spontanée.

L'inégale répartition des rayons actiniques au cours du traitement, et la régression rapide aux seuls points fortement insolés, infirment cette hypothèse.

D'autres faits démontrent l'action indéniable des rayons lumineux sur la plaque de psoriasis.

Rollier signale la persistance du psoriasis sous les appareils plâtrés, alors que les éléments disparaissent sur le reste du corps des tuberculeux ostéo-articulaires exposés au soleil dans les sanatoria de Leysin.

Nous connaissons une fillette, psoriasique, traitée pour adénopathie trachéo-bronchique par l'héliothérapie. L'éruption disparut complètement sauf à la région correspondant exactement au caleçon, indispensable à une cure collective.

L'un de nous a connu un colonial qui, dans la métropole, ne pouvait se blanchir d'un psoriasis invétéré. Mais, dès qu'il passait la Mer Rouge, les éléments psoriasiques disparaissaient, et cela pendant toute la durée de son séjour en pays exotique.



FIG. 2. Obs. n°. — Photographie faite le 22 mai 1925. Le traitement est presque terminé. On remarquera le cerne pigmenté entourant l'emplacement des anciens éléments psoriasiques. Au gauche, la desquamation est due à un coup de soleil récent.

Au cours d'une mission en Extrême-Orient qui dura près de deux années, l'un de nous a été frappé de la quasi-absence chez l'indigène (qui vit à demi-nu, souvent complètement nu), de lupus, de psoriasis, de lichen, de prurigo non parasitaire. Il n'est pas illogique de supposer que l'exposition aux rayons actiniques en est la cause.

Dans tous les cas qui viennent d'être cités, l'action de la lumière sur le psoriasis a dû être directe pour modifier la plaque.

Quelle que soit l'action fortifiante et eutrophique conférée par le bain de la lumière, celui-ci est sans action sur les lésions psoriasiques non soumises à l'action *directe* des rayons actiniques.

***

Dans un autre ordre de faits au contraire, l'action eutrophique se produit même si la lésion est protégée, pendant le bain général, contre l'action directe des rayons.

En voici un exemple assez démonstratif.

Il s'agit d'une malade de 19 ans, vendeuse, qui entre le 25 janvier 1925 dans le service de la clinique pour un érythème induré de Bazin ulcéré atteignant les deux jambes.

Le seul antécédent bacillaire avéré est un ganglion sous-maxillaire droit traité et guéri par les rayons X et l'héliothérapie.

Dès l'entrée à l'hôpital, on soumet le malade à la tuberculinothérapie (du 27 janvier au 9 février, il est fait, au voisinage des lésions, 6 injections allant de 1/1000 de milligramme à 1/40 de milligramme).

Dès le 5 février, on adjoint à cette médication le traitement actinique local : trois séances de rayons ultraviolets sont faites sur la lésion. Puis on suspend les séances, parce que les ulcérations, le 15 février, sont bien plus larges qu'à l'arrivée.

Le 19 février, on décide de reprendre le traitement actinothérapique en utilisant uniquement le bain général.

La malade subit des doses rapidement croissantes qui déterminent de l'érythème puis une intense pigmentation du tronc.

Les jambes ne présentent à aucun moment de coup de soleil, ni de pigmentation.

Néanmoins, le 11 mars, après 10 séances tri-hebdomadaires, alors que la malade en est arrivée à une exposition de 15 minutes devant et 15 minutes derrière, la cicatrisation est complète.

Le cas est d'autant plus démonstratif que la malade n'a, à aucun moment de son traitement, gardé le lit.

Elle fut employée comme « auxiliaire » dans le service et astreint ainsi à la station debout pendant presque toute la journée.

On ne peut pas non plus expliquer l'amélioration par la douceur de la saison, car la cicatrisation a été obtenue le 11 mars, au moins 15 jours avant les premiers beaux jours.

Ainsi, contrairement à ce qui s'est passé pour la première malade, la lésion locale a guéri par l'application de la lumière à tout le tégument, avec un minimum d'insolation des régions malades. La lumière a agi par son action eutrophique, son activité réparatrice, de la même façon d'ailleurs que la lumière est susceptible de guérir des lésions internes qu'elle ne peut atteindre, vu son faible pouvoir de pénétration.

Il est d'ailleurs courant, dans la pratique de l'héliothérapie, d'obtenir la guérison de lésions ostéo-articulaires, que les exigences de l'orthopédie obligent à maintenir sous plâtre.

***

En conséquence, d'une manière générale, l'actinothérapie appliquée à la dermatologie comporte deux méthodes répondant à deux catégories d'affections.

Le bain général sert à traiter les affections relevant d'une déficience de l'organisme : qu'il s'agisse des tuberculoses cutanées, des tuberculides ou de toutes les affections relevant de troubles circulatoires des extrémités, des acrocyanoses, des engelures.


RÉVULSIF BOUDIN
ÉNERGIQUE
RAPIDE
PROPRE
INOFFENSIF
Remplace :
teinture d'iode, cataplasmes sinapisés, ouates thermiques, Pointes de feu, Papier à la moutarde, etc...
S'APPLIQUE AU PINCEAU
N'abime pas la peau, ne tache pas le linge.
ECHANTILLON FRANCO SUR DEMANDE
REVULSIF BOUDIN
REVULSIF LIQUIDE
F. BOUDIN
6 rue du Moulin
VINCENNES
USAGE EXTERNE
RÉVULSIF LIQUIDE BOUDIN
EXIGER LA SIGNATURE
Dépôt pour la Vente en gros
MERVEAU & Cie, 71, rue du Temple
PARIS
Détail dans toutes les Pharmacies
LABORATOIRES F. BOUDIN
6 RUE DU MOULIN - VINCENNES-SEINE

Le bain local, le pansemeut de lumière proprement dit est indiqué dans toutes sortes de dermatoses.

Il a été essayé dans la plupart des affections cutanées courantes.

Dans les plaies superficielles, les brûlures, les ulcères en surface comme les ulcères de jambes, les plaies ecthymateuses, la lumière est désinfectante et cicatrisante.

Dans l'acné, l'action est quelquefois très nette et une seule séance, allant jusqu'à l'érythème, peut cicatriser une acné du dos et de la poitrine. Par contre, l'acné de la face semble très rebelle à l'action des rayons.

Dans le psoriasis, comme nous l'avons vu, les essais tentés laissent les plus légitimes espoirs.

Dans les affections du cuir chevelu, les rayons à dose d'érythème peuvent être utilisés à titre de révulsifs, les résultats obtenus dans la pelade et présentés récemment à la Société de dermatologie par le docteur Bizard sont assez démonstratifs.

Dans d'autres affections cutanées, l'action des rayons semble nulle ou même nocive. Le plus souvent les eczémas et lésions eczématisées ne sont pas influencés par les rayons courts, quelquefois même ils sont aggravées.

Bain local et pansement de lumière dans de nombreux cas doivent être associés.

C'est ainsi que le lupus tuberculeux ne peut être guéri par le simple bain général, même prolongé pendant de longs mois.

D'autre part, le simple pansement de lumière, par la lampe de Finsen, ou par la lampe de Krohmayer, s'il peut guérir complètement un lupus tuberculeux, n'obtient ce résultat qu'après de très nombreuses séances.

Si l'on associe le bain général et le pansement local, on obtient la guérison en des temps bien moindres, comme l'a démontré il y a quelques mois Reyn, de Copenhague, dans une étude statistique des cas traités à l'institut Finsen.

***

Il y a quelques contre-indications à l'emploi des rayons ultra violets.

Le bain général, en principe, doit être interdit aux malades porteurs de lésions tuberculeuses pulmonaires ou rénales en évolution, l'actinothérapie artificielle comme l'héliothérapie pouvant déclencher des poussées évolutives.

En outre, l'actinothérapie générale ne doit pas être conseillée aux cardio-rénaux, aux hypertendus, aux aortiques, en un mot aux malades porteurs d'affections artérielles.

Le pansement de lumière est contre-indiqué dans toutes les affections du tégument causées par des radiations de courtes longueurs d'onde.

Dans les radio-dermites, dans les eczémas solaires, dans les éruptions urticariennes ou pemphigoïdes dues à la lumière, on emploie comme antagoniste les radiations longues, les *rayons intra-rouges*.

***

Les résultats que nous avons déjà obtenus nous permettent d'espérer que la cure de « blanchiment » du psoriasis par la méthode actinothérapique pourra être substituée avec avantage, quand sa technique aura été perfectionnée, au traitement habituel par des pommades incommodes et malodorantes.

Le « coup de soleil » est nécessaire, il est vrai, à la détersion des éléments rebelles, mais il n'est nullement comparable à certaines dermites médicamenteuses, à l'érythème chrysophanique par exemple.

La pigmentation constitue peut-être un inconvénient plus sérieux ; toutefois il n'est pas démontré qu'il faille l'obtenir pour produire le décapage des éléments psoriasiques. Peut-être un érythème léger, suivi d'un hâlo pigmentaire est-il suffisant.

On a objecté que la durée du traitement par le pansement de lumière est plus longue que par les topiques médicamenteux, mais nous sommes en mesure d'affirmer que, grâce au perfectionnement de la technique, le traitement pourra être considérablement abrégé.

Enfin, peut-on obtenir par l'actinothérapie l'espacement des poussées de psoriasis ? Il serait prématuré de répondre à cette question. Nous ne pourrons le faire qu'après avoir suivi, durant une période assez longue, les psoriasiques soignés par les rayons actiniques.

Les kystes hydatiques du foie [1]

(Diagnostic et traitement)

Par M. Louis RAMOND,

Médecin de l'hôpital Laënnec.

Définition

Le kyste hydatique du foie est une tumeur hépatique kystique, qui représente chez l'homme une des phases d'évolution — la phase vésiculaire — du tænia echinococcus, parasite du chien, du loup et du chacal (voir figure 1.)

Généralités.

Ce tænia tout petit (il n'a que 2 mm. 5 à 5 mm.) habite l'intestin du chien. L'homme contracte le kyste hydatique, soit en buvant de l'eau ou en mangeant des légumes pollués par les excréments canins, soit en se faisant contaminer directement par la langue du chien. Le rôle du chien est donc capital dans la transmission de cette maladie. Cela permet de comprendre pourquoi le kyste hydatique est surtout fréquent dans certains pays où les chiens sont nombreux et vivent en promiscuité intime avec leurs maîtres, comme l'Algérie et surtout l'Islande, île peuplée de 70.000 humains et de 20.000 chiens et dans d'autres comme la République Argentine, l'Uruguay, l'Australie, où se pratique l'élevage et où les chiens de berger s'infestent en mangeant des foies de mouton ou de bœuf parasités.

En France le kyste hydatique est plus rare, cependant un médecin tant soit peu occupé a de grandes chances de le rencontrer plusieurs fois dans sa carrière, principalement s'il exerce en Normandie et dans les Landes, provinces où les troupeaux de bétail sont nombreux. Il est donc nécessaire d'en apprendre avec soin les symptômes, car il s'agit là d'une maladie sérieuse, capable d'entraîner de graves complications, et contre laquelle une intervention chirurgicale est seule efficace.

Nous allons donc étudier ensemble le diagnostic des kystes hydatiques du foie, et vous verrez qu'à l'heure actuelle, grâce à la clinique, à la radiologie, et au laboratoire il est bien souvent possible de le poser avec une quasi-certitude.

(1) Conférence faite le dimanche 21 décembre 1924, à l'hôpital Laënnec.

Observation clinique d'un cas de kyste hydatique du foie.

La jeune femme de 29 ans, qui va nous servir d'exemple, est entrée salle Rostan le 24 mars 1924, à la fois pour des manifestations douloureuses abdominales à type de coliques, et pour une tumeur de la région épigastrique.

Cartonnière active et toujours bien portante jusque-là, elle avait été prise brusquement, le 13 septembre 1923, à 7 heures du soir, au sortir de l'atelier, de douleurs très vives dans le dos d'abord, puis dans l'hypochondre droit, en même temps qu'elle s'était mise à vomir ses aliments et ensuite de la bile. Pendant trois jours consécutifs douleurs et vomissements avaient persisté avec des accalmies passagères suivies de reprises paroxystiques. Après quatre jours de calme, les accès s'étaient de nouveau reproduits et cette fois pendant quinze jours consécutifs. Les téguments s'étaient teintés légèrement de jaune, tandis que les urines étaient devenues acajou et que les matières fécales s'étaient décolorées.

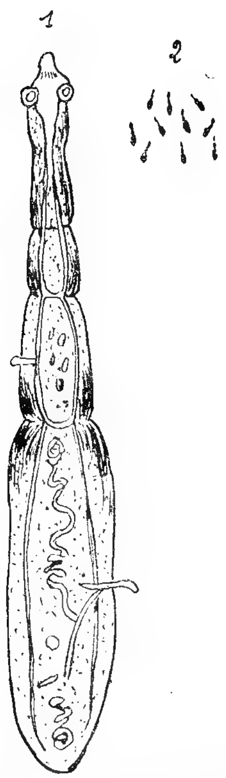


FIG. 1. — TÆNIA ÉCHINOCOQUE, d'après MONIEZ.
1° Considérablement grossi.
2° Plusieurs tænias échinocoques, en grandeur naturelle.

Un médecin appelé avait porté le diagnostic plus que vraisemblable de coliques hépatiques et avait prescrit le traitement et le régime de la lithiase biliaire.

Une fois cette crise passée, la malade s'était retrouvée aussi alerte qu'auparavant ; elle avait rapidement repris les deux kilogs perdus pendant la période douloureuse.

Pourtant, le 21 décembre et le 29 décembre 1923, elle avait ressenti des douleurs analogues aux précédentes dans la région hépatique, avec irradiations à l'épaule droite, et elle avait vomi. L'accès n'avait duré chaque fois que 4 heures ; il n'avait pas été suivi d'ictère.

Le 3 janvier 1924, une 4e crise avait déterminé de nouveau de la jaunisse, cette fois franchement, avec de la décoloration des selles pendant 3 jours et une réaction de Gmelin positive dans les urines. En outre, pour la première fois, la température était montée à 38°8 au moment de l'accès douloureux.

L'hypothèse d'une lithiase biliaire semblait se confirmer de plus en plus, d'autant plus que la région vésiculaire était légèrement endolorie. On prescrivit alors un régime, lacté intégral tout d'abord, puis lacto-végétarien, tandis qu'on mit en œuvre les médications réputées les plus actives contre les calculs biliaires. Une nouvelle accalmie se produisit.

Pendant 2 mois la malade avait pu travailler sans ressentir le moindre malaise ; elle avait de nouveau réengraissé de 2 kilogs. Malheureusement, une nouvelle crise douloureuse et vomitive, toujours semblable aux précédentes, avaitcommencé dans la nuit du 3 au 4 mars. Le médecin avait constaté pour la première fois l'existence d'une tumeur épigastrique, et, après quelques jours d'observation, pensant au kyste hydatique du foie possible, il avait conseillé à la malade d'entrer à l'hôpital.

Nous nous trouvons alors en présence d'une jeune femme en apparence bien portante, d'un embonpoint moyen, au facies normalement coloré, et nullement teinté de jaune.

L'histoire de la maladie attirant notre attention sur la région épigastrique, c'est par elle que nous commençons notre examen.

A l'inspection, la peau n'est pas modifiée au niveau de l'épigastre ni dans les hypochondres ; il n'existe pas d'œdème et pas de circulation veineuse collatérale. Les deux côtés de la base du thorax sont absolument symétriques et se dilatent autant l'un que l'autre à l'inspiration. Cependant le creux épigastrique est effacé et remplacé par un bombement léger de la dimension d'un poing d'enfant, dont, à jour frisant, il est aisé de voir les mouvements rythmés par les contractions inspiratoires du diaphragme.

A la palpation, on sent là une tumeur lisse, régulière, arrondie, à contours nets qui disparaît en haut derrière l'angle xiphocostal, s'étend en bas jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, déborde à gauche la ligne médiane de deux travers de doigt et se prolonge à droite sous le bord inférieur du foie. Cette tumeur est dure, mais avec une certaine rénitence ; elle a une consistance légèrement élastique, mais elle n'est pas fluctuante. Elle ne peut être séparée du foie, auquelle elle paraît appendue ; elle suit comme lui les mouvements respiratoires de l'abdomen. Elle est peu sensible ; toutefois la palpation de son bord gauche réveille un peu de douleur.

La percussion montre que cette tumeur est mate ; son aire de matité entre en contact par sa partie supérieure avec celle du foie et se fond à ce niveau avec elle.

Le foie d'ailleurs est normal. Sa limite supérieure n'est pas abaissée, ni élevée. A droite son bord inférieur occupe sa place habituelle et n'est pas déformé.

L'examen complet de cette femme ne révèle aucune autre lésion d'organes.

L'appétit est conservé. La langue est très bonne. Il n'y a ni constipation, ni diarrhée. Les selles ont la consistance et la couleur normales. Il n'existe pas d'ascite.

La rate n'est pas augmentée de volume.

Les poumons et les plèvres sont absolument sains.

Le cœur est normal.

Le système nerveux est indemne.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. L'état général n'est pas touché. Le malade n'a pas maigri notablement. Elle n'est pas asthénique. Elle n'a pas de fièvre.

Discussion du diagnostic

En résumé, il nous fallait, chez cette cartonnière, trouver la raison d'un syndrome essentiellement caractérisé par deux éléments :

1º Des crises douloureuses paroxystiques localisées dans la région sous-hépatique et séparées par des périodes de santé parfaite, du moins en apparence.

2º Une tumeur sous-hépatique, régulière, rénitente, peu douloureuse, et qui paraissait d'apparition récente.

Trois hypothèses ont retenu notre attention : la lithiase biliaire, la péritonite localisée sous-hépatique, le kyste hydatique du foie. Je vais vous dire pourquoi celle de kyste hydatique du foie nous a paru la plus probable.

La *lithiase biliaire* — sous la forme de *coliques hépatiques* — avait été le premier diagnostic du médecin traitant. On ne pouvait au début de la maladie en trouver de plus plausible. Les caractères des douleurs, leur siège, l'évolution des crises, l'apparition de l'ictère consécutif, tout plaidait en faveur des calculs biliaires ; oui, tout ! même jusqu'aux antécédents héréditaires, car la mère de cette jeune femme avait souffert toute sa vie de coliques hépatiques et avait succombé à une maladie du foie. Il est vrai que personnellement la malade n'avait eu ni fièvre typhoïde, ni grossesses ; ses crises n'avaient jamais été influencées par les repas ; les douleurs y étaient plus diffuses, moins paroxystiques, moins expulsives que dans la colique hépatique vraie, et puis, et surtout, il y avait la tumeur qu'avec le diagnostic de lithiase biliaire on ne pouvait interpréter que comme une vésicule biliaire dilatée — un hydrocholécyste —, tumeur que nous trouvions trop épigastrique, trop médiane pour qu'elle pût être la vésicule biliaire.

L'idée d'une *péritonite localisée sous-hépatique* consécutive à une lésion ulcéreuse pylorique ou duodénale cadrait mieux avec le siège de la tumeur, mais non pas avec sa forme. Un plastron de péritonite eût été moins arrondi, ses bords eussent été moins nets, la douleur y eût été plus vive, et en outre il n'aurait pas manqué d'y avoir de la fièvre. D'ailleurs cette péritonite, secondaire à une affection ulcéreuse de l'estomac ou du duodénum, aurait été précédée à plus ou moins longue échéance de troubles digestifs dont on ne retrouvait aucune trace dans l'histoire de cette femme.

Le diagnostic de *kyste hydatique du foie à développement antéro supérieur*, costo-abdominal, réunissait le maximum des probabilités en raison : du siège et de la forme de la tumeur, de ses rapports intimes avec le foie, de son indolence presque complète, de ce fait que la malade avait dans son enfance, de 9 ans à 11 ans, joué constamment avec un chien appartenant à son père. L'évolution même de la maladie, un peu anormale cependant à certains points de vue, n'éliminait pas ce diagnostic, au contraire, comme vous allez le voir.

Nous allons en effet repasser ensemble les signes classiques des kystes hydatiques du foie, afin de vous bien montrer sur quels fondements nous avons basé notre opinion.

Quelques notions de parasitologie et d'anatomie pathologique.

Je voudrais auparavant, très brièvement, vous rappeler quelques notions de parasitologie et d'anatomie pathologique, indispensables à la compréhension des symptômes engendrés par le développement d'une hydatide dans le foie humain.

L'*œuf de tænia* échinocoque est, comme je vous l'ai dit, absorbé par l'homme soit avec l'eau de boisson, soit avec des légumes crus. La digestion de sa cuticule dans l'intestin met en liberté l'*embryon hexacanthe* qu'il contient. Grâce à ses six crochets (ἑξα six ; ακανθα crochets) celui-ci perfore la muqueuse, pénètre dans les radicules portes, ce qui, par la veine porte, l'amène au foie. Là, il se fixe et grossit de plus en plus, devenant une *vésicule ou kyste hydatique* qui peut atteindre le volume d'une orange, d'une tête de fœtus, et même d'une tête d'adulte (voir figure 2).

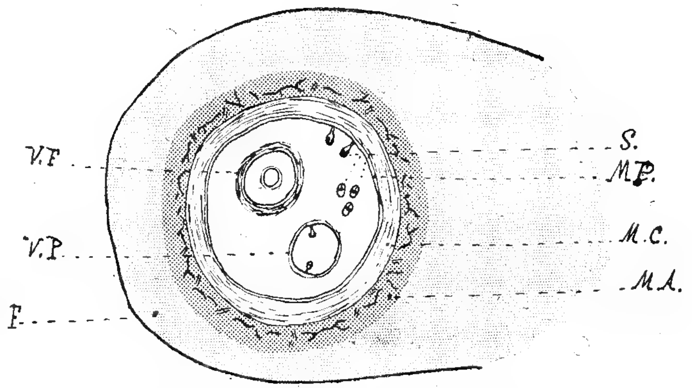


Fig. 2. — Figure schématique représentant la constitution d'un kyste hydatique et ses rapports avec le foie.
F. : tissu hépatique normal.
M. P. : membrane proligère.
M. C. : membrane cuticulaire (ou hydatique).
M. A. : membrane adventice. Dans cette membrane, qui n'appartient pas au parasite lui-même, mais n'est que du tissu hépatique condensé, enflammé, sclérosé plus ou moins, remarquer de nombreux vaisseaux sanguins — en traits pleins — et des canaux biliaires perméables — en doubles traits.
Dans l'intérieur du kyste, outre le liquide hydatique, on peut trouver des vésicules filles (V. F.), des vésicules proligères (V. P.), des scolex (S.).

Le *kyste hydatique* (ὕδωρ, ὕδατος eau) doit son nom à son contenu qui est un *liquide clair, eau de roche*, renfermé sous pression dans son enveloppe. Dans ce liquide nagent souvent des *vésicules filles*, des *têtes de tænia invaginées* ou *scolex*, et aussi des *crochets* provenant de ces têtes : le tout formant, au fond des vases où ce liquide est recueilli, ce qu'on appelle le *sable hydatique*.

Ce liquide est contenu dans une enveloppe constituée par une *membrane cuticulaire*, rappelant par sa couleur et sa consistance le blanc d'œuf cuit, membrane lamellaire, stratifiée comme les feuilles d'un livre, anhiste, et qui appartient en propre au kyste hydatique : c'est la *membrane hydatique*. A sa partie interne se trouve la *membrane proligère*, qu'on devine, plus qu'on ne la voit, et d'où naissent les vésicules proligères et les scolex.

Autour du kyste hydatique le tissu hépatique refoulé se condense, se sclérose, formant une *membrane adventice* fibroïde qui encercle le parasite. Cette membrane reste tout à fait indépendante de l'hydatide ; elle appartient en propre au foie. On y rencontre de nombreuses veines sus-hépatiques de gros calibre non thrombosées, ce qui nous expliquera la fréquence des hémorragies post-opératoires après l'ablation chirurgicale de ces kystes. On y trouve encore des canaux biliaires normaux et perméables, ce qui nous permettra de comprendre comment des scolex ou des vésicules pourront pénétrer dans les voies biliaires, et pourquoi l'écoulement de bile dans le péritoine — cholérragie — peut être la conséquence de la rupture intra-péritonéale du kyste hydatique.

Le liquide contenu dans le kyste hydatique n'a aucun rapport avec les humeurs de l'individu parasité, dont la membrane hydatique est intacte ; mais cette membrane peut se fissurer, et, par suite de l'existence dans l'adventice de nombreux canaux sanguins et biliaires, il peut en résulter diverses manifestations.

1) Tout d'abord du liquide hydatique va passer dans la circulation, et, par suite de ses propriétés toxiques, sensibiliser l'organisme, ou déterminer, si cette sensibilisation est déjà un fait accompli, des phénomènes plus ou moins graves d'ordre anaphylactique.

2) En sens inverse, c'est-à-dire de l'homme vers le kyste, des microbes, apportés par voie sanguine ou plus souvent par voie biliaire, vont pouvoir pénétrer dans le liquide hydatique, et y déterminer de l'infection et de la suppuration.

3) Enfin je vous ai signalé la possibilité du passage de scolex ou de vésicules filles, ou de débris de membrane dans les voies biliaires, et inversement de celui de la bile dans le kyste et au dehors.

Toutes ces éventualités auront une expression clinique que nous retrouverons tout à l'heure. Vous serez aptes à en comprendre le mécanisme.

Retenez dès maintenant que le kyste hydatique représente une tumeur parasitaire, surajoutée au foie, indépendante de son parenchyme, qu'elle ne lèse en aucune façon, car il existe habituellement, comme DIEULAFOY l'a montré, une hypertrophie compensatrice de l'organe qui pallie la déficience de la partie parasitée. Le kyste hydatique du foie n'engendrera donc aucun trouble fonctionnel hépatique. Il ne deviendra apparent qu'au moment où il aura atteint un volume suffisant pour former une tumeur. Dans la majorité des cas il ne se révèlera donc que par des signes exclusivement physiques, ceux d'une tumeur développée dans le foie.

C'est là l'opinion classique, et c'est la vérité dans la plupart des cas. Il en est quelquefois autrement, et l'exemple de notre malade en est une preuve : n'était-elle pas venue consulter son médecin pour des douleurs au niveau du foie et de l'ictère, et non pas pour une tumeur, dont elle ne soupçonnait pas l'existence ?

1. Etude clinique.

Diagnostic des kystes hydatiques du foie. Diagnostic positif.

SYMPTÔMES DES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

Voyons, cependant, tout d'abord quels sont les signes habituels des kystes hydatiques du foie.

A). Période de début.

On les observe aussi bien chez l'homme que chez la femme, chez l'adulte que chez l'enfant. Avant que l'hydatide soit devenue assez volumineuse pour se manifester par une tumeur appréciable il se passe un temps souvent fort long, pendant lequel elle reste absolument latente, insoupçonnée. Pour certains auteurs, le début d'un kyste hydatique de l'adulte remonterait souvent à l'enfance. Notre femme, avait cohabité avec un chien entre l'âge de 9 et 11 ans. Est-ce à ce moment qu'elle a contracté le kyste hydatique dont elle était atteinte en réalité, comme vous le verrez ? C'est possible, et cela confirmerait l'opinion précédente.

Si cette période initiale du kyste passe habituellement inaperçue, elle pourrait parfois être reconnue à certains symptômes sur lesquels BOUILLY et surtout DIEULAFOY ont insisté. Ce sont : des douleurs dans l'épaule et l'omoplate droites, ou encore au niveau de l'épigastre, sous forme de pesanteur, de tiraillements ; des poussées d'urticaire généralisée à répétition ; du dégoût des matières grasses, avec des régurgitations électives, sans nausées, sans effort, rejetant la graisse sous forme de gouttelettes nageant dans la salive, comme « les yeux du bouillon », ou faisant sur le papier où ces vomituritions sont recueillies, des taches huileuses caractéristiques ; de la diarrhée prandiale ou post-prandiale ; de la pleurésie sèche de la base droite, avec légère dyspnée, même alors que le kyste est trop petit pour irriter la plèvre ; des épistaxis ; des métrorragies...

En pratique, ces symptômes ont une grande valeur, mais surtout rétrospective ; on reconnaît généralement leur importance une fois la tumeur découverte, et ils servent alors d'argument clinique en faveur du diagnostic d'échinococcose hépatique.

B). Période d'état.

I) SIGNES PHYSIQUES

Le plus souvent le malade vient consulter parce que son ventre grossit, ou bien parce qu'il a remarqué une tuméfaction localisée dans la région de l'épigastre ou de l'hypochondre droit. La tumeur est bien le signe capital des kystes hydatiques du foie ; elle se reconnaît à ses *signes physiques* particuliers.

Mais, par suite du gros volume du foie, la tumeur kystique peut occuper, par rapport à lui, de nombreuses places : elle peut être centrale, ce n'est pas très fréquent; dès qu'elle grossit tant soit peu, elle bombe en effet, vers l'une des faces de l'organe, qu'elle déforme. Il existe ainsi 4 types principaux d'hydatides du foie : les kystes de la face supérieure ou convexe du foie, qui peuvent, suivant qu'ils se développent en avant ou en arrière, venir faire saillie sous les fausses côtes ou à l'épigastre, ou bien, au contraire, bomber dans le thorax en refoulant le diaphragme ; les kystes de la face inférieure, qui peuvent avoir un développement antérieur : abdominal, ou postérieur : lombaire.

Les signes physiques variant avec chacun de ces types tout en conservant certains caractères communs, il faut donc les étudier successivement à propos de chaque forme.

1º KYSTES HYDATIQUES CENTRAUX

Le *kyste hydatique central* est enfoui dans la profondeur du foie hypertrophié d'une façon régulière et diffuse. Un lobe, celui où se trouve le kyste — le lobe droit habituellement —, est en général un peu plus touché par l'hypertrophie.

Cette hépatomégalie présente quelques caractères particuliers : elle ne s'accompagne pas d'ascite, ni d'ictère, ni de splénomégalie. Ces signes négatifs, le dernier en particulier, ont une grosse valeur diagnostique.

2º KYSTES HYDATIQUES DE LA FACE CONVEXE

a) *Kystes antéro-supérieurs, chondro-abdominaux,*

Les kystes à développement antéro-supérieur, chondro-abdominal, sont les plus fréquents, et souvent aussi les plus caractéristiques, car ils entrent en rapport direct avec la paroi thoraco-abdominale et sont par conséquent plus accessibles à l'exploration (voir figure 3 — I).

A l'*inspection*, ils se traduisent par une voussure anormale, épigastrique ou latérale droite, élargissant la base du thorax et les derniers espaces intercostaux refoulés vers le haut, et qui par conséquent, tendent à devenir horizontaux.

Cette voussure est recouverte de téguments non modifiés, au niveau desquels on ne remarque aucun œdème, aucune rougeur, aucune circulation veineuse collatérale.

Elle suit les mouvements respiratoires du diaphragme.

A la *palpation* on sent qu'elle est due à une tumeur arrondie, régulière, de consistance ferme et élastique, rénitente, mais non fluctuante (le liquide est trop tendu), qui semble « une boule enchâssée dans le foie ». Cette palpation ne réveille absolument aucune douleur.

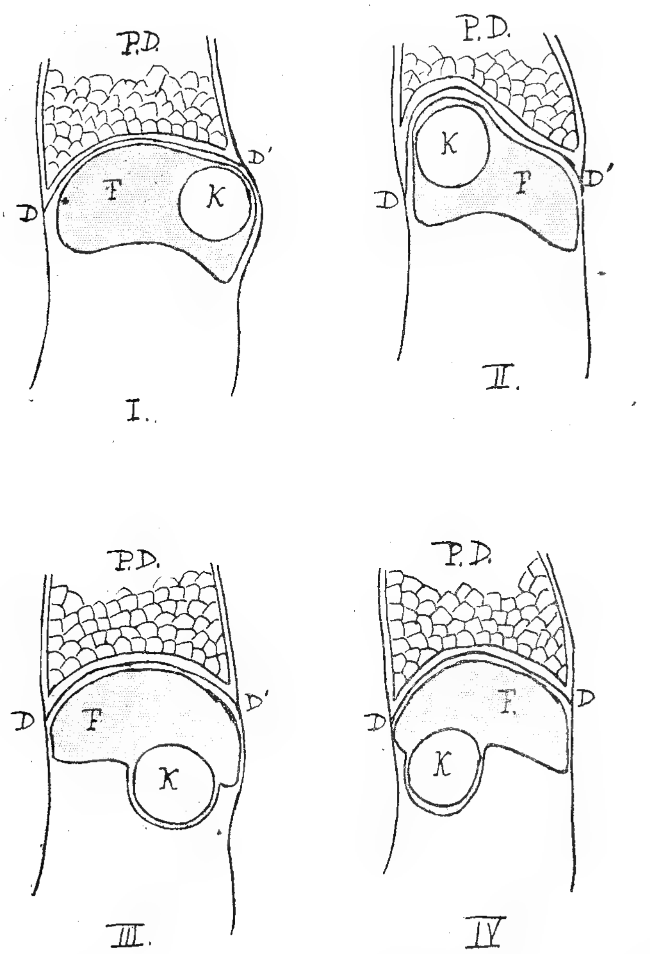


Fig. 3. — **Schémas figurant les quatres formes principales des kystes hydatiques du foie.**
Ces schémas permettent de comprendre et de retenir les divers signes physiques caractéristiques de chacune de ces formes.

I et II. — Kystes hydatiques de la face convexe.
- I. — *Kyste antéro-supérieur, chondro-abdominal.*
- II. — *Kyste postéro-supérieur thoracique.*

III et IV. — Kystes hydatiques de la face inférieure.
- III. — *Kyste antéro-inférieur, abdominal.*
- IV. — *Kyste postéro-inférieur, lombaire.*

D. D' : diaphragme. — F. : foie. — P. D. : poumon droit. — K. : le kyste hydatique.

La *percussion* montre que cette tumeur est mate, comme le foie, lui-même : les deux matités, hépatique et tumorale, se fondent intimement.

Quelquefois — mais rarement — au moins d'après mon expérience personnelle — la main, appliquée sur la tumeur et dont le doigt est percuté, perçoit immédiatement après chaque choc de percussion une sensation très particulière de frémissement, de tremblement de toute la masse sous-jacente, qu'on a comparée à celle que donnerait la percussion d'une masse de gelée, ou encore d'un sommier élastique (Davaine). C'est là le *frémissement hydatique* de Briançon et de Blatin, connu autrefois sous le nom de *signe du sommier élastique*. On l'avait considéré tout d'abord comme pathognomonique, car on admettait l'opinion de Cruveilhier, qui l'attribuait à la collision intra-kystique des vésicules filles. On sait actuellement que ce frémissement tient aux caractères physiques du kyste : à l'élasticité de la paroi, à la tension du liquide (Davaine ; Boinet), et à sa densité faible, analogue à celle de l'eau (Milian), il n'est donc pas surprenant qu'on puisse le rencontrer dans d'autres productions pathologiques liquides qui réalisent des conditions analogues (hydronéphroses, kystes non hydatiques). Sa valeur est cependant très grande, car c'est le kyste hydatique qui remplit le mieux les conditions nécessaires à sa production.

L'*auscultation du foie combinée à sa percussion* permettrait parfois d'entendre un bruit musical analogue au son produit par la vibration d'une grosse corde à violon. Ce signe, très rare, porte le nom de *retentissement sonore de* Santini.

b) Kystes postéro-supérieurs, thoraciques,

Les kystes à développement postéro-supérieur bombent dans le thorax en refoulant le diaphragme et le poumon droit, quelquefois jusqu'à la hauteur de la 2ᵉ côte. (Voir figure 3-II). Ils se traduisent cliniquement par des symptômes analogues à ceux des épanchements liquides de la grande cavité pleurale droite : immobilité et voussure de l'hémithorax droit à sa base, abolition des vibrations vocales, matité, silence respiratoire à ce niveau. Quelques particularités peuvent cependant permettre de rattacher ces phénomènes à l'échinocoque hépatique ; les voici :

Guéneau de Mussy a fait remarquer, le premier, que le kyste hydatique, refoulant de bas en haut le diaphragme, diminue l'obliquité descendante naturelle des côtes, et tend à les rapprocher de l'horizontale, contrairement à la pleurésie qui exagère l'obliquité descendante des côtes.

La matité, en cas de kyste hydatique du foie ascendant, est limitée en haut par une ligne courbe régulière à convexité supérieure et non par une ligne parabolique de Damoiseau comme dans les épanchements pleuraux liquides.

Enfin Hanot a signalé que le foie n'est jamais abaissé, ou ne l'est que d'une façon insignifiante, par les hydatides du foie, même volumineuses.

A ces caractéristiques classiques de l'échinocoque hépatique à développement thoracique M. Chauffard a ajouté deux symptômes nouveaux : le flot transthoracique, le ballottement sus-hépatique.

Le *signe du flot transthoracique* se recherche sur le malade debout en percutant directement avec la main droite la partie antérieure des 5ᵉ ou 6ᵉ côtes ou des espaces intercostaux correspondants pendant que la main gauche est appliquée à plat en arrière sur le thorax en pleine matité, sous l'omoplate. Au moment des chocs percutants, la main gauche perçoit très nettement une ondulation profonde et vibratoire, semblable à celle qu'on éprouve en recherchant le flot transabdominal au cas d'ascite, et qui semble se propager d'avant en arrière à travers le thorax, d'où son nom de flot transthoracique. Le malade chez qui M. Chauffard a découvert ce signe en avait l'autoperception.

Lorsque le foie déborde les fausses côtes en bas, on peut obtenir la sensation de flot en percutant directement en avant, non la cage thoracique, mais la partie du foie qui proémine dans l'abdomen, le signe est le même, mais la dénomination doit changer : *le flot est transabdomino-thoracique*.

Il peut se faire qu'il soit *transabdominal*, dans les cas de certains kystes non plus ascendants mais de la face antéro-externe, où on l'obtient en percutant en avant avec la main droite la face débordante abdominale du foie, la main gauche qui reçoit le flot étant placée en arrière et en dehors à la partie postérieure et latérale de l'abdomen, dans l'échancrure costo-iliaque.

A l'inverse du signe précédent, qu'on ne peut obtenir que dans la station debout, *le ballottement sus-hépatique* ne peut être perçu que dans la position couchée. Il faut pour celà placer la main gauche sous la clavicule droite du malade, au niveau des 2e et 3e espaces intercostaux droits, tandis qu'avec le bout des doigts de la main droite dirigés vers le haut on accroche le bord tranchant du foie, et qu'on lui imprime de petites secousses de bas en haut. A chaque saccade la main gauche ressent un choc léger de bas en haut, qui rappelle comme sensation celle que donne le ballottement du fœtus dans l'utérus maternel.

Quand ces deux symptômes, du flot transthoracique et du ballottement sus-hépatique, existent chez un malade, ils permettent, comme l'a dit M. Chauffard, de « cuber » en quelque sorte la masse hépato-hydatique, le flot transthoracique donnant son diamètre antéro-postérieur, le ballottement sus-hépatique permettant d'apprécier son diamètre vertical. Leur valeur sémiologique est d'autant plus grande, en outre, qu'ils manquent dans les épanchements liquides de la plèvre, de même que dans les abcès et dans les tumeurs du foie. Leur importance au point de vue du diagnostic est donc considérable. Ils sont malheureusement très souvent absents dans les cas de kystes hépatiques du foie les plus typiques.

3) Kystes hydatiques de la face inférieure

a) *Kystes antéro-inférieurs abdominaux,*

Quand l'échinocoque du foie se développe à la face inférieure du foie, en avant, vers l'abdomen, il vient, comme chez notre cartonnière, former sous le foie une tumeur arrondie, lisse, dure et rénitente, à convexité inférieure (voir figure 3. — III). Cette tumeur peut être appréciable à la vue sous la peau de l'abdomen qu'elle soulève. Elle fait corps avec le foie et elle se mobilise avec lui au moment des mouvements respiratoires. Elle est indolore. Elle est mate à la percussion, et son aire de matité, appendue à la partie inférieure de celle du foie, se confond avec elle sur une certaine étendue. Elle donne quelquefois le phénomène du frémissement hydatique à la percussion.

Dans certains cas ces kystes abdominaux s'écartent du foie, auquel ne les réunit plus qu'un pédicule mince ; alors le côlon peut s'insinuer entre l'échinocoque et le foie, et interposer sa sonorité entre les deux matités hépatique et hydatique. Il faut être prévenu de cette éventualité possible pour ne pas méconnaître l'origine hépatique de la tumeur abdominale, et dans ces cas un des meilleurs éléments du diagnostic est la mobilité de la masse avec les mouvements respiratoires.

b) *Kystes postéro-inférieurs, lombaires,*

Les kystes hydatiques à développement inférieur et postérieur occupent la région lombaire (voir figure 3-IV). Ils sont profondément situés, moins accessibles à l'exploration. Tout comme les tumeurs rénales ils peuvent donner lieu à du ballottement. Leurs caractères généraux sont cependant ceux des autres kystes hydatiques du foie.

II) Signes fonctionnels et généraux.

A cette richesse de la symptomatologie physique de l'échinococcose hépatique s'oppose classiquement la pauvreté de sa séméiologie fonctionnelle et générale.

Il n'y a : ni douleurs hépatiques, ni troubles de la circulation porte (pas d'ascite, pas de circulation veineuse collatérale, pas de splénomégalie), ni modifications de l'excrétion biliaire (pas d'ictère), pas de décoloration des matières fécales, ni de symptômes d'insufisance hépatique.

On n'observe pas non plus de modifications de l'état général : pas d'amaigrissement, pas d'asthénie, pas de fièvre.

Vous voyez donc que si les signes physiques présentés par notre malade répondaient bien à ceux d'un kyste hydatique de la face inférieure du foie à développement épigastrique, les symptômes fonctionnels très marqués chez elle — douleurs et ictère — orientaient plutôt le diagnostic vers une autre affection que l'hydatide : la lithiase biliaire ou une affection ulcéreuse pyloro-duodénale.

Leur présence permettait-elle d'éliminer d'une manière absolue le kyste hydatique du foie ? En aucune façon, comme vous allez l'entendre, car douleurs et ictère seraient bien moins souvent absents dans l'échinococcose hépatique que ne l'enseignent les classiques.

1) Douleurs.

Les douleurs existeraient, d'après M. Quénu, dans la moitié des cas ; c'est là aussi l'opinion de M. Chauffard.

Elles revêtiraient plusieurs types.

a) Souvent, elles se réduisent à une sensation de pesanteur, de lourdeur au niveau de l'épigastre ou de l'hypochondre droit ; à un point de côté droit avec irradiations nombreuses : dans le dos, vers l'épaule, en bretelle, quelquefois aussi dans les lombes, les aines, etc. Dieulafoy, vous vous en souvenez, avait déjà signalé ces douleurs comme symptôme de début du kyste hydatique.

b) Parfois elles prennent le type gastralgique, s'accompagnent de crampes d'estomac, de nausées, de vomissements, et feraient croire à l'existence d'une affection stomacale.

c) Enfin, et ceci est plus fréquent, elles se présentent sous la forme pseudo-lithiasique, simulent la colique hépatique, avec des crises douloureuses paroxystiques, siégeant dans l'hypochondre droit et accompagnées de vomissements.

Eh bien ! justement, notre cartonnière n'était-elle pas atteinte d'un kyste hydatique du foie avec crises douloureuses pseudo-lithiasiques ? elle qui présentait en même temps ; 1° une tumeur épigastrique, qui ressemblait absolument à une hydatide du foie et 2° des douleurs qui rappelaient celles de la colique hépatique.

2) Ictère.

Sans doute, ne demanderiez vous pas mieux que de l'admettre, si vous n'étiez pas gênés par la présence de cet ictère intermittent, venu, à peu près chaque fois, compliquer le syndrome douloureux paroxystique. Cette jaunisse, pensez-vous, plaide en faveur de la lithiase biliaire, maladie des voies biliaires, contre l'échinocoque

parasite situé en dehors des voies biliaires. Est-ce que je ne viens pas de vous dire que dans le kyste hydatique, il n'existe pas d'ictère, habituellement du moins. ?

Cela est vrai dans la majorité des cas. Pourtant, M. Quénu a prouvé, chiffres en mains, que l'ictère dans l'échinococcose hépatique, est moins rare qu'on ne l'a dit. Il l'a noté 44 fois sur 502 observations, appartenant à 5 auteurs différents, ce qui donne une fréquence de 8,76 pour 100.

L'ictère il est vrai, — contrairement à la douleur — est rarement un signe de début de l'échinocoque, elle apparaît au cours de son évolution, comme une complication intercurrente.

Le mécanisme de sa production est double.

a) Quelquefois, il s'agit d'un ictère par compression des voies biliaires. C'est tout à fait rare. Cela ne se voit guère que dans les cas de certains gros kystes de la face inférieure du foie, qui compriment les canaux biliaires au niveau du hile du foie. Dans ces cas l'ictère est permanent et progressif.

b) Généralement on se trouve en présence d'un ictère par angiocholite, consécutif à l'infection et à la suppuration du kyste hydatique. L'infection des voies biliaires succède tantôt à la rupture du kyste et au passage par effraction de membranes hydatiques ou de liquide hydatique suppuré dans les canaux biliaires, tantôt à la simple décharge dans les voies biliaires du liquide hydatique infecté, passé par osmose à travers la membrane hydatique profondément modifiée, mais non rompue. Cliniquement, l'ictère est alors variable, souvent fébrile, et parfois accompagné de phénomènes mécaniques associés, en rapport avec l'obstruction temporaire des voies biliaires par les débris d'hydatide. Il se constitue là un ictère pseudo-lithiasique, sur lequel M. Tuffier a tout particulièrement attiré l'attention.

En fin de compte, nous arrivons donc à cette conclusion que le cas de notre malade répondait tout à fait à ce type ; chez elle, douleurs et ictère avaient pris le type lithiasique ; la tumeur épigastrique était venue affirmer la nature hydatique de cette pseudo-lithiase.

Résumé des signes principaux des kystes hydatiques du foie.

Pour résumer, à la fin de cette étude du diagnostic positif des kystes hydatiques du foie, les symptômes les plus importants de ces productions parasitaires, je vous dirai :

Vous fonderez essentiellement votre opinion :

1º sur l'existence au niveau du foie, et faisant corps avec lui, d'une tumeur arrondie, nettement circonscrite ;

2º sur l'indolence de cette masse néoformée ;

3º sur l'absence de splénomégalie, d'ascite, de circulation veineuse collatérale, de signes d'insuffisance hépatique ;

4º sur l'inexistence de fièvre, de lésions viscérales, de troubles de l'état général.

Quand tous ces caractères existeront, il y a bien des chances pour que le diagnostic de kyste hydatique du foie soit exact.

Il est évident que l'absence d'ictère, la présence d'urticaire ou l'existence du frémissement hydatique apportent aussi des arguments de valeur en faveur de l'échinocoque. Il en est de même de la notion du pays d'habitation, comme l'Islande, la République Argentine, et de la profession du malade (boucher, berger, paysan.. etc.). Je vous rappelle que notre cartonnière avait cohabité avec un chien entre l'âge de 9 et de 11 ans.

II) Diagnostic différentiel.

1º Vous vous souvenez aussi que nous n'avons pas adopté sans discussion le diagnostic d'hydatide du foie. Nous avions posé l'hypothèse possible de *lithiase biliaire avec hydropisie de la vésicule biliaire*, et de *péritonite plastique sous-hépatique d'origine gastrique ou duodénale*. Je ne reviens pas sur les raisons qui nous les ont fait repousser.

Outre ces deux diagnostics différentiels LES KYSTES HYDATIQUES DU FOIE A DÉVELOPPEMENT ABDOMINAL peuvent quelque fois en susciter d'autres : *la péritonite tuberculeuse localisée* autour du foie, (la péri-hépatite tuberculeuse), *les tumeurs du mésentère*, *celles du pancréas*, même enfin *les kystes de l'ovaire*, car certains gros kystes hydatiques du foie peuvent remplir tout l'abdomen, le bassin même et être perçus par le toucher vaginal.

2º LES HYDATIDES A DÉVELOPPEMENT LOMBAIRE peuvent être confondues avec une *hydronéphrose*, *un abcès par congestion*, *un rein flottant*, *une tumeur ou un kyste hydatique du rein*. Mais les tumeurs rénales donnent mieux le ballottement que les kystes hépatiques lombaires ; elles sont immobiles avec la respiration ; elles sont recouvertes en avant par le côlon sonore à la percussion. Quand on hésite, un examen radiographique du côlon rempli par un lavement opaque permettrait de rendre plus ferme son opinion : une tumeur du foie déplace généralement le côlon en dedans, une tumeur du rein le repousse en dehors, d'après Maingot.

3º Le diagnostic différentiel est particulièrement épineux dans les cas D'ÉCHINOCOQUES DU FOIE CENTRAUX OU ANTÉRO-SUPÉRIEURS.

Il faut les distinguer de tous les gros foies, spécialement de ceux dans lesquels l'hypertrophie est plus ou moins irrégulière et peut s'accompagner de bosselures.

A cause de la présence de la splénomégalie on n'a pas de peine à éliminer *les gros foies paludéen* ou *leucémique* ; de même qu'on écarte aisément l'idée d'un *foie cardiaque*, en raison des symptômes concomitants de lésion du cœur et d'asystolie.

En général le diagnostic est surtout à faire avec : *la syphilis du foie*, principalement quand les kystes sont multiples ; *le cancer du foie*, qu'on reconnaît surtout à la rapidité de son évolution et à l'atteinte profonde et rapide de l'état général ; et enfin les *abcès du foie*, qui sont douloureux, s'accompagnent de fièvre, et ont été précédés de signes de dysenterie.

4º Quant aux KYSTES A DÉVELOPPEMENT POSTÉRO-SUPÉRIEUR, ils simulent, je vous l'ai dit, *les épanchements pleurétiques de la base droite*. Je vous ai indiqué les principaux moyens de les en distinguer. Le silence respiratoire est absolu, j'y insiste, au niveau de la zone mate ; jamais on n'y entend de souffle. Cependant une pleurésie peut venir compliquer une hydatide du foie, et rendre bien difficile le diagnostic exact de la nature du syndrome de l'hypochondre droit.

2) Etude radiologique.

Aussi, pour trancher la question, est-il nécessaire de recourir à des examens complémentaires pratiqués par la radiologie et le laboratoire.

a) Technique

Le foie est un organe opaque aux rayons X. Son étude radiologique ne peut fournir d'utiles renseignements que dans la mesure où ses bords seront visibles, afin de

pouvoir apprécier son volume et la forme de ses contours. Or, si le bord supérieur du foie est nettement apparent, sans aucun artifice de préparation, sous la coupole diaphragmatique qu'il soulève, à cause du contraste qui existe entre son opacité et la transparence normale du poumon, son bord externe se confond avec le profil de la paroi thoraco-abdominale, et son bord inférieur surtout se perd dans l'opacité générale de la cavité abdominale. Pour bien voir ce bord inférieur, il faut user d'un stratagème : 1° ou bien l'on insuffle du gaz dans le côlon, par l'intermédiaire de l'anus, et dans l'estomac par absorption progressive et lente de potion de Rivière, c'est là le procédé de choix : le procédé de *l'insufflation gastro-colique* ; 2° ou bien l'on injecte par une ponction abdominale du gaz dans la cavité péritonéale : *le pneumo-péritoine* ainsi réalisé décolle le foie du diaphragme et de la paroi abdominale, le sépare des anses intestinales, et, le sujet étant dans le décubitus ventral, permet d'apprécier admirablement la forme et le volume du foie complètement isolé des organes voisins. Ce procédé du pneumo-péritoine est donc idéalement le meilleur. Il ne faut cependant y avoir recours qu'exceptionnellement, car il est dangereux et a pu provoquer dans certains cas des syncopes mortelles. Il y a surtout un gros danger d'inhibition à mettre le malade debout.

Pour examiner le foie d'un malade suspect d'avoir un kyste hydatique du foie, vous ferez donc au préalable une insufflation gastro-colique, puis vous placerez votre sujet ainsi préparé derrière l'écran, et voici ce que vous verrez.

b) Résultats.

a) S'il s'agit d'un kyste hydatique central, vous ne verrez rien de particulier qu'une augmentation uniforme du volume du foie, car l'hydatide ayant la même constitution chimique que le foie lui-même oppose au passage des rayons cathodiques la même résistance que lui, et donne donc une opacité exactement semblable.

b) Par contre, si l'échinocoque affleure la périphérie de l'organe, il en déforme les contours et se manifeste alors sous l'aspect d'une bosse arrondie, limitée par un arc de cercle très régulier, comme « tracé au compas » qui se surajoute à l'ombre hépatique soit en haut, où elle soulève le dôme diaphragmatique et augmente la dénivellation normale entre les deux hémidiaphragmes, soit en bas, où elle proémine dans la cavité abdominale. Dans les kystes à développement supérieur l'adjonction d'une bosse supérieure à l'ombre du foie donne à l'image radiologique produite alors par la masse hépato-kystique l'aspect dit « en brioche ».

Ne croyez pas qu'aucun de ces aspects soit absolument pathognomonique de l'échinocoque du foie. Un abcès, un cancer, la syphilis du foie, la rétraction du diaphragme par sclérose pulmonaire, peuvent en réaliser de semblables.

L'examen radioscopique, au cas de suspicion d'hydatide du foie, présente néanmoins un gros intérêt. Il permet quelquefois de découvrir de petits kystes hydatiques postéro-supérieurs principalement, d'un volume insuffisant pour se traduire par des signes cliniques ; dans d'autres circonstances il montre les rapports intimes d'une tumeur abdominale avec le foie, et oriente ainsi le diagnostic vers une hydatide qu'on allait méconnaitre ; enfin, il est toujours utile pour préciser aussi exactement que possible la situation du kyste par rapport au foie, renseignement de grande importance lorsqu'il s'agit de décider par quelle voie on abordera le kyste au point de vue chirurgical.

Il arrive encore, comme chez notre malade, que l'examen radioscopique autorise à éliminer des maladies des organes voisins du foie, ce qui renforce l'hypothèse émise de kyste hydatique possible.

Ainsi, notre cartonnière avait été examinée à deux reprises par M. le Dr Gibert, à St-Antoine. Son estomac, son duodénum, ses intestins, s'étaient montrés parfaitement normaux. On avait vu sous le foie, aux confins du lobe gauche du foie et du lobe carré, une tumeur faisant corps avec la glande hépatique, indépendante du gros intestin, et dont la situation trop médiane permettait d'exclure l'idée qu'il s'agissait de la vésicule biliaire. Nous avons fait, nous-mêmes, avec le Dr Maingot, des constatations analogues.

Dans ces conditions, le diagnostic de kyste hydatique du foie ne semblait plus guère faire de doute. Il fallait cependant essayer de le rendre plus certain encore, en s'adressant aux recherches de laboratoire. C'est ce que nous avons fait.

Avant de vous donner les résultats qu'elles nous ont fournis, je voudrais vous signaler, à propos de la radiologie des kystes hydatiques du foie, les modifications qu'apporte à l'image de ces kystes la présence de gaz à leur intérieur.

c) *Les kystes hydatiques gazeux.*

Les kystes hydatiques gazeux (pneumo-kystes) peuvent être : 1° primitifs, ils succèdent à la suppuration anaérobie du kyste ; ou 2° secondaires, ils sont consécutifs à l'ouverture chirurgicale ou spontanée du kyste dans les bronches, l'estomac, l'intestin. Quelquefois reconnus cliniquement à leur sonorité mobile et changeant suivant la position du malade, à la succussion, au souffle amphorique qu'on y peut entendre, ils se reconnaissent radiologiquement à ce qu'ils donnent l'impression qu'il existe dans le foie une poche à air, absolument analogue à la poche à air gastrique qui semble lui faire pendant à gauche.

Ceci dit, revenons à nos recherches de laboratoire.

3° Les recherches de laboratoire.

I. Ponction exploratrice.

Pour un esprit non averti, il semblerait que le moyen le plus simple de s'assurer de l'existence d'une hydatide dans le foie fût d'y pratiquer une ponction exploratrice. L'aspiration d'un liquide clair eau de roche, la présence en son sein de sable hydatique avec des crochets et des scolex reconnaissables au microscope est absolument caractéristique et pathognomonique. C'est parfaitement exact, et, pourtant, *il ne faut jamais pratiquer de ponction exploratrice dans une tumeur, du moment qu'on soupçonne la possibilité de sa nature hydatique.*

En effet, cette ponction est *infidèle* et *trompeuse*. Il est assez fréquent qu'elle reste blanche, ne ramène aucun liquide, car certains kystes sont à ce point bourrés de vésicules filles tassées les unes contre les autres qu'ils ne contiennent que très peu de liquide, ou même n'en renferment pas du tout.

Et surtout, la ponction exploratrice d'un kyste hydatique est *dangereuse*. Elle peut donner lieu, par suite au passage dans l'économie de quelques gouttes de liquide hydatique, à des phénomènes plus ou moins graves (urticaire, dyspnée, hoquet, collapsus, mort même), attri-

bués autrefois à l'intoxication hydatique, et qu'on sait maintenant être de nature anaphylactique. Elle expose à la contamination du péritoine par des scolex ou des vésicules filles, échappés par le point de ponction, et par conséquent à l'échinococcose péritonéale secondaire. Enfin, elle peut être le point de départ de l'infection du kyste.

Ce moyen direct de diagnostic de l'hydatide par la découverte de certaines parties inhérentes du parasite devant être formellement proscrit, on a cherché alors dans les réactions provoquées dans l'organisme par l'intoxication hydatique des procédés indirects de diagnostic de l'échinocoque par le laboratoire.

II. Eosinophilie sanguine.

La recherche de l'éosinophilie est, parmi ces réactions, la plus facile à mettre en œuvre. Tandis qu'à l'état normal le sang ne renferme que 0,5 d'éosinophiles pour 100, il y aurait, en cas de kyste hydatique, plus de 4 pour 100 d'éosinophiles et jusqu'à 50 et même 57 % de ces éléments ; en moyenne on admet que l'éosinophilie sanguine d'origine hydatique oscille autour de 12 pour 100.

Cependant l'éosinophilie sanguine n'est pas constante dans l'échinococcose. Elle manque en particulier quand le kyste hydatique est mort ou suppuré. En outre, ce n'est pas une réaction spécifique, elle existe dans un grand nombre de maladies, spécialement dans les affections parasitaires, par exemple dans l'helminthiase intestinale, si répandue.

Malgré tout, ajoutée aux autres signes, l'éosinophilie sanguine apporte son appoint au diagnostic; il est incontestable qu'elle est directement en rapport avec l'intoxication hydatique, puisqu'elle disparaît quelques heures après l'ablation chirurgicale du kyste (Chauffard et Vincent) et puisque sa persistance après l'opération est généralement en rapport avec l'existence d'un autre kyste passé inaperçu.

Nous n'avons donc pas manqué de procéder à cette recherche dans notre cas. Nous avons trouvé une éosinophilie nette à 15 pour 100.

Décidément, tout confirmait l'hypothèse de kyste hydatique chez notre femme !

III) Réaction de fixation (de Weinberg).

Nous aurions pu trouver sans doute un nouvel argument en sa faveur dans la réaction de fixation appelée suivant les pays *réaction de Ghedini* (Italie) *d'Imaz-Lorentz* (Argentine) *de Weinberg-Parou* (France). Cette réaction de fixation du complément, qui cherche à mettre en évidence la présence, dans le sang du malade parasité, d'une sensibilisatrice contre le liquide hydatique, se fait exactement comme toute réaction de fixation de Bordet-Gengou, mais en employant comme antigène du liquide hydatique venant de foies de mouton.

Cette réaction est d'une technique délicate, mais elle a l'avantage sur la recherche de l'éosinophilie d'être spécifique. Sa valeur est cependant discutée. Elle reste souvent négative, malgré l'existence avérée de kyste hydatique. La toxicité du kyste dans ces cas est restée « enclose », suivant le mot de M. Chauffard ; la preuve en est que l'on a vu la réaction de Weinberg, négative après l'opération, devenir ensuite positive, car le liquide hydatique avait sans doute intoxiqué l'individu au cours de l'intervention. C'est probablement aussi par suite de l'imprégnation plus facile de l'économie par les toxines hydatiques mal retenues par la membrane hydatique altérée, qu'on peut s'expliquer que la réaction de Weinberg soit plus souvent positive lorsque le kyste hydatique est suppuré que lorsqu'il ne l'est pas.

Dans certains cas — rares en vérité — la réaction de fixation aurait induit en erreur, en donnant une réaction positive, alors qu'il n'y avait pas de kyste hydatique, comme par exemple, dans le cas de Weill, Mouriquand et Gardère où il s'agissait d'un sarcome du rein chez un enfant de 8 ans, et dans celui de Lesieur, Roger et Aigrot, où l'on a trouvé un cancer gastro-épatique et non une hydatide.

IV) Intradermo-réaction de Casoni

L'intradermo-réaction de Casoni, est très en faveur en Italie et en Argentine. Elle serait beaucoup plus constante et plus sûre que la réaction de fixation. Pour la pratiquer il faut se munir de liquide de kyste hydatique (ovin ou bovin) filtré plusieurs fois, et additionné d'une goutte d'acide phénique pur pour 20 centimètres cubes ; ce liquide conservé à la glacière est valable pendant un mois. On en injecte deux à cinq dixièmes de centimètre cube dans le derme de la peau de l'avant-bras. Quand le résultat est positif, il se produit en quelques minutes une plaque d'érythème autour du point de piqûre ; cette plaque atteint son maximum d'extension en une demi-heure; tandis que son centre est devenu nettement ortié au bout de 10 à 15 minutes. Rougeur et œdème durent 48 à 72 heures, puis disparaissent sans laisser de traces. Il n'y a jamais de douleurs; il n'est jamais survenu d'accidents.

On peut affirmer que la réaction est négative, quand, une heure après l'injection, il ne s'est encore rien produit d'anormal à son niveau. Cette méthode est donc rapide ; elle aurait encore l'avantage d'être spécifique et constante. D'après Ithurrat et Calcagno (de Buenos-Aires), elle se montrerait toujours positive au cas d'échinococcose, même après ouverture ou suppuration du kyste hydatique. Grâce à elle la toxicité enclose de Chauffard serait un mythe : la réaction de Casoni ne connaîtrait pas d'échec.

En France, cet enthousiasme n'est pas unanimement partagé. Nous avons pratiqué chez notre jeune femme l'intradermo-réaction au liquide hydatique. Elle ne nous a pas donné de réponse, mais je m'empresse de vous dire que nous avons employé un liquide trop ancien sans doute, et ce résultat négatif ne permet pas de tirer de conclusions contre la valeur de cette méthode.

Retenez, en somme, que le laboratoire, sans être absolument infaillible, peut vous donner de solides arguments en faveur de l'existence d'un kyste hydatique soupçonné grâce à la clinique et à la radiologie. Ne manquez pas d'interroger alors la réaction de fixation de Weinberg et surtout l'intradermo-réaction de Casoni, toutes deux spécifiques — au moins en théorie —, et n'oubliez pas non plus la recherche de l'éosinophilie sanguine, que sa simplicité même recommande à votre choix. Il est bon, dans les cas difficiles, d'avoir recours à ces trois méthodes d'exploration, car les réactions de l'organisme sont souvent « dissociées » (Chauffard), les unes pouvant être positives, les autres négatives, chez un même malade.

Dans certains cas, la recherche dans les selles, après tamisage, de débris de membranes hydatiques, ou de vésicules filles — ou au microscope, de scolex et de crochets (voir figure 4) a permis d'affirmer le kyste hydatique du foie. Alors sans doute le kyste s'était rompu dans les voies digestives ou même dans les voies biliaires. Au moment des crises douloureuses pseudo-lithiasiques avec ictère, peut-être cet examen coprologique aurait-il pu,

chez notre cartonnière, présenter quelqu'intérêt ? Il n'avait plus de raison d'être pratiqué au moment de notre examen.

Diagnostic du nombre des kystes.

Nous étions en somme arrivés à accumuler, grâce à la clinique, à la radiologie et au laboratoire un grand nombre d'arguments, qui rendaient ici le diagnostic de kyste hydatique du foie à peu près certain. Nous devions encore nous poser la question subsidiaire suivante : ce kyste hydatique était-il unique ? ou bien cette femme avait-elle plusieurs kystes hydatiques ?

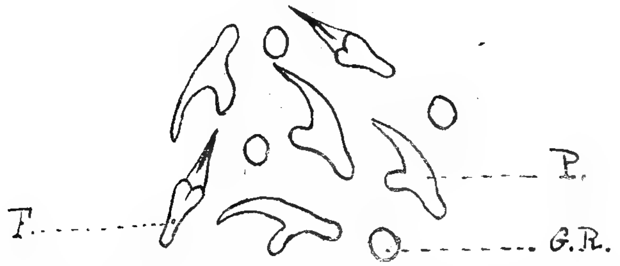


Fig. 4. — *Crochets libres d'échinocoques*, vus au microscope et très grossis. Quatre globules rouges représentés sur la figure peuvent servir d'échelle de dimensions).
F : crochets vus de face.
P : crochets vus de profil.
G. R. : globules rouges.

Les kystes hydatiques sont en effet multiples dans 20 à 30 pour 100 des cas. Il est vrai qu'alors on sent plusieurs tumeurs dans le foie, ou bien il existe un contraste frappant entre le volume du kyste perçu, et celui de la glande hépatique, ce qui fait présumer l'existence d'une autre hydatide, centrale celle-là. Rien de pareil ici.

Il aurait pu se faire aussi que notre malade ait eu d'autres kystes hydatiques, dans le poumon, et surtout dans le petit bassin ; l'examen complet de cette femme, les toucher vaginal et rectal montraient qu'il n'en était rien.

Diagnostic de l'état du kyste.

Quant à savoir si le kyste était suppuré ou non, mort ou vivant, c'était là des questions de moindre importance au point de vue du pronostic et de la conduite à tenir.

Pour supposer la suppuration du kyste, il y avait la fièvre passagère, la sensibilité de la poche kystique. Nous aurions été plus affirmatifs encore si les douleurs avaient été plus vives, la fièvre plus tenace avec tendance hectique, s'il y avait eu des signes d'un pneumo-kyste spontané.

Ce kyste donnait lieu à trop de complications ; ses symptômes s'accentuaient trop de jour en jour, pour qu'on pût un instant supposer qu'il était mort. Il paraissait au contraire manifester un développement rapide, en rapport avec une activité vitale énergique.

Pronostic.

Le pronostic à porter ici — comme dans l'échinococcose hépatique en général — était donc très sérieux. Le kyste hydatique du foie est une affection qu'on ne peut guérir qu'en pratiquant une intervention chirurgicale importante.

Evolution.

A) Guérison spontanée.

Il est, en effet, tout à fait exceptionnel que le kyste hydatide du foie guérisse spontanément. Cette évolution favorable est pourtant possible, et on a trouvé, à l'autopsie de certains sujets morts d'une autre maladie, des poches kystiques à parois ratatinées et flétries, infiltrées de sels calcaires, remplies de détritus caséeux, vestiges de kystes méconnus pendant la vie.

B) Evolution progressive habituelle.

Habituellement l'évolution d'un kyste hydatique le pousse : 1° soit à augmenter progressivement ; 2° soit à se rompre ; 3° soit à suppurer.

1° *Accroissement progressif.*

L'augmentation progressive du kyste est très lente ; elle peut durer des années.

Elle peut entraîner des troubles de compression portant : sur la veine porte et produisant de l'ascite ; sur les canaux biliaires et donnant de l'ictère ; sur le poumon, et provoquant de la dypsnée.

La présence d'un kyste hydatique dans le foie est longtemps compatible avec un bon état général. Cependant quelquefois — en raison de la résorption de poisons hydatiques — la santé s'altère profondément, les malades perdent l'appétit, maigrissent, s'anémient, deviennent asthéniques. Leur émaciation, leur pâleur, la sécheresse de leur peau, tout leur donne l'apparence de cancéreux ou de tuberculeux : aussi cet état a-t-il été désigné sous le nom de *cachexie hydatique* ou de *phtisie hydatique* (Quénu et Duval). C'est bien l'hydatide qui doit être rendue responsable de cette cachexie, puisqu'elle disparait complètement sous l'influence de l'ablation chirurgicale du kyste.

2° *Rupture.*

L'hydatique non suppurée peut se rompre, quel que soit d'ailleurs son volume, soit spontanément, soit après un choc, un coup, un effort. La rupture de la poche a lieu dans la plèvre ou le péritoine ; elle provoque suivant les cas deux sortes d'accidents.

a) Ou bien il se produit des *manifestations d'ordre anaphylactique* (œdèmes, urticaire, dyspnée, état lipothymique, syncope) par résorption rapide du liquide, et si l'organisme était auparavant sensibilisé ;

b) Ou bien des accidents d'*échinococcose secondaire* apparaissent, par suite de la greffe de nouveaux kystes hydatiques dans la cavité séreuse, où s'est ouverte l'hydatide. Les vésicules filles (Lebedeff) ou les scolex (Dévé) sont en effet capables, sans l'intermédiaire d'un hôte étranger (chien), de donner de nouveaux échinocoques.

Suivant le siège du kyste, à la face supérieure ou à la face inférieure du foie, l'ouverture se fait tantôt dans le péritoine, tantôt dans la plèvre (presque toujours la droite).

1° *La rupture de la poche dans le péritoine* s'annonce quelquefois d'une manière dramatique par une douleur abdominale atroce, suivie de mort en quelques heures en état de schock ou par anaphylaxie.

Assez souvent le début, tout en restant brusque, est moins brutal. La douleur initiale s'apaise ; elle est bientôt suivie de l'apparition d'une urticaire, et plus tard d'un épanchement liquide péritonéal très souvent bilieux : il s'agit de ce qu'on appelle un *cholépéritoine* (Dévé, Beaudet). Sa valeur diagnostique est considérable, car l'existence d'une ascite bilieuse aseptique est presque pathognomonique de la rupture intrapéritonéale d'une hydatide du foie.

Il n'est pas rare, enfin, que la rupture du kyste hydatique du foie dans le péritoine donne lieu à si peu de manifestations qu'elle passe inaperçue.

Une fois ouverte, la poche kystique peut se flétrir, se ratatiner et guérir ; le plus souvent, elle se referme et suppure.

Quant au liquide épanché dans le péritoine, il se résorbe, mais les vésicules filles et les scolex tombés dans le ventre et surtout dans le petit bassin par suite des lois de la pesanteur, vont y coloniser, donnant lieu à l'*échinococose secondaire du péritoine,* caractérisée par le développement de tumeurs abdominales et pelviennes multiples, amenant des troubles de compression variés et entraînant la mort par cachexie hydatique.

Il arrive parfois que les greffes hydatiques, au lieu d'aboutir à la production de gros kystes secondaires, restent petites ; elles n'engendrent alors aucun symptôme morbide ; elles restent silencieuses et latentes, mais, si, plus tard, l'on opère le malade, soit pour son kyste hydatique, soit pour toute autre raison, on les voit former sous le péritoine d'innombrables petites tumeurs, qui ressemblent absolument à de petits tubercules : c'est la *pseudotuberculose échinococcique de Dévé.*

2º *La rupture d'une hydatide dans la plèvre* engendre des accidents analogues à ceux qui succèdent à son ouverture dans le péritoine : phénomènes anaphylactiques, pleurésie bilieuse (*choléthorax*) ou suppurée, *échinococcose pleurale secondaire.*

3º *Suppuration.*

La suppuration du kyste hydatique est fréquente. Elle est due à la fissuration de la membrane hydatique, qui, lorsqu'elle est intacte, représente un filtre parfait, qui met le liquide intra-kystique à l'abri de l'infection, comme l'ont montré MM. Chauffard et Widal. Les microbes sont apportés au kyste par voie sanguine quelquefois (maladies infectieuses intercurrentes : scarlatine, grippe, fièvre typhoïde), le plus souvent par l'intermédiaire des voies biliaires (coli-bacille, anaérobies.)

A) Cliniquement la suppuration du kyste est annoncée par deux symptômes : la douleur, la fièvre.

Les douleurs tiennent à la réaction des tissus qui entourent le kyste, en particulier à la périhépatite ou à la pleurite concomitantes. Pour Maingot, l'existence d'une réaction pleurale visible aux rayons X, au cours d'un kyste hydatique du foie serait un signe presque certain de suppuration de l'échinocoque.

La fièvre est une fièvre de suppuration, à grandes oscillations, accompagnée de frissons, de sueurs, d'amaigrissement.

A ces symptômes MM. Gilbert, Weil et Lipmann en ont ajouté un troisième : l'augmentation subite du volume du kyste, qui devient parfois sonore. Ce dernier caractère serait dû à l'existence d'un pyopneumo-kyste spontané, par suppuration putride, d'origine anaérobie.

B) Une fois suppuré le kyste hydatique tend toujours à s'ouvrir à l'extérieur ou dans un organe voisin, après formation d'adhérences.

a) *Quand l'ouverture se fait vers le haut,* elle a lieu dans le poumon droit et les bronches droites, car la cavité pleurale a été protégée par des adhérences. Elle provoque une vomique abondante, très spéciale, exhalant une odeur marmelade de prunes (Eichhorst), et contenant des grains de raisins sucés (qui sont des vésicules filles flétries) et des scolex.

Cette ouverture constitue une complication grave. Elle peut entraîner la mort rapide par asphyxie. Ultérieurement elle engendre des manifestations broncho-pulmonaires par suite de la persistance d'une fistule hépato-bronchique.

Du côté du kyste, elle détermine des modifications symptomatiques en rapport avec la formation d'un pyopneumokyste, par pénétration de l'air des bronches dans la poche hydatique.

Il est rare de voir les kystes suppurés à développement supérieur s'ouvrir dans le poumon gauche, dans la plèvre ou le péricarde.

b) *Quand l'échinocoque suppuré s'ouvre vers le bas,* il respecte en général le péritoine protégé, comme l'était la plèvre, par des adhérences, et il se rompt dans les organes creux voisins : dans l'estomac, ou le duodénum, ce qui entraîne des vomissements abondants de pus, et provoque généralement la mort ; dans le côlon surtout, ce qui se traduit par une débâcle purulente, avec présence de membranes hydatiques dans les fèces. Dans ces deux cas, l'introduction des gaz stomacaux ou intestinaux dans la cavité de l'hydatide détermine la formation d'un pyopneumo-kyste.

La rupture du kyste dans les voies biliaires — dont nous avons parlé déjà à propos de l'ictère dans l'échinococcose du foie — se révèle, vous vous en souvenez, par des douleurs à type de coliques hépatiques, par des signes d'angiocholite, de l'ictère par obstruction, etc.

Il est exceptionnel de voir le kyste hydatique du foie se rompre dans la veine cave, et provoquer ainsi la mort subite, ou tout au moins rapide, avec des embolies dans le cœur et les poumons.

c) *L'hydatide suppurée du foie s'ouvre quelquefois à la peau,* au niveau de l'hypochondre droit, ou à l'épigastre plus ou moins près de l'ombilic. Avec l'ouverture dans les côlons, cette déhiscence spontanée à l'extérieur constitue une des plus favorables évolutions du kyste hydatique. Toutefois la meilleure des ouvertures spontanées de l'échinocoque ne vaut pas le pire des traitements, destinés précisément à éviter ces évolutions, le plus souvent très graves.

Traitement

I. — Curateur.

1) Médical

Jusqu'à présent, il n'existe pas de traitement médical du kyste hydatique du foie. Peut-être la physiothérapie permettra-t-elle plus tard de les détruire sans l'aide de la chirurgie ? Vous verrez que les effets de la radiothérapie profonde sur les scolex permettent à ce point de vue de grands espoirs.

2) Chirurgical

A l'heure actuelle, seule la chirurgie — petite ou grande — est capable de débarrasser l'homme de son hôte parasité : l'échinocoque ; la petite chirurgie, en le tuant sur place, par ponction ; la grande chirurgie, en l'expulsant par la force, c'est-à-dire en l'extirpant.

a) *Ponction évacuatrice.*

La ponction évacuatrice du kyste hydatique, je vous le dis de suite, est un moyen à rejeter complètement, elle offre les mêmes dangers que la ponction exploratrice. En outre elle est insuffisante, car elle laisse subsister dans la poche des vésicules filles qui peuvent être l'origine de récidives ; elle ne supprime pas la cavité du kyste, qui, même une fois l'échinocoque mort, peut s'infecter et engendrer toutes les complications que je viens de vous rappeler tout à l'heure.

Cette ponction évacuatrice, qu'elle soit simple, comme la pratiquait DIEULAFOY, ou quelle soit suivie d'injections modificatrices intra-kystiques (sublimé au 1/000e (DEBOVE) formol au 1/10e (DÉVÉ) doit donc passer aujourd'hui au rang des procédés historiques, qu'il ne faut plus employer.

b) *Extirpation chirurgicale.*

L'extirpation chirurgicale de la poche kystique est donc le seul traitement applicable au kyste hydatique du foie.

Il sera bon de le faire précéder d'une cure de stérilisation du kyste par la radiothérapie profonde, car ARCÉ (de Buenos-Ayres) a montré que les rayons cathodiques pénétrants tuaient les scolex.

On abordera le kyste par une incision abdominale, lombaire ou transpleurale suivant sa position.

La poche découverte — et si elle n'a pas été stérilisée antérieurieurement par la radiothérapie profonde — on la ponctionnera pour la vider, puis on y injectera une solution de formol au 1/1000 (DÉVÉ), qu'on retirera complètement au bout de 10 minutes. Ainsi l'on évitera les contaminations secondaires du péritoine au cours de l'intervention.

Alors, on procèdera à l'extirpation du kyste, en détachant la membrane hydatique, qui se décolle avec la plus grande facilité et qu'on extrait comme une vessie vide.

On touche ensuite la cavité qui reste dans le foie — et qui est la partie interne de l'adventice, qu'il faut bien se garder d'essayer d'extraire — avec une compresse imbibée de formol au 1/10e, et l'opération est terminée.

Mais il persiste dans l'intérieur du parenchyme hépatique une grosse cavité. Que faut-il en faire ? Ici, les avis des chirurgiens diffèrent.

Autrefois, on fixait les lèvres antérieures de la brèche hépatique à la paroi abdominale, et on la laissait communiquer avec l'extérieur par un drain. Ainsi le malade, avait, comme les marsupiaux, une poche abdominale communiquant par un orifice avec l'extérieur : d'où le nom de *marsupialisation de la poche*, donné à cette technique. Ultérieurement la brèche hépatique se comblait par bourgeonnement, et la fistule abdominale finissait par se tarir. Ce procédé est maintenant abandonné. On ne l'emploie plus qu'au cas où la suppuration du kyste oblige à drainer.

D'une façon générale, on s'accorde à reconnaître que le procédé de choix consiste à refermer la poche, sans la drainer, et de la sorte à l'enfermer, à la réduire, suivant l'expression chirurgicale, dans la cavité abdominale. M. QUÉNU conseille de fixer par quelques points la poche refermée à la paroi de l'abdomen, de façon à pouvoir plus facilement la ponctionner ou la réouvrir, au cas où cela deviendrait nécessaire plus tard. M. Pierre DELBET pense au contraire que cette fixation pariétale du foie est nocive, car elle empêcherait ultérieurement la rétraction de la poche ; aussi conseille-t-il de ne pas le faire.

Vous entendrez aussi parler du *capitonnage de la poche* résultant de l'ablation du kyste. Cette technique propossée par M. Pierre DELBET avait pour but de supprimer cette cavité en rapprochant ses parois opposées par de points de suture, tout comme font les tapissiers quand ils rembourrent un siège en reliant par des piqûres l'étoffe du dessus à la toile du dessous ; ce qui lui a valu son nom pittoresque. Cette manière de faire expose à des hémorragies, car les fils de rapprochement passent dans l'adventice richement vascularisée, et tirent sur le parenchyme hépatique friable, aussi est-elle généralement abandonnée.

On ne termine jamais une opération de kyste hydatique du foie sans s'assurer, *de visu*, qu'il n'y a pas d'autres kystes que celui pour lequel on est intervenu.

L'extirpation chirurgicale d'une hydatide du foie constitue presque toujours une opération grave. Elle se complique assez fréquemment d'hémorragies secondaires, de cholerragie dans la poche ou dans le péritoine, de suppuration secondaire, parfois de la formation d'un pyo pneumo-kyste ou quelquefois seulement d'un *hydropneumocyste* (CHAUFFARD) *ou pneumatose kystique post-opératoire* (DÉVÉ).

Nous avons fait opérer notre malade par M. Auvray, le 5 avril 1924. Il existait à la face inférieure du foie un kyste blanchâtre, noyé au milieu d'adhérences lâches, faciles à rompre. Le vésicule biliaire était normale, en place. Une ponction de la poche kystique est restée blanche; mais la lumière du trocart a ramené un débris blanchâtre, ressemblant à une peau de raisin. Après protection du péritoine, l'hydatide a été ouverte à travers le tissu hépatique. Elle était bourrée de vésicules filles. On les a extirpées à la curette puis on a extrait facilement la membrane hydatique. A cause de la suppuration probable du kyste, on a marsupialisé la poche, dans laquelle on a laissé 2 mèches et un gros drain.

Les suites opératoires ont été longues et pénibles. Une cholérragie abondante par la plaie s'est installée ; la température s'est maintenue entre 37°5 et 38° ; la malade est devenue maigre et presque cachectique.

Elle est sortie le 8 juin de l'hôpital, très fatiguée, avec une fistule biliaire persistante ; elle allait partir à la campagne pour reconstituer ses forces en vue d'une nouvelle opération destinée à essayer de tarir sa fistule biliaire.

II. — **Prophylactique.**

L'histoire de cette malheureuse jeune femme vous montre donc la gravité des opérations dirigées contre le kyste hydatique du foie, et tout l'intérêt qu'il y aurait à éviter l'échinocoque plutôt qu'à le guérir.

L'hydatide venant à l'homme par l'intermédiaire du chien, lui-même contaminé par les foies de mouton (ou plus rarement de bœuf), c'est en agissant sur tous ces éléments : mouton, chien, homme, qu'on peut arriver à faire une bonne prophylaxie de l'échinocoque du foie.

Lors de l'abatage des moutons, on aura soin de prélever tous les foies parasités, et de les incinérer.

On réduira le nombre des chiens de berger et de bouchers ; on empêchera leur entrée dans les abattoirs. On supprimera les chiens errants. On évitera, autant que possible, l'introduction des chiens dans les jardins potagers, dans les champs de culture maraîchère. On recommandera aux propriétaires de chiens d'avoir le moins de contacts possible avec leurs animaux, de se laver les mains après les avoir touchés, et surtout si l'animal les a léchées, etc. On donnera des vermifuges aux chiens parasités.

L'usage d'eau filtrée pour la boisson et pour le lavage des légumes destinés à être consommés crus est enfin un bon moyen d'écarter la propagation de l'échinocoque.


COMPRIMÉS DE NIPARYL



Diabète et chirurgie

Par M. F. RATHERY,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hôpital Tenon.

L'existence du diabète chez un malade intéresse le chirurgien à un double point de vue.

1º Le traitement du diabète peut-il influencer favorablement l'évolution d'une affection chirurgicale.

2º L'existence du diabète chez un sujet qui doit subir une opération chirurgicale incite-t-elle à l'observation de précautions particulières.

Ce sont ces deux points de pratique médicale que nous désirons traiter ici.

1º Le *traitement du diabète peut influencer favorablement l'évolution d'une affection chirurgicale*.

Cette notion est importante à connaître, car elle permettra bien souvent une guérison rapide d'affections traînantes et plus particulièrement de suppurations résistant à toute médication.

Les tissus des diabétiques sont tout particulièrement vulnérables. On peut invoquer deux causes principales à cette prédisposition ; d'une part le trouble du métabolisme détermine une nutrition défectueuse de tous les tissus ; d'autre part l'hyperglycémie favorise le développement des microbes. Bugroid, Karlinski, Smith, Nicolas, etc., montrèrent que si une proportion très élevée de sucre rendait *in vitro* le milieu impropre au développement d'un certain nombre de microbes, il n'en était plus de même, si la quantité de sucre n'atteignait qu'un certain taux ; dans ce cas le sucre favorisait nettement la pullulation microbienne. Or dans l'organisme diabétique la quantité de sucre existant dans le sang représente assez bien la quantité optima pour le développement microbien. Nous avons observé maintes fois des suppurations interminables, des plaies plus ou moins atones n'arrivant pas à se cicatriser, se modifier en quelques jours grâce à un traitement rationnel du diabète.

Dans la plupart des cas, surtout s'il s'agit d'un diabète simple, il suffira de rechercher le coefficient d'assimilation hydrocarbonée du malade, et de lui prescrire le régime équilibré qui fera cesser sa glycosurie.

Par contre, s'il s'agit de diabète consomptif ou de poussée d'acidose sévère au cours d'un diabète simple, l'emploi judicieux de l'insuline peut être indiqué. L'infection peut suffire à elle seule à abaisser le coefficient d'assimilation hydrocarbonée d'un malade atteint de diabète simple, surtout si le coefficient d'assimilation hydrocarbonée est peu élevé et juste à la limite de la « marge de sûreté ». L'insuline agit dans ces cas en diminuant l'hyperglycémie et les troubles du métabolisme grâce à un relèvement de ce coefficient d'assimilation hydrocarbonée.

Certains anthrax, certains phlegmons diffus, certaines gangrènes ont pu ainsi se terminer par la guérison grâce à l'emploi de l'insuline. Peut-on admettre que l'insuline agisse encore par un autre mécanisme, par une sorte d'action trophique sur les tissus. Ambard et F. Schmid, s'appuyant sur des constatations qu'ils ont faites eux-mêmes et sur des travaux de Pautrier, Lévy, Salmon estiment que l'insuline peut, soit par administration sous-cutanée, soit par le simple saupoudrage de la plaie avec de la poudre d'insuline, déterminer des cicatrisations rapides des plaies chez des sujets non diabétiques. « En agissant uniquement sur le métabolisme des hydrates de carbone, on déclanche ainsi une suractivité — et une rénovation cellulaire qui requièrent une fixation d'éléments protéiques et gras ».

Cette action trophique de l'insuline, ne serait donc en réalité que le résultat de l'action de l'insuline sur le métabolisme des hydrates de carbone.

Cette action particulière de l'insuline ne paraît du reste pas constante, Marcel Labbé signale que dans certains cas elle est inopérante. Il est intéressant cependant de rappeler ici ces faits qui peuvent dans maintes circonstances être fort utiles à connaître dans la pratique courante.

2º L'*existence du diabète chez un sujet qui doit subir une opération chirurgicale incite-t-elle à l'observation de précautions particulières* ?

Cette question d'une importance primordiale suscite elle-même la réponse à trois ordres de faits :

A. — *L'acte opératoire est-il inoffensif chez le diabétique* ?

On peut ici répondre d'une façon tout à fait catégorique ; l'acte chirurgical est *loin d'être inoffensif* pour le diabétique, et cela pour deux raisons :

1º On sait que dans le diabète, le pronostic est réglé par la valeur du coefficient d'assimilation hydrocarbonée. Or l'acte chirurgical *abaisse nettement ce coefficient*, temporairement sans doute, mais cet abaissement temporaire peut être l'origine de complications fort graves : l'acidose et le coma.

a) Tout traumatisme quel qu'il soit, tout shock, qu'il soit purement psychique, abaisse le coefficient ; on connaît l'influence néfaste des préoccupations graves, des soucis, des chagrins ; un surmenage intellectuel, une perte d'argent résultant d'un coup de bourse déterminent subitement le coma. La simple appréhension de l'opération intervient ici certainement.

Il faut évidemment distinguer à ce point de vue les diabétiques présentant un coefficient d'assimilation hydrocarboné élevée et ceux qui sont juste « à la marge de sûreté ». Chez ces derniers le rôle de l'acte chirurgical peut être particulièrement nocif.

b) L'*anesthésique* abaisse par lui-même le coefficient d'assimilation d'hydrocarbone et fait éclore l'acidose.

On peut à ce point de vue distinguer les anesthésiques généraux et les anesthésiques locaux.

Les premiers sont tout particulièrement nocifs. Rolland, Baldwin, M. Labbé, ont insisté sur le rôle tout particulièrement néfaste du chloroforme. L'éther ne semble pas plus recommandable. L'un et l'autre, comme nous l'avons montré avec raison, agissent sur le foie qu'ils lèsent, le chloroforme altère en plus nettement le rein. Le chlorure d'éthyle semble mieux supporté. Il serait intéressant à ce point de vue de définir l'action du protoxyde d'azote.

Les anesthésiques locaux doivent être préférés ; qu'ils s'agisse de rachianesthésie ou d'anesthésie locale.

2º Les tissus des diabétiques sont tout particulièrement *fragiles* ; ils suppurent avec la plus grande facilité. Sans doute les progrès actuels de l'asepsie permettent de ne plus redouter aujourd'hui cette complication mais on devra utiliser bien plus l'asepsie que l'antisepsie. Les antiseptiques doués d'une certaine causticité sont à rejeter. La simple teinture d'iode peut amener des désastres. Nous avons observé chez deux diabétiques des gangrènes foudroyantes, de la paroi abdominale chez l'un, du membre inférieur chez l'autre, à la suite d'application intempestive de teinture d'iode par les malades eux-mêmes. Ce sont des faits que le chirurgien devra avoir toujours présents à l'esprit en opérant des diabétiques.

B. — *Peut-on opérer tous les diabétiques ?*

On doit poser en principe qu'il faut toujours être *sobre* d'interventions chirurgicales chez les diabétiques. On n'opérera un diabétique que si l'acte opératoire est *indispensable* ; c'est dire par exemple qu'on rejettera les interventions qui ne seraient dictées que par des besoins esthétiques. Ce principe admis, il ne faudra cependant pas, parce qu'un sujet est diabétique écarter des interventions qui pourraient faire disparaître un foyer infectieux qui peut en lui-même être une cause d'aggravation pour le diabète.

Il sera bon d'autre part de distinguer les diabétiques *simples* et les diabétiques *consomptifs*. Les premiers peuvent en général être opérés sans danger pourvu qu'on les mette au régime équilibré qui leur convient. Les diabétiques consomptifs au contraire sont des sujets éminemment fragiles et qui sont tout prêts à présenter du coma à la moindre cause ; chez eux *tout est prétexte à coma*. On evitera donc autant que possible chez ces derniers l'opération chirurgicale, on ne s'y résoudra que si les risques que fait courir l'affection contre laquelle est dirigée l'intervention sont plus grands que les dangers de coma résultant du choc opératoire et de ses suites. Grâce à l'emploi de l'insuline, on peut dire qu'aujourd'hui les dangers de l'intervention sont beaucoup moins grands et relativement faciles à éviter.

Nous ferons certaines réserves en ce qui concerne les diabétiques simples dont le coefficient d'assimilation est peu élevé et qui sont à la limite de la « marge de sûreté ». Pour ces sujets les indications et contre-indications se rapprochent de celles du diabète consomptif ; l'anesthésique, le choc opératoire, transforment souvent momentanément en diabète consomptif ces diabètes simples par suite de l'abaissement du coefficient d'assimilation hydrocarbonée. On avait dit autrefois que l'état des réflexes pouvait servir pour établir la discrimination entre les diabètes opérables et non opérables ; l'absence du réflexe contre-indiquant l'opération ; cette distinction n'est plus admise aujourd'hui.

C. *Quels sont les précautions à prendre lorsque l'intervention chirurgicale doit être effectuée chez un diabétique ?*

Nous distinguerons ici d'une part les diabétiques simples à coefficient d'assimilation hydrocarbonée élevé et les diabétiques sinples à coefficient d'assimilation peu élevé, à la limite de « la marge de sûreté » et d'autre part les diabétiques consomptifs. Nous exposerons tout d'abord les précautions communes à ces trois types de malades et nous verrons ensuite les indications particulières.

Précautions générales :

1º Eviter les anesthésiques généraux.
2º Eviter les antiseptiques forts et caustiques.
3º Eviter le jeûne pré- et post-opératoire.
4º Utiliser le bicarbonate de soude à dose raisonnable : 10 à 15 grammes environ....
5º Donner des toni-cardiaques : digitale, caféine, strychnine.

Précautions spéciales :

A. — *Diabétiques simples à coefficient d'assimilation hydrocarbonée élevé.*

Il y a grand intérêt à établir le coefficient d'assimilation hydrocarbonée du malade *avant l'opération* et à rendre le sujet aglycosurique tout en lui permettant le *maximum* d'hydrates de carbone qu'il peut assimiler. On évitera les régimes inutilement sévères, qui sont dangereux, et on donnera avant, pendant et après l'opération des solutions de glucose, à la dose maxima qui peut être tolérée.

Chez ces sujets, il est souvent inutile de prescrire de l'insuline, celle-ci ne sera donnée que si le coefficient d'assimilation hydrocarbonée est peu élevé. On peut discuter chez ces malades au sujet de l'opportunité de l'emploi de l'insuline en ce qui regarde l'action spéciale du médicament sur la cicatrisation des plaies.

B. — *Diabétiques simples à coefficient d'assimilation hydrocarbonée peu élevé.*

L'indication est ici formelle, il faut prescrire de l'insuline. Celle-ci doit être donnée *avant*, *pendant* et *après* l'opération.

Il ne faut pas se contenter de faire une injection d'insuline le jour et le lendemain de l'opération. Il faut quelques jours avant commencer les injections d'insuline et augmenter la dose d'hydrates de carbone du régime ; cette période pré-opératoire a *une très grosse importance*. L'insuline en permettant une assimilation plus grande des hydrates de carbones compensera ainsi la chute de ce coefficient qui se produit toujours du fait de l'anesthésie et du choc opératoire ; elle permettra ainsi d'éviter les phénomènes d'acidose et empêchera la rupture de l'équilibre de la ration.

La dose d'insuline à injecter est variable avec les malades ; elle doit toujours être en rapport avec l'état antérieur du coefficient d'assimilation et permettre l'assimilation d'une quantité suffisamment importante d'hydrates de carbone. On continuera cette dose d'insuline après l'opération tout en prescrivant de l'eau sucrée ou glucosée et on ne cessera l'insuline que lorsque le coefficient d'assimilation hydrocarboné sera revenu à ce qu'il était avant l'intervention.

Chez ce type de malade l'usage de l'insuline est *temporaire*.

C. — *Diabétiques consomptifs.*

Ces sujets sont tout particulièrement sensibles aux dangers de l'acte opératoire ; ces malades étaient en général traités auparavant à l'insuline ; on continuera l'emploi de celle-ci, mais en élevant les doses journalières en même temps qu'on augmentera la ration des substançes hydrocarbonées. On sait qu'il existe pour chaque diabétique une dose optima d'insuline qui lui est particulière ; il faut l'atteindre, sans la dépasser.

En cas d'intervention chirurgicale, on la dépassera *tout en ayant soin d'élever également la ration hydrocarbonée*. Pour donner ces hydrates de carbones, on utilisera, soit l'eau sucrée soit le jus de fruits, soit le goutte à goutte rectal en évitant la privation de boisson et le jeûne surtout hydrocarboné.

Il faudra continuer un certain temps les doses élevées d'insuline et ne revenir aux doses primitives et au régime antérieur qu'après un certain temps.

Le traitement alcalin est ici nécessaire, mais on évitera les trop grandes doses de bicarbonate de soude qu'on prescrivait autrefois et qui sont soit inutiles, soit même dangereuses.

En conclusion, un diabétique qui a besoin d'une opération chirurgicale peut fort bien subir celle-ci, mais à la condition de suivre les prescriptions précédentes. Opérer un diabétique à l'aveugle, sans tenir compte des indications que nous venons d'exposer, serait dangereux et pourrait être la cause de complications fort graves.

Les indications du citrate de soude en chirurgie,

Par M. Maurice RENAUD
Médecin des hôpitaux de Paris.

Depuis que nous avons attiré l'attention sur la propriété remarquable que possède l'injection massive intra-veineuse de citrate de soude d'arrêter les hémorrhagies par raptus vasculaires, les observations se sont multipliées, mettant en évidence la sûreté d'action du médicament, et d'autre part on a fait des constatations d'ordre physiologique du plus haut intérêt qui nous permettent d'entrevoir le mécanisme de cette action.

Le travail de Normet (1) confirme l'hypothèse que nous émettions lors de nos premières publications, à savoir que l'influence du citrate de soude s'exerce sur les vaisseaux de la périphérie par l'intermédiaire du sympathique.

On a constaté de plus (2) que l'accumulation du citrate dans l'organisme, telle qu'elle se produit quand on administre des doses quotidiennes de 8 à 10 gr. entraîne assez rapidement une augmentation de la tension vasculaire de deux, à cinq et six centimètres. Ce fait important nous a conduit à associer au citrate de soude un médicament hypotenseur, le chlorure de magnésium. La solution que nous employons depuis quelques mois se formule ainsi :

Citrate de soude	20
Chlorure de magnésie	10
Eau	100

La dose moyenne pour une injection intra-veineuse est de 25 centicubes. On peut sans inconvénient en injecter 40 centicubes. L'effet utile est souvent obtenu avec une dose moindre de 15 à 20 centicubes.

Il est assez rare que l'injection même massive et brusque soit suivie de troubles appréciables. Le plus souvent on n'observe aucun changement dans l'état du système cardio-vasculaire, aucune modification du calibre des vaisseaux ni de la tension artérielle et cependant l'arrêt presque immédiat de l'hémorragie se produit dans les conditions quasi merveilleuses que nous avons décrites ici même il n'y a pas longtemps, en citant des observations singulièrement impressionnantes et expressives, auxquelles nous nous contenterons de renvoyer aujourd'hui le lecteur (3).

La pratique a montré que les indications des injections de citrate de soude sont fort étendues.

Rappelons d'abord qu'elles peuvent être employées de façon systématique à la veille des interventions chirurgicales, afin de diminuer l'importance des hémorragies au cours de l'acte opératoire.

Elles peuvent, dans le même ordre d'idées, être utilisées au moment de l'accouchement, pour diminuer les hémorragies de la délivrance, ce qui dans certains cas présente de sérieux avantages.

Mais c'est à l'occasion des hémorragies des muqueuses, avec ou sans ulcération, qu'on a le plus souvent l'occasion de les pratiquer, hémorragies des plaies infectées, suintements sanguinolents des plaies opératoires au fond de cavités difficilement accessibles, hémorragies des cancers. Dans ces derniers cas elles sont d'autant plus utiles que leur efficacité, en raison des circonstances mêmes de l'hémorragie et de l'état des tissus, est pour ainsi dire absolue, et qu'aucun autre moyen thérapeutique ne peut y être mis efficacement en œuvre.

Les hémorragies qui se font au niveau de muqueuses congestionnées, et dues à un raptus vasculaire secondaire à cette congestion sont enfin celles dont le citrate de soude aura le plus aisément raison. Ce sont les épistaxis où l'injection de citrate évitera le tamponnement si difficile et si pénible, et les métrorrhagies, que le citrate arrête, quelle que soit leur cause, puisqu'il agit non pas sur la lésion, mais sur le mécanisme même de l'hémorragie. C'est ainsi que nous l'avons vu donner des résultats parfaits aussi bien dans les hémorragies des fibromes, que dans des métrorrhagies qui paraissaient indépendantes de toute altération locale et ne relevaient que d'un trouble de la fonction menstruelle, d'origine probablement endocrinienne.

Il se confirme donc que l'injection intra-veineuse de citrate agit directement sur le point qui saigne, comme un moyen de thérapeutique locale, et qu'il est une arme thérapeutique d'une efficacité presque absolue, d'un maniement fort simple, et que son emploi rend en maintes circonstances les plus signalés services.

(1) NORMET. — *Presse Médicale*, 10 janvier 1925.
(2) Maurice RENAUD. — Soc. Méd. Hôpitaux, 6 novembre 1925.
(3) *Progrès Médical*, nº 47, du 15 novembre 1924.

L'anesthésie à l'éther par voie rectale

Par M. ROBINEAU,
Chirurgien de l'hôpital Necker.

En 1847, cinq ans après les premiers essais d'anesthésie générale par inhalation d'éther, Pirogoff tenta de réaliser cette anesthésie en injectant l'éther dans le rectum, d'abord à l'état liquide, puis sous forme de vapeurs. Pirogoff eut des imitateurs, mais la méthode présentait des inconvénients sérieux et ne se généralisa pas, malgré des perfectionnements nombreux et variés. En effet, l'éther pur est assez irritant pour les muqueuses ; il peut provoquer des rectites, des ulcérations ; les vapeurs d'éther sont encore plus nocives puisqu'on a relaté des morts par perforation de l'intestin distendu.

En 1913, Sutton eut l'idée d'atténuer les effets irritants de l'éther en l'incorporant à l'huile et de réduire ainsi le volume de la masse liquide à injecter ; le progrès a été considérable et l'anesthésie rectale a pu entrer dans le domaine pratique. Les résultats heureux obtenus par Sutton ont été communiqués d'abord avec Cunningham, puis consignés dans le Traité de Gwathmey.

Ce n'est pas pour faire un historique détaillé de la question que j'écris cet article ; on le trouvera exposé dans la thèse de Lorenz Monod (Paris, 1920). Me plaçant à un point de vue pratique, je voudrais seulement montrer les avantages de l'anesthésie rectale, ce qui revient à en préciser les indications ; puis ses inconvénients, susceptibles de la faire rejeter par certains chirurgiens et dans certains cas ; je rappellerai enfin les principes essentiels de la technique opératoire simplifiée.

***

Dans les opérations sur la face, le cou, le crâne, il est agréable pour le chirurgien de n'avoir pas dans son voisinage immédiat les mains d'un anesthésiste, le masque ou la compresse, et de reléguer à l'autre pôle du malade cet aide encombrant avec son matériel ; il est conforme aux règles de l'asepsie de n'avoir pas à protéger la plaie opératoire contre les souillures par la salivation ou les

vomissements, et de pouvoir couvrir entièrement le visage de l'opéré et ses orifices naturels par des champs stériles à demeure. Opérant sur les cavités de la face, il est infiniment agréable de ne pas s'interrompre à tout instant pour permettre la reprise d'une anesthésie intermittente par inhalation, coupée de phases de réveil. Tel est un des plus grands avantages du lavement éthéré, qui le place à mon sens bien au-dessus des anesthésies par inhalations au moyen d'une canule pharyngée ou trachéale.

Je n'oserais vraiment pas demander à un confrère spécialisé en anesthésie de se charger du soin d'administrer un lavement d'huile, puis, l'opération finie, de le retirer, c'est le rôle d'une infirmière quelconque. En réalité, l'anesthésie rectale se réduit à l'injection d'un lavement médicamenteux dont la dose a été préalablement formulée. Elle est donc à la portée du premier venu, et je pense qu'elle peut rendre des services incomparables à un médecin isolé, appelé à réduire une luxation, à amputer un membre, etc. ; il peut, seul, présider à l'anesthésie, opérer et donner les soins consécutifs.

Pour l'opéré, c'est le mode d'anesthésie le moins désagréable : il n'a pas d'appréhension, puisqu'il ne quitte pas son lit où il va s'endormir ; il n'a pas le visage emprisonné sous un masque qui lui donne la sensation d'étouffer ; il n'aspire pas des vapeurs malodorantes, ou irritantes pour ses voies aériennes. Peu à peu, sans à-coup, il va passer de la vie consciente au sommeil irrésistible, sans phase d'excitation, même s'il a des habitudes alcooliques. Il se réveillera de la même façon, lentement, progressivement.

Le sommeil obtenu, le malade peut être placé dans n'importe quelle position, couché sur le dos ou le ventre, assis sur une chaise (mais alors solidement attaché) : sa respiration n'en est pas troublée ; il faut seulement s'assurer qu'un coussin, une alèze, n'obstrue pas les fosses nasales et la bouche ; il n'y a pas de risques de syncope si la dose d'éther n'a pas été exagérée. La surveillance au cours de l'opération est donc réduite au minimum.

Quoi qu'on en ait dit, l'anesthésie rectale peut être graduée comme une anesthésie par inhalation ; le dispositif permet d'augmenter ou de diminuer la quantité d'éther intra-rectal, avec cet avantage que la graduation est très élastique ; une dose de 20 cmc. d'éther en plus ou en moins se traduit par un sommeil un peu plus ou un peu moins profond, et la transition est lente.

***

L'anesthésie rectale est en effet une méthode de lenteur et c'est là un inconvénient fondamental pour les chirurgiens très occupés et pressés ; il faut pouvoir attendre une demi-heure au moins depuis le début du lavement pour commencer à opérer ; si le sommeil est insuffisant et nécessite l'adjonction d'une nouvelle dose d'huile éthérée, il faut encore attendre une dizaine de minutes. On peut dans une certaine mesure obvier à ce défaut. De même le réveil de l'opéré se fait souvent attendre une heure ou davantage ; c'est un petit ennui car la surveillance ne doit pas se relâcher ; mais les partisans du somnifène intra-veineux nous ont familiarisés avec les réveils très tardifs.

Le deuxième inconvénient très sérieux du lavement éthéré est qu'il ne procure pas constamment une résolution absolue ; certains malades réagissent sous le bistouri par des mouvements ou des plaintes, et l'on a beau augmenter la dose de lavement, à moins d'atteindre une quantité dangereuse, la résolution ne vient pas. On peut négliger les plaintes des opérés, car ils ne gardent jamais le souvenir d'avoir souffert ; mais un opéré qui remue, qui fait des efforts, est insupportable. En pareil cas il faut recourir à un procédé mixte, compléter l'anesthésie par l'inhalation d'éther, ou mieux de chloroforme ; la résolution alors obtenue persistera longtemps, une demi-heure, une heure, ou plus.

On a signalé des accidents après anesthésie rectale : des rectites, des ulcérations intestinales, des complications pulmonaires, des morts par perforation intestinale, ou par intoxication. A mon avis, ces accidents résultent de fautes de technique ou de l'emploi de doses d'éther trop élevées. Je n'ai jamais observé de coliques pendant l'administration du lavement, ni de troubles intestinaux par la suite. Les vomissements pendant l'anesthésie ou consécutivement sont exceptionnels ; j'en ai cependant vu une série et j'ai incriminé l'éther utilisé, car il a suffi de changer la bonbonne et les vomissements ne se sont pas reproduits.

***

De ce que je viens dire, on peut déjà conclure que l'anesthésie rectale n'est pas une méthode qu'on puisse employer d'une façon générale. Elle est contre-indiquée dans les cas suivants : dans toutes les opérations au cours desquelles on est exposé à manipuler le gros intestin, c'est-à-dire à peu près toutes les laparotomies ; chez les hépatiques, le foie constituant, dit-on, le premier relai de la voie d'absorption de l'éther ; chez les enfants, car ils s'accommodent toujours très bien de l'anesthésie par inhalation ; chez les vieillards enfin, au même titre que les autres anesthésiques généraux. Je ne comprendrais pas l'emploi de l'anesthésie rectale pour une opération de très courte durée, ou lorsqu'on peut utiliser efficacement l'anesthésie locale ou régionale.

Par contre, l'anesthésie rectale me paraît spécialement recommandable dans les opérations de très longue durée (sur le système nerveux central, par exemple, et à condition que le sphincter soit continent) ; dans les interventions sur la tête et le cou, sur les organes thoraciques quand l'éther en inhalations est prohibé ; enfin quand on n'a aucun aide éduqué à sa disposition. N'importe qui peut administrer un lavement d'éther, tandis qu'on ne peut confier au premier venu une anesthésie par inhalation.

De tous les anesthésiques généraux que j'ai pratiqués, l'éther rectal est le moins choquant ; il m'est arrivé de passer trois et quatre heures, dans des cas difficiles, pour couper la racine d'un trijumeau ; cela n'a pas empêché les opérés de quitter spontanément leur lit dans l'après-midi, tellement peu ils étaient impressionnés par leur longue anesthésie.

***

J'exposerai maintenant la technique, en ajoutant quelques remarques suggérées par l'expérience.

1° *Préparation de l'opéré.* — Il est indispensable que le côlon soit bien vidé pour la bonne absorption de l'éther ; une purgation doit donc être donnée la veille, et un lavage d'intestin fait une demi-heure avant l'anesthésie avec évacuation complète de l'eau. Une piqûre de morphine de 1 cgr. aide à la régularité de l'anesthésie ; mais l'usage qui a été conseillé de la paraldéhyde, de la chlorétone ou de la scopolamine ne me paraît pas indispensable.

2º *Préparation du lavement.* — On emploie de l'huile d'olive et de l'éther pur, mêlés dans la proportion de 1 pour 2 (en volume). La dose moyenne correspondant à un poids corporel de 60 à 70 kilogr. est de 60 à 65 cmc. d'huile, 120 à 130 cm. d'éther. Le mélange est fait dans une éprouvette ou dans une bouteille ; on agite à plusieurs reprises jusqu'à obtenir une vraie émulsion, et on a soin de donner issue aux vapeurs d'éther. Le mélange est préparé *au moment même* de s'en servir.

3º *Matériel.* — Il comprend un bock en verre avec tuyau de caoutchouc et robinet ; une sonde rectale munie d'un raccord avec robinet ; un support permettant d'élever le bock d'environ un mètre au-dessus du lit.

4º *Administration du lavement.* — On verse dans le bock élevé des fractions du mélange huile-éther, environ 30 cmc. chaque fois, à des intervalles de trois minutes à peu près ; il faudra donc une vingtaine de minutes pour faire passer la totalité du lavement. *A aucun moment les robinets ne seront fermés* afin de permettre l'évacuation des vapeurs d'éther en excès ; on n'observe alors ni coliques, ni distension du gros intestin. Le malade reste dans le décubitus dorsal ou latéral, au choix.

Dès le début du lavement, tenir la chambre dans une demi-obscurité; ne pas faire de bruit ; ne pas parler au malade. Après cinq à dix minutes, il commence à s'assoupir ; son haleine sent l'éther ; il est conseillé de couvrir alors le visage avec un linge qui oblige peut-être le malade à inhaler une partie de l'éther qu'il vient d'expirer.

Si le malade est endormi profondément avant la fin du lavement, on se garde bien d'injecter le reste du mélange ; ce fait est assez rare. Si dix minutes après la fin du lavement, le malade ne dort pas du tout, cas exceptionnel, il faut injecter une nouvelle dose d'huile éthérée, mais ne jamais dépasser au total 200 cmc. d'éther pour 100 d'huile. Enfin si le malade dort mais n'est pas en résolution, cas très fréquent, on peut cependant le transporter à la salle d'opération, car son anesthésie se complétera pendant les préparatifs de l'opération. Pour cela, les robinets sont fermés ; la sonde rectale laissée en place est séparée du bock. Les tuyaux seront ensuite raccordés et *les robinets resteront ouverts* tout le temps de l'opération.

5º *Réglage de l'anesthésie.* — Très fréquemment avec les doses modérées d'éther que je conseille, le malade réagit au moment de l'incision de la peau ; l'expérience montre cependant que la quantité d'éther introduite suffira par la suite et donnera une narcose régulière. Injecter d'emblée une nouvelle dose d'éther n'est donc pas à conseiller, car un peu plus tard la narcose pourrait être trop profonde. C'est pourquoi je préfère administrer un peu de chloroforme par inhalation.

Tout étant prêt pour l'opération, pratiquée sur la tête par exemple, les champs aseptiques en place, je prends une compresse stérile, une infirmière y verse vingt à trente gouttes de chloroforme, j'applique la compresse par dessus les champs au niveau du nez et de la bouche, et je recouvre d'un nouveau champ opératoire. Quelques instants après la peau peut être incisée sans réaction.

Au cours d'une intervention sur la tête, couverte de champs opératoires, le degré de l'anesthésie ne peut être contrôlé par l'examen des réflexes oculaires ; à vrai dire le contrôle n'est pas nécessaire si les doses d'éther n'ont pas été exagérées, et le rythme respiratoire et l'état du pouls renseignent suffisamment sur le degré de la narcose. Celle-ci paraît-elle trop profonde ? On décroche le bock, on le pose à terre, une certaine quantité d'huile éthérée reflue dans le récipient ; après quelques minutes l'anesthésie est moins accentuée. Veut-on l'augmenter ? On élève de nouveau le bock pour renvoyer le mélange dans le rectum. On arrive ainsi avec un peu d'habitude à graduer parfaitement l'anesthésie.

Dans les opérations de longue durée, il se peut qu'après une heure ou une heure et demie le malade ait une tendance manifeste au réveil ; de toute évidence, l'éther est épuisé et il faut injecter une nouvelle dose. Mais si l'on approche de la dose totale maxima de 200 cmc. je crois très préférable de faire inhaler un peu de chloroforme ; une dizaine de gouttes sur la compresse assureront de nouveau la résolution pendant près d'une demi-heure.

On peut donc graduer l'anesthésie à sa guise en se rapprochant le plus possible de la dose juste suffisante pour procurer la résolution ; bien des fois j'ai réalisé une anesthésie superficielle comparable au « chloroforme à la Reine » ; je pouvais parler au malade, obtenir de lui des réponses, et pourtant l'insensibilisation était parfaite, l'immobilité absolue ; par la suite l'opéré ne conservait aucun souvenir de ce qui s'était passé.

6º *Soins consécutifs.* — Quand l'opération tire à sa fin, le bock est posé à terre pour évacuer le résidu d'huile. La sonde rectale restant en place, l'opéré est ramené dans son lit ; un copieux lavage d'intestin est aussitôt pratiqué et ramène de nouvelles quantités d'huile. Puis on attend le réveil qui peut tarder de une ou deux heures.

***

Ainsi conduite et réglée, l'anesthésie rectale à l'éther ne m'a paru nullement dangereuse ; elle ne choque pas les opérés qui n'en gardent aucun mauvais souvenir. A mon avis, elle peut rendre des services dans certains cas, mais il n'est nullement question de détrôner à son profit l'anesthésie générale par inhalation, l'anesthésie rachidienne, l'anesthésie locale ou régionale. Chacune de ces méthodes a ses indications particulières en accord avec l'état général ou l'état pathologique des malades, avec les goûts et les habitudes des chirurgiens, avec les circonstances dans lesquelles on est souvent obligé d'entreprendre les opérations.

Intérêt de la trachéo-bronchoscopie pour le médecin praticien.

Par le Dr André SOULAS,

Assistant de laryngologie à l'Hôpital Laënnec.

L'instrumentation et la technique sont assurément, pour le progrès de toute science expérimentale, des facteurs essentiels. Et l'endoscopie des voies aériennes prouve bien qu'aucun résultat appréciable ne peut être obtenu sans technique précise et bien réglée, sans outillage délicat et perfectionné. C'est au fur et à mesure que la réalisation matérielle s'améliore, que sont plus satisfaisants les résultats obtenus.

Si le nom de Killian est attaché à l'avènement de la trachéo-bronchoscopie et de l'œsophagoscopie, le nom du professeur Chevalier-Jackson apparaît désormais comme celui d'un artisan des plus illustres en cette matière. Grâce à des améliorations de technique, et d'instrumentation, grâce à de longs travaux, l'éminent praticien, en des résultats heureux, a non seulement fait pro-

gresser cette science à laquelle il a consacré sa vie, mais il a, de plus, ouvert de vastes horizons nouveaux.

C'est le fruit de son expérience que le Dr Chevalier-Jackson a bien voulu venir exposer à la clinique oto-rhino-laryngologique du Dr Lemaître, et, en des cours théoriqnes, en des travaux pratiques, il a fait bénéficier de ses recherches et il a initié à sa méthode un groupe de spécialistes venus des diverses parties du monde.

De cet enseignement et des progrès réalisées en général dans la trachéo-bronchoscopie, naissent des aperçus nouveaux et apparaît un champ des plus étendus. C'est sur ces notions de pratique que nous voudrions attirer l'attention du médecin, et plus particulièrement de tout médecin versé dans l'étude de l'appareil respiratoire.

Si l'endoscopie des voies aériennes n'est pas une chose nouvelle, il est pourtant certain qu'elle est encore un moyen d'investigation peu employé, moyen d'exception qu'on ne pratique pas journellement avec aisance et rapidité pour en obtenir un simple renseignement, comme la laryngoscopie indirecte par exemple. D'ailleurs, l'outillage et la technique ne répondraient pas à plus d'audace, et si nous faisions allusion ci-dessus à la haute autorité du professeur de Philadelphie, nous devons ajouter qu'il dirige une clinique spécialisée dans l'endoscopie des voies aériennes et de l'œsophage, clinique qui comprend tous les moyens d'action, aussi bien en matériel qu'en auxilliaires.

L'endoscopie y est considérée comme une branche spéciale de la médecine, tout comme la radiographie.

Et grâce à cette conception, les problèmes posés à l'endoscopiste ne sont plus limités à l'extraction des corps étrangers (ce qui est certes d'une importance capitale mais heureusement peu courante) ; ils s'étendent journellement à l'étude des maladies broncho-pulmonaires, soit pour la confirmation d'un diagnostic incertain, soit pour la correction d'une conclusion erronée ou pour la solution d'un problème nouveau. Il s'agira en outre d'instituer un traitement local dont l'efficacité est dans certains cas incontestable. Observer et soigner *in situ* l'arbre respiratoire en entier, comme il le fait pour le nez et le larynx, tel est le rôle du bronchoscopiste. Muni d'une instrumentation de plus en plus perfectionnée, possédant une technique de plus en plus parfaite, le bronchoscopiste expérimenté procèdera à des examens rapides, non traumatisants et sans danger. C'est pourquoi, confiant dans ce procédé, le médecin pourra en demander l'application toutes les fois qu'il le jugera utile.

Or, le médecin et surtout le spécialiste des voies respiratoires, s'il est persuadé de la bénignité de cet examen, le jugera utile bien plus souvent qu'on ne pense, les indications de la trachéo-bronchoscopie étant nombreuses, tandis que les contre-indications sont rares (tuberculose ou cardiopathie avancées, grosses hypertensions, volumineux anévrysme de la crosse de l'aorte).

Nous passerons sous silence ici les faits bien connus de *corps étrangers* des voies aériennes où l'indication est en général aisément posée, et où le résultat dépend d'ailleurs de l'outillage, de la technique et de l'habileté opératoire. Nous voudrions toutefois rappeler l'importance des corps étrangers ignorés, latents, et qu'un hasard d'examen fait découvrir. Il s'agit de malades inguérissables pour lesquels les diagnostics de phtisie ou de bronchite chronique banale, ou encore d'abcès du poumon, a été porté. En présence de malades de ce genre, il y a toujours intérêt à rechercher un corps étranger ignoré du malade et de l'entourage. Car, si certains corps étrangers organiques (les légumes) donnent une rapide laryngo-trachéo-bronchite avec toux, fièvre, toxhémie , et tableau rapidement dramatique, il n'en est pas de même des objets métalliques qui, s'ils sont peu volumineux, ne font pas d'obstruction et peuvent passer inaperçus, Le malade croit les avoir avalés, et ce n'est que plus tard, après des mois et même des années, qu'ils se révéleront par une atteinte plus ou moins grave de l'état général : sueurs, fièvre, toux, expectoration. Il ne s'agit pas ici de tuberculose, il ne s'agit pas de bronchitiques et s'il s'agit d'un abcès du poumon, c'est le corps étranger qui l'a créé. Il faudra se méfier aussi d'une toux rebelle, avec unilatéralité des lésions, chez un individu jusque-là indemne d'accidents pulmonaires.

Mais s'il est un point sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention, c'est bien sur le rôle que la trachéo-bronchoscopie peut jouer dans les maladies de l'appareil broncho-pulmonaire ; car en permettant d'inspecter la trachée, les deux bronches souches, les bronches primaires et les orifices des bronches secondaires, l'endoscopie sera d'une incontestable utilité dans des circonstances pathologiques variées.

Nous ne ferons que signaler les causes extrinsèques qui peuvent modifier la lumière et la parois de l'arbre aérien :

Chez l'adulte, l'anévrysme peu volumineux de la crosse de l'aorte, les tumeurs du médiastin, le goitre endo-thoracique, le cancer de l'œsophage.

Chez l'enfant, l'hypertrophie du thymus et surtout l'adénopathie trachéo-bronchique.

On pourra observer dans ces divers cas soit une voussure plus ou moins nette, soit une déformation plus ou moins étendue sans signe fonctionnel important, tandis que parfois le tableau clinique sera celui de la sténose trachéo-bronchique. Ici la trachéo-bronchoscopie devra être faite non seulement pour confirmer un diagnostic, mais aussi quelquefois pour l'établir.

L'intérêt sera plus considérable encore s'il s'agit d'une cause intrinsèque, car alors, non seulement le diagnostic sera établi ou confirmé, mais encore un traitement sera envisagé.

Dans la laryngo-trachéite banale avec douleur rétro-sternale, toux réitérée et aboyante, avec enrouement et parfois expectoration, sans signe pulmonaire, l'examen trachéal montrera soit une muqueuse rouge congestionnée, œdématiée même, soit des points hémorragiques, des érosions superficielles, un exsudat adhérent difficile à expectorer et qui peut ressembler à des fausses membranes. Le traitement *in situ*, consistant en des topiques modificateurs, pourra donner d'excellents résultats, et on évitera ainsi l'extension du processus aux voies aériennes inférieures ?

Le diagnostic d'urticaire trachéal a pu être établi grâce à l'inspection directe alors que pendant des mois on avait pensé soit à une pleurésie, soit à une tuberculose pulmonaire, et le traitement local a donné à certains auteurs des résultats très appréciables.

Chez deux laryngectomisés, la trachéo-bronchoscopie empêcha l'exitus en désobstruant l'orifice des deux grosses bronches d'un énorme caillot de sang épaissi.

Grâce à l'endoscopie, les observations des tumeurs de la trachée ou des bronches ne sont plus d'une extrême rareté, qu'il s'agisse de tumeurs malignes ulcéreuse ou végétante, ou de tumeurs bénignes et leurs caractères peuvent être facilement mis en lumière, tandis qu'on peut procéder à un traitement rapide des lésions repérées.

Une gomme syphilitique de la trachée peut être reconnue, expliquant parfois des crachements de sang dont

l'étiologie était restée jusqu'alors ignorée. Certaines sténoses trachéo bronchiques d'origine syphilitique, traumatique, ou toxique, bénéficieront de dilatations successives en des points précis.

Un plus grand intérêt encore paraît devoir s'attacher aux affections chroniques de l'appareil broncho-pulmonaire pour lesquelles les résultats de la thérapeutique générale mise en vigueur jusqu'ici ne sont pas satisfaisants.

Dans un premier groupe de faits, c'est la dyspnée asthmatiforme qui domine le tableau clinique.

Ou bien il s'agit d'un simple équivalent de l'asthme, de trachéo-bronchite spasmodique caractérisée par des crises de toux quinteuse et de dyspnée plus ou moins considérable survenant à une heure qu'il est souvent facile de prévoir.

Ou bien il s'agit, et ce sont les cas les plus fréquents, de manifestations asthmatiformes, d'asthme intriqué La trachéo-bronchite s'accompagne alors d'expectoration soit muco-purulente, soit purulente.

Dans ces deux éventualités le traitement *in situ* de la muqueuse semble donner des résultats encourageants.

La même conduite à tenir est indiquée dans les dyspnées asthmatiformes des anciens gazés, qu'il s'agisse d'asthme créé par l'intoxication ou d'un réveil d'asthme ancien associé à des lésions broncho-pulmonaires complexes.

Dans tous ces cas, il est plein d'intérêt de constater l'état de la muqueuse trachéo bronchique et d'essayer de la modifier. Enrayer une susceptibilité spéciale de la muqueuse des voies aériennes supérieures, transformer et améliorer l'état de l'arbre trachéo-bronchique par une thérapeutique locale, c'est faire un très grand pas vers la guérison des poussées dyspnéiques de l'asthme lui-même, et c'est certainement prévenir une aggravation du processus morbide.

Pour ce qui est des anciens gazés, ils présentent des séquelles respiratoires pour lesquelles la bronchoscopie est un auxiliaire important. Schématiquement, chez certains, l'action irritante et vésicante semble n'avoir atteint que les voies aériennes supérieures. Les troubles fonctionnels sont dès lors réduits à ceux de la rhino-pharyngite associée à la laryngo-trachéite avec une atteinte plus ou moins nette des grosses bronches ; le bronchoscopiste essayera de délimiter les lésions, soit de congestion banale, soit d'ulcération ou d'érosion superficielle de la muqueuse et d'instituer une thérapeutique locale, afin de guérir si possible l'état local ou, en tout cas, de l'améliorer et de prévenir surtout des complications ultérieures. Chez d'autres, il s'agit de malades plus complexes. L'intoxication a créé des lésions profondes de bronchite chronique, de broncho-alvéolite avec, le plus souvent, soit de la dilatation bronchique, de l'emphysème, de la sclérose pulmonaire, soit encore de la cortico-pleurite et de l'adéno-médiastinite. Ces lésions diffuses ne vont pas d'ailleurs sans poussées aiguës plus ou moins fréquentes. Ici, comme nous le verrons pour la bronchite chronique, c'est par le drainage, par l'aspiration, associée à des pulvérisations et à des instillations qu'il sera possible d'améliorer cet état broncho-pulmonaire.

Et nous abordons la question très importante du traitement par le bronchoscopiste de cette grande catégorie de malades pulmonaires chroniques, tousseurs et cracheurs, pris trop souvent encore pour des tuberculeux. Or, il ne s'agit pas de phtisie, mais le plus souvent, soit de bronchite chronique rebelle à étiologie variée, soit de dilatation bronchique, soit encore d'abcès pulmonaire.

Dans l'évolution des bronchites chroniques, il s'agit d'abord d'un état nouveau de la bronche, état nouveau créé par des agents divers (gaz, infections spécifiques) et qui va permettre aux infections banales de se prolonger et de créer la réelle chronicité de la bronchite. Ces infections banales procèderont par poussées inflammatoires sous des influences variables, et c'est à la suite de ces poussées successives, causes d'irritation prolongée, que la muqueuse dermo-papillaire des bronches prendra ses caractères normaux et, se laissant dilater, permettra la pullulation et la stagnation microbienne, point de départ de nouvelles réactions inflammatoires de plus en plus fréquentes. C'est ce cercle vicieux qu'il importerait de rompre afin d'empêcher, non seulement le *statu quo*, mais surtout d'arrêter une évolution certaine vers une chronicité définitive, si on peut ainsi parler, avec toutes les complications qu'elle comporte. La trachéo-bronchoscopie permettra de se rendre compte des lésions pariétales, du degré de la dilatation, et de la quantité de l'expectoration. Elle prélèvera directement les sécrétions *in situ* dans un but de drainage, grâce à l'aspiration renouvelée, et aussi dans un but de vaccinothérapie. Elle permettra enfin de faire des applications médicamenteuses en des points localisés sans inonder les parties saines. Ainsi elle améliorera toujours et guérira parfois ces états de trachéo-bronchite, s'il s'agit d'une seule trachéo-bronchite ; elle aidera à l'amélioration de l'état broncho-pulmonaire, s'il s'agit d'une trachéo-bronchite compliquant une affection broncho-pulmonaire, comme on en voit dans les poussées bronchitiques chez les tuberculeux ou chez les emphysémateux, par exemple.

Dans les dilatations des bronches, quelle qu'en soit l'étiologie, et si la dilatation paraît dominer le tableau clinique, l'endoscopie pourra donner de bons renseignements, étant donnée l'infidélité de bien des clichés radiographiques. Elle montrera les régions où sont situées les plus grosses dilatations ; elle permettra d'en observer les caractères ; elle recherchera les zones inflammatoires, les plaques adhérentes de muco-pus, les granulations et les points de stagnation purulente. L'aspiration des sécrétions préviendra la stagnation, et la cautérisation des points granuleux terminera l'assèchement.

Ce même procédé de l'aspiration s'applique aux abcès du poumon. Mais les résultats sont très variables suivant le type étiologique. Dans certains cas, des guérisons absolues ont été rapportées grâce à l'aspiration suivie de lavages bronchoscopiques.

A cet aperçu des fausses phtisies doit s'ajouter l'étude si délicate des hémorragies des voies aériennes supérieures. Car s'il est un diagnostic pour lequel il faut s'entourer de toutes les garanties, c'est bien celui de l'hémoptysie tuberculeuse.

On connaît la facilité avec laquelle certaines affections obstruantes et infectantes des fosses nasales ou du pharynx peuvent simuler la tuberculose pulmonaire, surtout quand un crachement de sang rouge vient terminer un tableau déjà impressionnant. Quel rôle important est dès lors dévolu au spécialiste ?

Dans les cas faciles, la lésion hémorragique est nettement visible. Mais combien de fois il n'en va pas ainsi et c'est après un ou plusieurs examens laborieux qu'un avis pourra être donné. L'endoscopie permettra d'observer dans la trachée, soit de petites varices, soit des taches ecchymotiques avec parfois des lésions ulcérées, soit des lésions spécifiques ; c'est parfois dans une bronche que se trouvera la lésion (hémorrhagie des dilatations des bronches). On a signalé même des cas où le bronchoscope avait arrêté une hémorragie bronchique. Quoi qu'il en

soit, c'est par des explorations minutieuses et le plus rapprochées possible du temps hémorragipare, que le diagnostic exact aura des chances d'être établi, qu'il s'agisse d'infirmer un diagnostic erroné de tuberculose pulmonaire ou de pencher en faveur de cette éventualité. Dans les deux cas, le praticien ne saurait trop s'entourer d'éléments d'investigation, tant est grande sa responsabilité. On arrivera peut-être ainsi, d'une part, à ne pas affoler inutilement les malades et leur entourage, et d'autre part à enrayer cette tuberculophobie contre laquelle MM. Sergent et Rist se sont élevés avec tant d'autorité.

Enfin, même dans la tuberculose pulmonaire confirmée, l'activité du bronchoscopiste pourra servir. Nous n'insisterons pas sur ces faits signalés par divers auteurs qui cautérisent *in situ* les vaisseaux qui saignent, après avoir arrêté l'hémorragie grâce au tamponnement. Mais nous signalerons l'aide apportée pour le complément d'examen et pour le traitement lui-même. Chez certains tuberculeux pulmonaires, peu fébriles, avec expectoration abondante, à évolution torpide, le drainage et l'aspiration constitueraient pour certains auteurs une méthode thérapeutique digne d'intérêt. Il sera toujours utile de rechercher chez ces mêmes malades certains aspects de l'arbre aérien (lésions trachéales plus fréquentes qu'on ne suppose, éperon trachéal élargi, sténose bronchique, présence de masses caséeuses, de granulations).

Quoi qu'il en soit des observations encore peu nombreuses sur ce sujet, il y a là un vaste champ ouvert à l'activité du spécialiste et qui est plein d'intérêt pour tout médecin. Et ce qui ressort des efforts tentés jusqu'à ce jour, ainsi que des bons résultats obtenus, c'est l'aide que la bronchoscopie peut apporter au clinicien. La collaboration étroite du médecin, du radiographe et du bronchoscopiste est devenue une nécessité impérieuse.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bezançon et S. I. de Jong. — Précis de Pathologie médicale. Tome III. (Masson et Cie, éditeurs, 1923.)
2. Chevalier-Jackson. — Indications, technique et résultats de la bronchoscopie. (*Monographies O. R. L.* nº 14.)
3. Grosby Greene, Boston. — Report of a case of carcinoma of the left primary bronchus. (*The Laryngoscope*, february, 1924.)
4. Fielding, O. Lewis (Philadelphia.) — Bronchoscopy the life saver in two inusuals cases. (*The Laryngoscope*, february, 1924.)
5. Fouquet. — Contribution à l'étude des fausses hémoptysies. (Thèse de Paris, 1923, Vigot, frères.)
6. Harpedanne de Belleville. — Les séquelles respiratoires par intoxications par les gaz de combat. (Thèse de Bordeaux, 1919.)
7. Garrigues. — Corps étrangers des bronches tolérés ou méconnus. (*Annales O. R. L.*, nº 7, juillet 1924, page 683.)
8. Iglauer Samuel. — The relations of bronchoscopy and œsophagoscopy to surgery and medicine. (*The Laryngoscope*, nº 2, february, 1924.)
9. Lukens M. Robert, Philadelphia). — Bronchoscopy in the treatment of asthma, observations of twenty-one cases. (*The Laryngoscope*, nº 3, march 1925.)
10. Orthon H. B. — Carcinoma of the bronchus. (*The Laryngoscope*, february 1924.)
11. Ramadier J. — Les données de l'examen laryngo trachéo-bronchoscopique dans les affections endothoraciques. (*Le Journal Médical français*, août 1924.)
12. Sergent. — Les séquelles respiratoires des intoxications par les gaz de combat. (*La Presse médicale*, nº 13, 1925.)
13. Syme W. S. — Bronchoscopy in the treatment of asthma. (*The Journal of Laryngology and Otology*, nº 9, september 1921.)

Action de diverses opérations sur la fonction menstruelle et sur les fonctions connexes,

Par Henri VIGNES.

Assez habituellement après un **curettage**, la première menstruation est retardée d'un mois environ (1). Nous devons en déduire que, pour permettre l'écoulement menstruel, il faut un certain état de la muqueuse en plus de l'hyperémie d'origine ovarienne.

Les opérations plastiques par voie vaginale, les périnéorraphies en particulier déclanchent, de temps à autre, la venue très prématurée des règles et parfois même des métrorrhagies profuses (2). Il est possible qu'il y ait là un effet réflexe ou que l'abaissement utérin, nécessité par certains procédés opératoires, ait produit une distension et une inhibition des nerfs vaso-moteurs.

Une laparatomie, ne menant pas sur la zone génitale, peut être suivie d'une apparition précoce des règles. Dans d'autres cas, au contraire, on peut observer une aménorrhée de deux, trois ou quatre mois.

Il arrive, après **castration unilatérale**, que la menstruation suivante fasse défaut, ce qui peut s'expliquer en supposant qu'on a enlevé l'ovaire commandant cette période ou que l'ovaire restant a été inhibé par le fait de la laparotomie. Exceptionnellement, l'aménorrhée peut être permanente, soit que l'ovaire restant soit annihilé par des phénomènes infectieux légers dus à l'opération ou au drainage, soit qu'il ne fonctionnât pas avant l'opération.

Dans d'autres cas, nous le verrons, il peut au contraire se produire une anticipation des règles.

Opération portant sur un ovaire. — Dans une expérience de Fraenkel, la cautérisation du corps jaune a huit fois sur neuf empêché la menstruation et dans une expérience de contrôle, faite par Ancel et Bouin, la cautérisation de l'ovaire, en un point autre que le corps jaune, n'a amené aucune modification au niveau de l'utérus.

Lindenthal (3) a signalé qu'après les opérations sur les annexes, on voit une fois sur cinq se produire des métrorrhagies. Alors que Olshausen ne voit là qu'une pseudo-menstruation par congestion de cause mécanique, Lindenthal, puis Ruge, pensent qu'il s'agit d'une menstruation vraie : la substance d'un corps jaune rompu pendant l'opération irait réveiller l'utérus et déterminerait l'écoulement sanguin. Dans ces cas, la menstruation suivante se produit seulement six semaines après.

D'autres auteurs ont interprété ces hémorragies utérines consécutives à la destruction d'un corps jaune comme étant la marque que le corps jaune empêche la maturation

(1) « La première menstruation qui suit l'opération, dit Richelot, fait ordinairement défaut ; la seconde et la troisième ne manquent pour ainsi dire jamais. Cependant, Pozzi a rapporté un cas d'aménorrhée ayant persisté quatre mois. » (*Chirurgie de l'utérus*, Paris, 1902, p. 54). Ces faits d'aménorrhée momentanée ou prolongée, consécutives à un curettage m'ont semblé plus fréquents que ne l'indique Richelot. Il est possible d'ailleurs, qu'il s'agisse de curettages trop appuyés avec cicatrisation fibreuse.

(2) Plusieurs observations de ce genre ont été présentées à la *Société des Chirurgiens de Paris* en 1923. D'autre part, A. W. Bourne (*Lancet*, 16 juin 1923), ayant fait une excision de l'hymen et un raccourcissement ligamentaire, quelques jours après les règles, chez une femme qui était émotive et volontiers exaltée, et dont les règles étaient irrégulières et profuses, vit, le quatrième jour, l'utérus se mettre à saigner terriblement ce qui nécessita un tamponnement. Une recherche du métabolisme basal montra une hyperthyroïdie nette. Ces faits ont sûrement quelque parenté avec les métrorrhagies parfois formidables qui suivent la défloration (je dis métrorrhagie et non déchirure hyménéale).

(3) Lindenthal. — Menstruation und Corpus luteum. *Wiener Klin. Wochen.*

des follicules et que celle-ci n'est possible qu'au moment de sa régression ou de sa disparition.

WATRIN a démontré chez un très grand nombre de femmes que l'exérèse du corps jaune menstruel hâte l'apparition de la menstruation qui s'installe dans les 24 à 48 heures. Cet effet a lieu « d'une façon absolument constante » et contraste donc avec les quelques cas de métrorrhagie consécutive aux laparotomies. Il faut cependant faire une exception pour les cas où le corps jaune est très jeune (moins de 2 pour 1.000 de cholestérine), car alors la muqueuse n'est pas encore hypertrophiée. WATRIN en déduit que la sécrétion du corps jaune n'est pas le facteur déterminant de la menstruation : « La régression normale du corps jaune menstruel ou son exérèse artificielle permettent à la maturation folliculaire de reprendre son activité et la menstruation est contemporaine de cette régression totale du corps jaune et de la reprise d'activité folliculaire. »

RAMIREZ a observé des faits analogues après exérèse du corps jaune au 5e, 9e et 17e jour du post-menstruum (1). COTTE a également observé de façon constante l'apparition anticipée de la menstruation en enlevant l'ovaire contenant un corps jaune ou en excisant ce corps jaune, quelle que soit l'époque des dernières règles (2). Mais COTTE a vu les mêmes résultats suivre l'ablation d'un follicule en évolution : l'ablation d'un ovaire renfermant un follicule à maturité ou l'excision simple de celui-ci avançaient le plus souvent l'apparition des règles, celles-ci apparaissant habituellement d'un à trois jours après l'intervention.

Plus récemment, HALBAN et KOHLER ont obtenu des métrorrhagies en donnant un coup de pointe dans des follicules mûrs, ces métrorrhagies étant moins importantes que celles causées par l'ablation du corps jaune. Cette intervention ne modifie pas le rythme menstruel ultérieur à la différence de l'ablation du corps jaune (3).

COTTE est tenté d'admettre que les règles ainsi provoquées sont le résultat de l'excitation directe produite sur les nerfs de l'ovaire, soit au niveau de son parenchyme, soit au niveau de son pédicule, excitation déterminant, par voie réflexe une vaso-dilatation des branches de l'utérine d'où l'hémorragie. Si, dans le jeu normal de la menstruation la poussée congestive et l'hémorragie utérines ont pour point de départ une hormone d'origine ovarienne, cela n'empêche pas que le réflexe de la menstruation puisse être également déclanché par une excitation directe faite au niveau de l'ovaire.

La conservation ovarienne au cours de l'hystérectomie. — Je considère comme un problème très difficile la question de savoir si les femmes ayant subi l'hystérectomie avec conservation des ovaires, ayant donc le bénéfice de la sécrétion interne ovarienne sans être réglées, sont mieux portantes que les femmes ayant subi l'ablation totale des organes génitaux.

Certains auteurs attachent une grande importance à cette conservation ovarienne et prétendent que l'on évite ainsi les troubles de l'anovarie. Par exemple, dans un des travaux les plus récents publiés sur ce sujet ALICE F. MAXWELL considère que les troubles vaso-moteurs sont deux fois plus fréquents dans les cas où on fait l'hystérectomie avec ablation des ovaires (80 %) que dans ceux où l'on extirpe l'utérus en conservant les ovaires (42 %). L'apparition secondaire de troubles vaso-moteurs après les hystérectomies avec conversation ovarienne indiquerait une atrophie secondaire de l'ovaire (4).

(1) Ovaire et menstruation. *Gaceta medica de Mexico*, juillet 1923, p. 504.
(2) Sur les rapports du corps jaune et de la menstruation, *Gyn. et Obst.* 1924, t. IX, pp. 517.
(3) *Wiener Klin. Woch.*, 6 juin 1925, p. 612.
(4) Sort et fonctionnement des ovaires après hystérectomie. *The Journ. of the Amer. Med. Ass*, t. LXXXIII, n° 9. 30 août 1924.

D'autres auteurs, au contraire, considèrent la conservation ovarienne comme absolument illusoire, hormis peut-être par un effet psychique.

Il y a là une grande difficulté qui est d'apprécier l'intensité des troubles, tant pour le médecin que pour la femme (1)

Il serait pourtant bien important d'être fixé sur ce point et de savoir si la sécrétion interne de l'ovaire a un effet général sur l'organisme ou si elle n'agit que par l'intermédiaire de la menstruation.

Un autre point qu'il serait intéressant de fixer c'est de savoir comment fonctionne l'ovaire lorsqu'il n'y a pas d'utérus. Cette question, déjà abordée par divers auteurs et en particulier par L. LOEB, vient d'être étudiée à nouveau par TAKAKUSU (2) qui est arrivé aux conclusions suivantes :

1° l'ablation de l'utérus chez une rate adulte fait apparaître de nombreux corps jaunes au dépens de follicules qui se rompent et de follicules atrétiques ; chez la rate impubère, il se produit une dégénérescence kystique de tous les follicules ;

2° l'injection d'extrait d'utérus amène une involution des corps jaunes ;

3° la mise en parabiose d'une rate sans utérus et d'une rate sans ovaire empêche la poussée d'apparition de corps jaunes ;

4° la greffe d'utérus chez une femelle hystérectomisée amène une régression des corps jaunes déjà produits.

Donc, une hormone utérine protègerait la croissance du follicule et inhiberait les cellules à lutéine. TAKAKUSU suppose que normalement l'augmentation cyclique de volume utérin inhiberait le développement du corps jaune et du tissu lutéinique jusqu'à la ponte suivante.

La conservation utéro-ovarienne. — Depuis longtemps on sait que les femmes ayant subi une extirpation plus ou moins complète de leur ovaire, et ayant conservé leur utérus et, donc, leur menstruation, ne présentaient pas les accidents attribués à l'absence des ovaires (3).

Cette observation a été la raison sur laquelle de nombreux chirurgiens et, en particulier, mon maître TUFFIER (4) se sont fondés pour défendre la conservation utéro-ovarienne après ablation des lésions tubaires. Et LEGUEU (5),

(1) J'ai fait, il y a deux ans, une hystérectomie totale pour cancer du col chez une femme à terme. Je l'ai revue à diverses reprises depuis et jamais elle ne m'avait formulé de plainte sur son état. Or, ayant eu la curiosité de prendre sa tension artérielle pour un travail que j'ai entrepris, je la fis venir récemment à mon cabinet et je l'interrogeai, incidemment et très prudemment, sur les divers troubles qui ont été décrits en pareil cas. Or, depuis, cette femme m'écrit ou me téléphone, à tout propos, pour des accidents dont elle ne prenait, auparavant, nul souci.
(2) Gegenseitige Beeinflussung des Ovariums und des Uterns. *Arch. fur. mik. Anat. nud Entwicklungsmech.* 1924, tome CII, p. 1.
(3) Il est bien connu que les troubles de la ménopause naturelle cessent, pour un certain temps quand, après deux ou trois mois d'aménorrhée, les règles réapparaissent. Ce qui peut s'interpréter d'ailleurs soit comme un effet de l'écoulement menstruel, soit comme un effet de l'activité ovarienne momentanément rétablie. Dans les aménorrhées non opératoires, on observe des cas analogues ; BLONDEL et SENDRAL en ont publié un remarquable : des accidents graves glaucomateux s'étaient développés à la suite d'une aménorrhée précoce et avaient amené la perte d'un œil ; les auteurs administrèrent de l'ovarine et de l'apiol. L'état de l'œil s'améliora, puis les règles réapparurent, puis l'œil s'améliora tout à fait. Les auteurs invoquent d'ailleurs l'action du produit ovarique, et non pas l'action de l'hémorragie menstruelle.
Il est fréquent, d'autre part, soit à la suite de la castration, soit au cours d'une aménorrhée, d'observer des écoulements vicariants qui améliorent l'état de la malade. MANOLESCO, dans sa thèse sur les malformations utéro-vaginales (pages 42 et 48), rapporte plusieurs observations où l'aménorrhée avec absence congénitale de l'utérus et du vagin et présence d'ovaires s'accompagnait d'hémorragies vicariantes ou de poussées congestives menstruelles, et où il y avait des troubles gênants quand l'hémorragie venait à faire défaut. — Influence des malformations utéro-vaginales d'origine congénitale sur la vie génésique de la femme. *Thèse* de Paris, 1897-1898, n° 180.)
(4) Conservation de l'ovaire et de l'utérus dans les opérations pour annexites. *Bull. et mém. de la Soc. de chirurgie*, 1905, p. 557.
(5) *Ibid.*, p. 569.

tout en faisant des réserves sur le nombre des cas auxquels s'applique cette thérapeutique, faisait les mêmes constatations physiologiques « Toutes mes malades ont continué à être réglées plus ou moins régulièrement. Chez toutes, la santé générale a été bonne, je ne retrouve pas ces troubles de la ménopause précoce, les bouffées de chaleur, les vertiges, la neurasthénie, les névralgies que l'on observe s souvent à la suite de l'hystérectomie. La conservation des règles est toujours précieuse. » (1) Dans ces interventions, les règles réapparaissent, en général, au bout de deux mois (2).

Il faut se rappeler que souvent la simple saignée thérapeutique améliore l'anovarie. CHAMPIONNIÈRE, dans certains cas, a prescrit des sangsues pendant des années. SEGOND (3) enseignait que le seul traitement efficace des bouffées de chaleur était la saignée. Il n'y a là rien qui doive nous étonner puisque la soustraction d'une quantité de sang minime détermine une désintoxication qui, pour être efficace par le rein, l'intestin ou la peau, nécessiterait une polyurie, une diarrhée ou une hyperhydrose considérable.

Au total, l'apparition d'une hémorragie menstruelle diminue ou fait disparaître immédiatement les troubles qui s'étaient installés en même temps que l'aménorrhée. On a pensé longtemps que, pour expliquer les troubles de la castration et de la ménopause, il fallait admettre un effet de l'anovarie et considérer la suppression de la menstruation comme « un phénomène accessoire ». Si on voyait une malade améliorée en même temps que réapparaissaient ses règles, on interprétait cette réapparition comme un épiphénomène de l'action de la sécrétion interne. Pourtant la disparition rapide de certains symptômes pénibles dès que s'installe l'écoulement semble bien impliquer le rôle de l'écoulement plus que celui d'une sécrétion qui depuis plusieurs jours devait s'élaborer.

La conservation partielle de la muqueuse utérine avec conservation ovarienne. — ZWEIFEL a préconisé depuis longtemps, en cas de fibrome, de conserver, en plus des ovaires, une portion de la muqueuse utérine (4).

Cette idée a, peu à peu, amené certains chirurgiens à la pratique de l'hystérectomie fundique, qui enlève le fond de l'utérus et des deux trompes et conserve un ovaire et un moignon de corps utérin. Or, LECÈNE, sur 17 cas, note 13 fois une absence totale de troubles et des règles régulières, 3 fois un résultat moyen et 1 fois des troubles de ménopause chez une femme de quarante ans qui ne perd chaque mois que quelques gouttes de sang.

Dans une statistique (5) récente qui porte sur 548 cas opérés en 20 ans et suivis longtemps, les règles ont persisté dans 20 % des cas ; et les troubles de la ménopause ont été inexistants ; l'écoulement est d'ailleurs moins abondant qu'avant l'intervention et il semble bien qu'il faille voir là un effet de l'importance de la surface saignante.

(1) Pour exemple, je rappelle une observations de PATEL et OLIVIER: une jeune fille, à qui on enlève deux trompes tuberculeuses et l'ovaire gauche, reste aménorrhéique pendant onze mois. A ce moment, les règles réapparaissent et tous les troubles de ménopause disparaissent. (Thérapeutique chirurgicale conservatrice dans le traitement de la tuberculose annexielle. *Rev. de gynéc. et de chirur.*, juillet 1913, p. 23.)

(2) Il va de soi que nous étudions seulement ici l'effet physiologique de la conservation ovarienne et nullement ses avantages, ses inconvénients et ses indications.

(3) La conservation totale ou partielle des annexes dans l'hystérecmie. *Association française pour l'avancement des Sciences.* Reims, 1907, 1re partie, p. 331.

(4) Voir ALBAN DORAN. — Hystérectomie subtotale pour fibrome. *Lancet*, 4 nov., 1905, p. 1310.

(5) A. PAGE et D. FEREY. — Etude des résultats éloignés de la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. *Journal des Praticiens*, 19 septembre 1925.

La conservation de fragments ovariens avec ou sans conservation utérine. — Chez un certain nombre de femmes, l'ovaire étant malade, des chirurgiens se sont employés de leur mieux à extirper les parties morbides et à conserver les zones saines (1).

Il suffit d'un fragment d'ovaire peu important pour assurer la menstruation. Nous ne savons d'ailleurs pas quel est le minimum efficace. Car, en ce qui concerne l'espèce humaine, les portions conservées peuvent être, en réalité, aussi malades que les portions excisées, ou encore, les pratiques opératoires peuvent annihiler les parties conservées.

L'expérimentation, par contre, a permis de recueillir des données importantes, depuis les premiers travaux de CARMICHAEL et MARSHALL, montrant l'hypertrophie compensatrice de l'ovaire laissé après castration unilatérale et celle de l'ovaire réséqué (2).

A. LIPSCHUTZ, Ch. WAGNER et R. TAMM, en confirmant ces faits, ont signalé qu'il n'en est pas de même pour le testicule réséqué, celui-ci masculinisant le sujet sans s'hypertrophier. Ils ont vu que l'augmentation de l'ovaire est due à une augmentation du nombre des ovules primordiaux, entrant en développement folliculaire : dans une coupe d'un tel ovaire réséqué, on voit, pour une même surface, moins d'ovules primordiaux et plus d'ovules en maturation que dans un ovaire témoin (3). ARAÏ a fait des constatations analogues et a vu de plus que la première ovulation post-opératoire n'est ni accélérée, ni retardée (4).

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Sur la constipation

« Dejectionis mollities, corporis sanitas ». (CELSE).

« A vray dire, écrit l'immortel auteur des *Essais*, de toute cette diversité et confusion d'ordonnances, quelle aultre fin et effect, après tout y a-t-il, que de vuider le ventre. » Aujourd'hui, comme au temps de Montaigne, la liberté du ventre reste encore la clé de voûte de la thérapeutique. Un compatriote du grand sceptique, le Dr DARGEIN, de Bordeaux, nous traçait, dernièrement, les lamentables étapes d'un constipé à travers la médecine et la chirurgie. D'abord, c'est une constipation par négligence voulue de la régularité alvine. Bientôt la constipation volontaire devient habituelle, involontaire, invétérée, à la suite d'une maladie aiguë, d'une infection ou même d'un simple séjour au lit. On observe souvent le type *spasmodique* (barre et distension coliques, orages intestinaux, syndrome dyspeptique). D'autres fois, c'est le type *atone* avec maigreur, lassitude, flaccidité du côlon, « l'intestin-chiffon » de LANGENHAGEN.

La troisième étape représente la constipation *rebelle*, avec son cortège d'intoxication, d'angoisse, de flétrissure nutritive, ses ballonnements, ptoses, décharges diarrhéiques toxiques, éliminations toxiniennes par les divers émonctoires (peau, reins, etc.). Une quatrième et ultime étape conduit le coprostasique à la phase *chirurgicale*, avec ses déformations, adhérences, péricolites, typhlectasie, obstruction et occlusion intestinales, entéro-colites graves, toxémie générale.

On évite la constipation et sous ses méfaits, par les cures de *Cascarine Leprince*, qui, depuis plus de trente ans, a fait ses preuves comme l'idéal des laxatifs. Que la coprostase reconnaisse une origine alimentaire, un obstacle mécanique, l'absence des sécrétions alvines nécessaires, la diminution de contractibilité des fibres lisses, la viciation de la sensibilité du gros intestin ; qu'elle provienne de la dislocation du côlon chez les ptosés, ou bien d'une atrésie mettant obstacle à la progression du bol fécal; qu'il s'agisse de la surcharge graisseuse chez un obèse ou de l'insuffisance du plexus solaire chez un neuro-arthritique: toujours, la *Cascarine Leprince*, ce « végétable calomel » des Anglais, remplira sans mécompte son rôle d'exonérateur et de rééducateur de la grande fonction viscérale. Cette remarquable préparation mérite pleinement l'appellation de « véritable conquête thérapeutique » que lui décerna, il y a plus d'un quart de siècle, DUJARDIN-BEAUMETZ, peu prodigue, cependant, de ses éloges.

(1) Voir, par exemple, la statistique de WALTHER portant sur 242 opérées qui ont été revues ultérieurement — (Résultats éloignés des opérations conservatrices dans la chirurgie des annexes de l'utérus. (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 juin 1922, p. 383.)

(2) On the occurence of compensatory hypertrophy in the ovary. *Journ. of physio.* vol. 36, nº 5, p. 431.

(3) Sur l'hypertrophie des fragments ovariens, etc. *C. R. de la Soc. de Biol.* 1922, tome LXXXVI, p. 240 et Nouvelles observations sur l'hypertrophie des fragments ovariens. *Ibid.*, p. 1122.

(4) Hypertrophy of the survivingg ovary after semispaying. *Amer Journ. of Anat.*, 1920, tome 28, p. 59.

VARIÉTÉS

Une histoire de Saint-Lazare

On va démolir Saint-Lazare. Mais l'antique prison ne disparaîtra pas complètement. Le Dr Bizard et Mlle Jane Chapon viennent de lui consacrer un magnifique ouvrage (1) où son histoire est écrite d'une façon définitive.

Ancienne abbaye, devenue asile de lépreux, Saint-Lazare, lorsque saint-Vincent-de-Paul y entre en 1682, est, dit G. Lenotre une maison ouverte à toutes les misères : il n'y a pas un désespéré qui ne connaisse le chemin de la demeure du *bon Monsieur Vincent*. Les enfants trouvés y sont recueillis : « on y fait aux nécessiteux des distributions de pain et de vêtements : on y loge ceux qui sont sans asile... Le bon Monsieur Vincent exige que Saint-Lazare soit « comme l'Arche de Noé où toutes sortes d'animaux étaient reçus et nourris ». Il pénètre dans tous les taudis, dans toutes les geôles, dans tous les bagnes ; chaque matin et chaque soir on entend au loin l'appel de sa « cloche d'argent » qui, depuis 1649, rallie les malheureux et les guide vers la maison du réconfort, de l'aumône et de la prière. C'est à Saint-Lazare que, en 1660, mourut « le charitable père des galériens, des forçats et des affamés » : et c'est là aussi que fut inhumé son corps, dans la chapelle de la léproserie.

A la fin du XVIIe et jusqu'à la Révolution la maison est à la fois : couvent, prison, lieu de correction, et asile d'aliénés. Les détenus pour la plupart se composaient de jeunes gens de famille, dissipés ou libertins qu'on admettait à la requête des parents et sur « Lettres de cachets ». Le prix de la pension variait de 6 à 1.200 livres. Tout nouvel arrivant, sans aucune exception était soumis à la fustigation préalable. Pour les aliénés, c'était même, selon l'opinion médicale de l'époque, un calmant sans pareil. Beaumarchais, incarcéré sur ordre de Louis XVI, à la suite d'une polémique avec le comte de Provence, n'échappa pas à l'humiliante et inflexible règle.

La Révolution valut à l'ancienne maison de l'Apôtre de la charité un renom d'épouvante.

Saccagé par le peuple, le couvent fut utilisé ; à partir de janvier 1794, pour y loger les aristocrates dont regorgeaient les prisons improvisées des quarante-huit comités révolutionnaires qui régnaient à Paris. « En moins d'un mois, dit Lenôtre, on y écroua 600 suspects : leur nombre monta bientôt à près d'un millier. Singulier monde, ramassé au hasard, qui vivait là comme un groupe de robinsons dans la promiscuité consécutive à un grand naufrage : nobles dames, petits bourgeois, magistrats austères, actrices, banquiers, nones décloîtrées ; la vieille abbesse de Montmartre — une Laval-Montmorency, — octogénaire et impotente, voisinait avec la Dervieux danseuse de l'Opéra : la jeune duchesse de Fleury, insouciante comme une enfant, bien qu'elle eût 25 ans et fût mariée, faisait table commune avec de sévères conseillers au Parlement : les peintres Sunée et Hubert Robert installaient dans la cour leurs chevalets, les poètes Roucher et André Chénier écrivaient et rimaient : on jouait au ballon, on arpentait, les jours de pluie, les longs corridors, on essayait de folâtrer, on se forçait à rire... jusqu'au jour où commencèrent les grandes « fournées » de Thermidor. Jamais la brutale maxime peinte sur le cadran solaire de la grande cour n'avait été d'une telle actualité : *Hæc mea forte tua*.

Le règne de l'échafaud fini, Saint-Lazare se vida vite : en décembre de cette année rouge le registre d'écrou de la prison se termine par cette comptabilité : « Hier, il y avait 1 détenu ; aujourd'hui, sorti 1 ; total actuel, 0 détenu ».

(1) Dr Léon Bizard et Jane Chapon. — Histoire de la prison de Saint-Lazare du Moyen-Age à nos jours. Préface de G. Lenôtre. Dessins originaux d'Albert Morand et Jane Chapon, in-4°. Prix : 100 fr. (E. de Boccard, éditeur, 1, rue de Médicis, Paris.)

Depuis l'antique logis est devenu une maison de détention réservée aux femmes condamnées pour délits de droit commun. Toutes les femmes célèbres dans les annales judiciaires y ont passé, depuis les criminelles huppées jusqu'aux espionnes de la grande guerre (1).

L'histoire anecdotique de leur séjour est noté dans le livre de M. Bizard et de Mlle Chapon, à côté de renseignements plus généraux sur la vie de la prison.

Et ce n'est pas la partie la moins attrayante de leur beau livre grâce auquel toutes les traditions de Saint-Lazare se perpétueront encore quand la vieille prison ne sera plus qu'un souvenir.

Origine antique du mot trachome

Le mot trachome existait déjà dans les temps les plus reculés ; les anciens Egyptiens étaient atteints de cette maladie. Le mot trachome fut employé pour la première fois par Dioscoride (40 ans après Jésus-Christ). M. E. Parpacone, pour contribuer à prouver l'origine antique du mot trachome, reproduit (*Ann. d'oculistique*, juillet 1925) la photographie d'un papyrus qui date du IIIe siècle après Jésus-Christ et fut découvert à Oxyrhynchos (Egypte), il y a peu de temps.

C'est une lettre d'un nommé Titianos à sa sœur.

Dans cette lettre, profitant de ce qu'un certain Tychon se rend justement auprès de cette sœur, il lui envoie de ses nouvelles.

Il commence tout de suite par celles qui se rapportent à sa propre santé lui annonçant qu'il a été longtemps malade, à tel point qu'il ne pouvait même plus remuer ; puis que lorsque la maladie était en décroissance, un de ses yeux avait commencé à suppurer, et qu'il avait eu des τραχώματα dont il avait beaucoup souffert. Il ajoute que son père, à cause duquel lui-même se trouve là, est malade lui aussi, comme l'ont déjà été sa mère et tous les serviteurs. Il exhorte sa sœur à prendre patience, jusqu'à ce que Dieu — qu'entre temps il remercie — lui permette de revenir près d'elle sain et sauf.

A la sixième ligne du papyrus le mot τραχώματα est écrit clairement et on peut le lire couramment, sans qu'aucune interprétation ne soit nécessaire.

Médecine et Littérature

M. Pierre de Saint-Prix avait posé à quelques médecins, que « les hasards de leur carrière ou les exigences d'une vocation déterminée ont conduits à faire œuvre d'écrivain », les trois questions :

1° Y a-t-il un lien entre votre vie de médecin, votre formation professionnelle, d'une part, et votre vocation d'écrivain, vos goûts littéraires, de l'autre ?

2° Dans votre carrière d'écrivain, quelles sont les qualités ou les habitudes d'esprit que vous pensez pouvoir attribuer à votre formation et à votre profession de médecin ?

3° Estimez-vous que la littérature puisse tirer un profit durable de certaines théories récentes ou de certaines méthodes de la psychologie ou de la psycho-physiologie (Freudisme, auto-suggestion, par exemple ?)

Les réponses reçues ont été publiées dans la *Chronique des Lettres françaises*, nos de juillet-août et de septembre-octobre) avec commentaire par Edouard Maynial.

Si M. Maurice de Fleury admet un lien entre sa formation professionnelle et ses goûts littéraires, le Pr Charles Richet ne reconnaît aucun lien entre ses études scientifiques et son œuvre littéraire.

Pour M. Pierre Dominique, auteur de *Notre-Dame de Sagesse*, roman dont l'action se déroule à Villejuif, la médecine peut être pourvoyeuse de spectacles, de faits observés et enfin de méthodes. M. Jean Vinchon avoue que sa formation de spécialiste des maladies nerveuses a inspiré toutes ses productions littéraires. Comme G. Duhamel, M. Paul-Louis Couchoud estime que « la médecine est une bonne école pour connaître l'homme ». Les avis sont partagés sur le freudisme et autres théories. M. Maurice de Fleury n'hésite pas à qualifier le freudisme « d'énorme indécence » et d'« énorme erreur scientifique » et la conception de M. Coué de « lamentable pauvreté » ; tandis que pour M. Vinchon « le freudisme paraît devoir jouer un rôle considérable ».

(1) Le Dr Bizard vient aussi de publier, chez Grasset, sous le titre *Souvenirs d'un médecin des prisons de Paris*, un volume des plus intéressants, plein d'anecdotes sur Saint-Lazare, les Espionnes, la Santé, la Petite-Roquette, la Prostitution à Paris, les Maisons closes et les maisons de rendez-vous pendant et depuis la guerre, etc.

M. Maynial, en commentant ces réponses, reconnaît que la médecine « pourvoyeuse de spectacles, de faits observés, de méthodes, pour l'écrivain d'imagination, doit être également pour le critique comme pour l'historien, un guide aussi sûr que bien informé. » Et il cite comme un modèle du genre *Rémy de Gourmont vu par son médecin*, le récent ouvrage de Paul Voivenel qu'on regrette de ne pas voir figurer parmi ceux qui ont collaboré à cette enquête. Sa réponse eût fait autorité et eût été autrement intéressante que celles de certains qui se sont montrés plus préoccupés de leur personne que de l'intérêt général de la question.

La critique et la science laïque
Le rôle de Littré et de Charles Robin

Continuant la série des études où il a entrepris de retracer les principaux mouvements politiques et sociaux de la France contemporaine, M. Georges Weill vient de consacrer un volume à l'histoire de l'Idée laïque en France au XIXe siècle (in-8°, 376 p. Alcan). Son exposé commence à l'époque où la fin des guerres de l'Empire et le retour de la monarchie légitime recveillent les discussions sur les rapports de l'Eglise et de l'Etat ; il se termine en 1905. Le chapitre « La critique et la science laïque », contient un exposé très fidèle du rôle joué par les savants mêlés plus ou moins directement aux polémiques philosophiques ou religieuses. J'en détache les quelques lignes consacrées à l'influence de Littré et de Ch. Robin.

« A la doctrine enseignée dans les lycées, dit M. Georges Weill, la jeunesse commençait à opposer la philosophie positiviste. Auguste Comte, bien qu'il écartât résolument l'idée de Dieu, avait terminé sa carrière en fondant une religion nouvelle, et pour la faire triompher, il avait recherché l'alliance des jésuites et l'accord avec l'Eglise. Mais à sa mort le positivisme demeurait encore inconnu, en dehors du groupe des fidèles ; celui qui le révéla au grand public ce fut un disciple hérétique. Littré, dès sa jeunesse, avait écarté le problème de l'au-delà comme insoluble, et refusé de s'aventurer sur cet océan de mystère pour lequel le navigateur ne possède ni voile ni gouvernail (1) ; admirateur du *Cours de philosophie positive*, il ne suivit pas le maître dans sa tentative religieuse. La politique acheva de les séparer ; l'ardent républicain qu'était Littré ne put admettre l'adhésion de Comte au 2 décembre. Néanmoins c'est son livre sur Auguste Comte qui fit véritablement connaître à la France la nouvelle doctrine ; ce fut donc le positivisme de gauche, le positivisme purement scientifique, sans mélange de religion, qui s'offrit à l'adhésion d'une jeunesse dégoûtée de l'éclectisme...

...Littré acquit une grande influence personnelle par la dignité de sa vie, la hauteur de sa pensée, la variété de ses connaissances. Un grand savant, son ami Robin, converti comme lui au positivisme, contribuait aussi à répandre la doctrine. Les attaques de la presse catholique achevèrent de faire connaître ces hommes peu bruyants : l'ardente campagne menée par Dupauloup pour empêcher l'élection de Littré à l'Académie française le rendit populaire comme une victime du parti clérical. Aussi, quand Guéroult en 1858 exhortait la France à faire son bilan intellectuel, il ne se doutait pas que son vœu était déjà exaucé, qu'une légion de penseurs indépendants s'était formée qui se lançait avec confiance dans l'arène philosophique. Les hommes de 1830 avaient célébré la poésie et le sentiment religieux, les homme de 1860 célébraient la science et la libre pensée. »

(1) Vers 1835, il disait à Hauréau, qui l'interrogeait sur l'immortalité de l'âme : « Je ne parle jamais des choses qui me sont inconnues. » (Hauréau. *Notice sur Littré* dans *Histoire littéraire de la France*, t. XXIX).

Martin Akakia, médecin de François Ier

La *Diatribe du docteur Akakia, médecin du pape*, que Voltaire imagina pour ridiculiser de Maupertuis, a sans doute plus contribué à immortaliser le nom de la famille médicale des Akakia, que l'importance des travaux qu'elle a laissés.

Martin Akakia, le premier du nom, auquel le Dr J. Chevron vient de consacrer une intéressante biographie (in-8, 22 p., Châlons-sur-Marne) ne fut cependant pas un type sans relief. S'il ne fut ni un grand savant, ni un grand écrivain, il fut un des premiers professeurs au Collège de France et un brillant traducteur de Galien.

Il est probable, et la question a fait couler beaucoup d'encre, que Akakia dut son nom à l'habitude qui poussait les écrivains d'alors à latiniser ou à gréciser leurs noms (Johannes *de Hortibus*, pour Jean *des Jardins* ; Johannes *Avis*, pour Jean *Loysel* (petit oiseau), etc.). Le grec en transformant sans malice en *Akakia* lui donna le moyen d'éviter les sarcasmes et les plaisanteries.

Ce médecin naquit vers la fin du XVe siècle, à Châlons-sur-Marne ; l'épithète de *catalaunensis* dont il fait toujours suivre

son nom lui a valu, de la part d'un biographe, d'être noté comme né en Catalogne ! Il vint à Paris, fut un des élèves préférés de Pierre Brissot et fut reçu docteur en 1526. François Ier lui donna une place parmi ses onze médecins ordinaires et l'appela à la chaire de médecine du Collège de France qu'il venait d'instituer. Quand, en 1545, l'Université eut à envoyer un délégué au Concile de Trente qui devait juger les doctrines prêchées par Luther, Martin Akakia fut choisi à l'unanimité. Il fut lié d'amitié avec Clément Marot dont il devint le médecin ; tous deux échangèrent plusieurs fois des compliments rimés. Akakia mourut en 1551 laissant un fils qui devait continuer à illustrer le nom.

L'œuvre d'Akakia, dit le Dr Chevron, est celle d'un traducteur lettré plus que d'un savant :

« Latiniste et helléniste consommé, il se sent naturellement porté à étudier l'œuvre des savants de l'antiquité. Mais l'empreinte de la vieille Université dont il est encore marqué ne veut pas qu'il ne voie là qu'une simple étude historique. Fatalement, il y cherchera les préceptes mêmes de son art. Il n'est pas encore capable de faire sortir les lois pathologiques de l'étude des phénomènes morbides qu'il commence à peine à savoir observer. Le malade n'est pas encore son livre d'étude. Il ignore presque tout de la clinique, et il traduit Galien, Hippocrate ou Aristote, discutant le texte de leurs ouvrages, opposant les théori s de l'un à celles de l'autre, et vieux reste des méthodes scolastiques, il « dispute » sur les phrases mêmes, sur les mots pour savoir s'il faut préférer les médecins grecs aux médecins arabes. L'envol de la science médicale n'avait pas encore assez de vigueur pour s'élever plus haut. »

Le portrait d'Akakia est conservé dans les collections de la Faculté de médecine de Paris. Il fut donné en 1692 par le doyen alors en exercice, Henri Mathieu. C'est d'après ce tableau que Ménageot a dessiné la tête du médecin que l'on remarque auprès de Léonard de Vinci, dans un tableau qui représente François Ier venant honorer de son estime et de ses regrets les derniers moments d'un artiste célèbre ; Louis XVI aavit commandé ce tableau : il a été exposé au Salon du Louvre en 1781.

Le musée de Châlons possède un portrait d'Akakia, œuvre non signée, vraisemblablement une copie. Et la bibliothèque de cette ville conserve l'édition de 1547 du *De ratione curandi*, l'une des deux traductions des œuvres de Galien dues à Akakia.

BIBLIOGRAPHIE

Histoires de filles et d'affranchis, par Edouard RAMOND. Un vol. in-16, sous couverture illustrée de Dignimont. Prix : 9 fr. Les Editions de France, 20, av. Rapp, Paris, 7e.

Rénovant le genre de l'histoire, Edouard Ramond a campé, tels des types de romans, des personnages de filles, de souteneurs, de proxénètes, mais sans le secours d'aucune trame, d'aucun scénario. Dans ces quelques deux cents anecdotes ou dialogues *authentiques*, rapportés ou entendus par l'auteur, la Vénus des Carrefours, son concurrent, l'éphèbe aux joues peintes, son inévitable compagnon, le souteneur, parlent et agissent selon la vérité même de leur caractère, selon la loi de leur milieu.

Nulle sensiblerie ne les affadit, nul procédé ne les altère. Lire les *Histoires de Filles et d'Afffranchis*, c'est pénétrer dans ce monde divers, inquiétant et candide d'où tour à tour Charles-Louis Philippe, Charles-Henry Hirsch, Francis Carco firent jaillir des figures devenues légendaires.

L'auteur même de l'*Equipe* et des *Innocents*, Francis Carco, en une préface importante, s'est institué le plus averti des guides, et a écrit pour ce livre une véritable introduction à la Vie du « Milieu », bourrée d'anecdotes.

C'est donc, sous sa forme alerte, spirituelle et pittoresque et dans sa franchise réaliste, certes, mais non perverse, un vrai document que ces *Histoires de Filles et d'Affranchis*, qui auront le même succès que les *Histoires Marseillaises*.

FONDÉ EN 1873. — N° 50. Le Numéro : 50 Centimes 5 DÉCEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

41, Rue des Écoles, PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357-81

Téléphone : Gobelins 30-03

ABONNEMENTS

avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies	35 fr.
Belgique et Italie	45 fr.
Étranger 1re zone	55 fr.
Étranger 2e zone	70 fr.

Etudiants : Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230.790.

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. — 30 *novembre.* — M. PELISSE (F.). De la biopsie dans les amputations. — M. SALATHI. Essai sur l'influence de l'alimentation sur les échanges respiratoires. — M. FRANTZ (André). Forme larvée de l'abcès du foie.

1er *décembre.* — M. D'AUXION (J.). Le mal de mer. — M. MATTEI. Traitement des ascites cirrhotiques. — M. DALSACE (R.). Le bactériophage de d'Hérelle. — M. MARCERON. Etude de la photo sensible par les solutions fluorescentes. — M. BOURDON. Intérêt de l'inoculation au cobaye pour le diagnostic de la tuberculose.

3 *décembre.* (Thèses vétérinaires.) — M. MONNIER. Etude de la polyarthrite des poulains de lait. — M. COULON. Considérations sur le traitement de l'eczéma du chien. — M. SCHLOESSER. De la nymphomanie chez la jument.

Hôpitaux de province. — SAINT-ETIENNE. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne s'ouvrira le 22 février 1926, à 8 h. 30, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

S'adresser au secrétariat, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

Asiles publics d'aliénés. — M. le docteur Lauzier, médecin chef de service à la colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le docteur Beaurin, décédé.

Inspection de l'assistance publique. — M. le docteur Vignon a été nommé sous-inspecteur de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône.

Guerre. — M. le médecin principal de 1re classe Dejouany, médecin chef de l'hôpital Bégin, est nommé directeur du Service de santé de la 8e région à Bourges.

Académie de médecine. — La séance annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 8 décembre, à 15 heures. M. Achard prononcera l'éloge du professeur Raphaël Lépine.

Organisation d'un cadre de médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaire de réserves. — Les militaires de la disponibilité et des réserves titulaires d'au moins douze inscriptions validées de médecine ou de huit inscriptions validées de pharmacie ou de huit inscriptions validées de chirurgie dentaire peuvent être nommés, sur leur demande, respectivement au grade de médecin auxiliaire, de pharmacien auxiliaire ou de dentiste auxiliaire de réserve après avoir subi avec succès un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par le ministre de la guerre.

Service de santé colonial. — Ont été nommés professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales: Chaire de bactériologie, parasitologie et hygiène, M. le médecin-major de 2e classe Peltier (Maurice), du 2e rég. d'infanterie coloniale. — Chaire de clinique externe et chirurgie d'armée, M. le médecin-major de 2e classe Février, actuellement en service à l'école d'application.

Ecole de Limoges. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux pratiques de chimie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges s'ouvrira, au siège de ladite école, le 10 juin 1926.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Faculté de Lyon. — Par arrêté en date du 26 novembre 1925, la chaire de pharmacie de la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Inspection mobile du service de santé. — Depuis sa réorganisation par décret du 1er novembre 1924, l'inspection générale du service de santé, dotée de moyens plus étendus, a pu donner aux services sanitaires coloniaux un développement dont les résultats se font déjà nettement sentir. Mais, pour que ces dispositions puissent donner tout leur rendement, il me paraît de toute nécessité que leur exécution soit contrôlée au point de vue technique par une haute personnalité du corps de santé colonial, déléguée par le ministre pour aller sur place vérifier les résultats, constater les besoins et donner l'impulsion.

Le présent décret a été préparé dans ce sens et est destiné à confier au médecin inspecteur général, inspecteur général du service de santé des colonies, le soin de contrôler sur place l'exécution technique de tous les services sanitaires et de recueillir en particulier les renseignements propres à éclairer le ministre sur la situation des populations indigènes et leur développement démographique.

L'inspecteur général du service de santé conserve dans le cours de ses inspections sa solde et ses indemnités d'Europe, mais il lui est alloué pendant ses séjours aux colonies une indemnité coloniale de 120 fr. Dans les colonies à monnaie locale, la question de change sera réglée sur les mêmes bases que pour les autres fonctionnaires.

Les gouvernements généraux des groupes de colonies, ainsi que les territoires coloniaux sous mandat ayant accepté de supporter les frais supplémentaires résultant de ces inspections et l'inspecteur général du service de santé devant, pendant ses absences, être remplacé par le médecin qui lui est normalement adjoint, il ne doit résulter de cette réorganisation aucune charge nouvelle pour le budget de l'Etat.

Ecole de médecine et de pharmacie de Besançon. — Un concours s'ouvrira, le 4 juin 1926, devant la faculté de médecine de l'université de Nancy pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Mission médicale aux Etats-Unis. — Le docteur Jacques Forestier, d'Aix-les-Bains, est parti le 25 novembre à bord du « Paris » à destination des Etats-Unis et du Canada où il se rend pour une mission médicale.

Il a été invité par la « Radiological Association » de l'Amérique du Nord à venir exposer en une série de conférences les travaux qu'il a poursuivis en collaboration avec le Prof. Sicard »

Syndicat des directeurs de maisons de santé. — L'assemblée générale du syndicat des médecins directeurs des maisons de santé aura lieu le 19 décembre à cinq heures du soir, à l'Hôtel du Palais d'Orsay à Paris. Elle sera suivie d'un banquet.

Tous les membres sont priés d'adresser leur adhésion à la réunion et au banquet au docteur Hervé, Président du Syndicat, Sanatorium des Pins, Lamotte-Beuvron.

A cette occasion, il est à nouveau fait appel à tous les médecins directeurs des Maisons de santé pour leur agrégation au syndicat.

Les questions de première importance qui les intéressent tous : fiscalité, loi de huit heures, assurance sociale, nécessitent plus que jamais la cohésion de tous les intérêts particuliers.

Dispensaires antituberculeux. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des Dispensaires du département des Vosges aura lieu. le 10 janvier prochain, à 9 heures du metin, au siège de la Fédération Vosgienne, 4, rue du Collège, à Epinal.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité National de Défense contre la tuberculose, — 66 bis, rue Notre-Dame-des Champs. à Paris.

Comité d'organisation de la Semaine Odontologique. — La semaine odontologique aura lieu du 21 au 28 février 1926 dans les salons de l'Hôtel Majestic, 19, avenue Kléber Paris.

Organisée par le Syndicat des chirurgiens-dentistes de France et l'Association générale syndicale des dentistes de France, avec le concours de l'Amicale des dentistes des Armées de terre et de mer, du Syndicat des médecins odontologistes, des Syndicats dentaires de province, de la Société d'hygiène dentaire de France, dont les assemblées générales auront lieu durant cette semaine, qui comportera une partie scientifique (démonstrations, communications) sous les auspices de l'école dentaire de Paris et de l'école odontologiqu et la participation de l'Association générale des dentistes de Belgique.

Une importante exposition d'appareils et de produits pharmaceutiques intéressant notre profession aura lieu du 21 au 28 février et un grand banquet clôturera cette importante manifestation.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétaire du Comité d'organisation de la Semaine Odontologique, 56, rue Tiquetonne. Paris, IIe.

Ier Congrès de la Presse médicale des nations latines. — Ce Congrès, organisé par l'Association de la Presse médicale française, avec le concours des Associations de la Presse médicale belge, espagnole et italienne, se tiendra à Paris, au cours de l'automne 1926, et sans doute en décembre (la date exacte n'en est pas encore fixée).

Parmi les questions posées, trois ont été retenues dès maintenant par les organisateurs. Ce sont les suivantes :

1° Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale. Rapporteurs : MM. Mirande (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; Tecon (*Revue suisse de médecine*), etc.

2° La propriété littéraire et la Presse médicale. Rapporteurs : MM. Gardette (*La Presse thermale et climatique*) ; Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'Appel de Paris, etc...

3° Du rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des Congrès médicaux. Rapporteurs : MM. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*) ; Beckers (*Bruxelles Médical* ; J. de Azevedo (*A. Medicina contemporanea*) ; etc...

Il va sans dire que la liste ci-dessus n'est nullement complète, et encore moins limitative, ni quant au choix des sujets traités, ni surtout quant à celui des rapporteurs.

Le programme définitif du Congrès devant être arrêté très prochainement, les organisateurs accueilleront avec intérêt les propositions et suggestions que voudront bien leur adresser leurs confrères, directeurs ou rédacteurs de journaux médicaux des pays latins.

Pour tous renseignements, on est prié d'écrire à M. le Dr L.-M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe),

Nécrologie. — Dr Desnos, membre de l'Académie de médecine, décédé dans l'Inde où il avait été envoyé en mission. — Dr Wallich, membre de l'Académie de médecine. — Dr Théodore Dulau directeur du sanatorium de Cap Breton. — Dr Marcel Bilhaut, décédé à Long (Somme).

TRAVAUX ORIGINAUX

Le rôle auxiliaire des glandes à sécrétion interne, dans les traitements de désensibilisation en dermatologie,

Par L. LORTAT-JACOB,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

La pathologie humorale de ces dernières années est riche de faits qui sont actuellement enregistrés, sans assez de critique parfois, nous semble-t-il, à l'actif de la pathogénie de certaines dermatoses. Ces acquisitions ont suscité un certain engouement dans l'établissement, plus réflexe que réfléchi, chez beaucoup de médecins, de l'emploi des cures de désensibilisation en dermatologie. C'est parce que nous pensons que cette conception du choc colloïdo-clasique, mérite mieux que la faveur de la mode en thérapeutique, qu'il nous paraît nécessaire de ne pas exposer cette méthode à des critiques injustifiées, et à subir injustement le contrecoup d'une défaveur qui tend à se faire jour et qui découle, précisément, d'un emploi souvent intempestif, ou d'observations interrompues prématurément, ou de manque de témoins. Cette dernière circonstance étant, extrêmement fréquente en thérapeutique. Il eût été à désirer que dans beaucoup de cas publiés à l'actif des cures de désensibilisation en dermatologie, on eût pût mettre en regard, soit l'abstention de toute thérapeutique, soit une médication externe classique, soit aussi qu'on n'ait pas cumulé divers traitements chez le même sujet. Toutes ces erreurs se retournent injustement aujourd'hui contre une méthode qui dans ses origines compte assez de titres valables pour les revendiquer à bon escient.

Il ne semble pas que M. Dracoulides qui vient d'écrire, sous l'inspiration du Dr Ravaut, une étude très consciencieuse *de la désensibilisation et de la sensibilisation en dermatologie* ait fait, dans l'exposé de ses remarquables observations, la critique qui eût pu doubler l'attrait de ses remarques et il aurait été très intéressant de voir des faits témoins, en présence de ceux qu'il rapporte à l'actif de ces méthodes de traitement. En tous cas, il ressort de la lecture des observations qu'il publie que les traitements qu'il a employés, sont d'ordre très divers et d'actions fort inégales.

Il faut louer néanmoins M. Dracoulides de mettre au point une technique basée sur les injections d'autosérothérapie, d'hétérosérothérapie, d'hétérohèmothérapie, d'autohémothérapie, d'en exposer les indications, les résultats, les inconvénients.

Il fait en outre l'étude de la lactothérapie de la peptonothérapie, de l'autovaccination microbienne. A citer les intéressants chapitres concernant l'injection de substances cristalloïdes, la critique des méthodes de choc colloïdoclasique et les méthodes auxiliaires. Parmi celles-ci, nous retiendrons les expériences de Képinof et Lauzenberg datant de 1922, et qui montrent que des animaux ayant subi la thyroïdectomie totale pouvaient impunément recevoir des injections de sérum de cheval, sans présenter de choc anaphylactique. Déjà nous-même, en 1904 avions montré, avec Sabareanu, à la Société de Biologie (n° 27) que l'adrénaline pouvait être injectée à des doses supérieures à celles qui produisent habituellement l'athérome expérimental chez le lapin, sans produire de localisations athéromateuses aortiques, si l'on avait préalablement extirpé le corps thyroïde aux animaux injectés.

Contrairement à ce qui se produit lorsqu'on injecte l'adrénaline à des animaux châtrés (1), l'ablation des testicules en effet favorise nettement l'apparition de l'athérome aortique expérimental. Il en est de même pour l'ablation des ovaires, chez les lapines femelles (2).

D'une manière générale, le rôle des glandes à sécrétion interne nous paraît évident dans le déterminisme des accidents à type colloïdoclasique. Il est donc nécessaire de s'efforcer de mettre en évidence les perturbations fonctionnelles de ces glandes dans nombre de circonstances où elles peuvent être appelées à se manifester brusquement : c'est, à notre avis, une des conditions fréquentes de la crise congestive, ou toxique qui apparaît, sous l'influence des injections de novarsénobenzol. Il nous a semblé important avant de pratiquer ces injections de connaître, autant que possible ce que nous avons appelé l'état antérieur et là encore, les signes d'insuffisances glandulaires, recherchés avec méthode, peuvent contribuer à empêcher l'éclosion des accidents (3).

Ces faits expérimentaux qui montrent l'importance des glandes à sécrétion interne dans les réactions imputables à la constitution physico-chimique des humeurs de l'organisme, remontent pour nous à plus de vingt ans. La clinique dermatologique minutieusement conduite avait déjà, par la seule observation des faits, incité dès 1900, M. Brocq à traiter les prurits, les prurigos, quelques eczémas prurigineux et certaines ichtyoses par l'opothérapie. Depuis lors, l'étude que fait de ce chapitre important M. Dracoulidès, montre bien tout l'intérêt qu'ont attribué des cliniciens comme Darier Thibierge, Jeanselme, Sabouraud, Hutinel, Spillmann et tant d'autres en thérapeutique dermatologique aux glandes à sécrétion interne.

La thèse du Dr Winstel, 1925, qui envisage le rôle des glandes endocrines en dermatologie, met au point une grande partie de nos connaissances sur ce rapport.

Nous avons cru bon cependant d'insister à nouveau, à ce propos, sur nos constatations expérimentales déjà anciennes parce qu'elles nous servent chaque jour à établir le bilan de ce qui peut être tenté, dans ces cures de désensibilisation aussi bien qu'à rechercher pour l'association de ces opothérapies le meilleur *modus faciendi*, dans le but de modifier le terrain spécial sur lequel évoluent les accidents cutanés imputables à la sensibilisation. Aussi bien devons-nous ajouter que nous avons dans l'examen du métabolisme basal, dont l'emploi devrait être plus répandu en clinique dermatologique, un moyen d'arriver, quand il est pratiqué dans des conditions expérimentales rigoureuses, à l'appréciation de certaines déficiences glandulaires et bien souvent, ces constatations contribuent à modifier dans des proportions imprévues l'idée toute empirique qu'on pouvait se faire de ces relations glandulaires et cutanées.

C'est au moins ce que ces recherches nous ont montré, dans l'étude que nous avons entreprise avec le Dr Legrain *concernant le métabolisme basal en dermatologie* (4), en ce qui touche la séborrhée et les acnés, les grands eczémas, les érythrodermies, la sclérodermie.

L'étude critique de bien des malades affirme le bien fondé de la conception glandulaire prépondérante dans nombre de

---

(1) Lortat-Jacob et G. Sabareanu. — Soc. de biol., avril 1905, n° 32.
(2) Lortat-Jacob et Ch. Laubry. — Athérome expérimental et ovariotomie. *Tribune médicale*, 24 août 1907 et comptes rendus du Congrès pour l'avancement des sciences, Reims 1907.
(3) Lortat-Jacob. — Pathogénie de certains accidents imputables à l'état antérieur, lors de l'emploi des arsénobenzols par voie intra-veineuse. Quelques facteurs de l'intolérance. *Progrès médical*, 17 juillet 1920.
(4) Lortat-Jacob et Legrain. — *Métabolisme basal en dermatologie in* compte rendu Congrès de Strasbourg, 1923, Masson 1925, p. 263.

dermatoses et justifie pour nous le terme d'opodermies, que nous leur réservons, comme aussi, les variations humérales, et les modifications du métabolisme basal, parallèlement observées, dans certaines cures de désensibilisation peuvent légitimer notre conception que dans bien des cas, le rôle auxiliaire, jusqu'ici attribué aux glandes à sécrétion interne ne doit pas seulement être considéré comme auxiliaire, mais, ainsi que nous expériences nous l'ont montré autrefois, comme étroitement lié, dans certaines conditions, à la perturbation humorale qui fait partie du choc colloïdoclasique.

Variations de l'aminoacidémie chez les mélanodermiques,

Par MM. M. LOEPER, J. OLLIVIER et A. LESURE (1)

Dans une précédente note nous avons signalé l'augmentation fréquente, dans les mélanodermies, du soufre total du sang et surtout du soufre non oxydé.

Cette augmentation est d'un intérêt considérable puisque la mélanine qui imprégne les cellules profondes de l'épiderme, dans tous les états bronzés, addisonnisme ou cirrhoses, est toujours riche en soufre.

Mais cette mélanine est aussi une substance aminée dont le processus d'oxydation a été bien étudié chez l'homme par M. Bloch et chez les crustacés par M. Verne.

Nous avons donc voulu rechercher également s'il existait dans les mélanodermies, une *aminocidémie* comparable à *la thiémie*.

Quelques dosages ont déjà été publiés sur ce sujet, concernant spécialement la tyrosine, mais ils s'appliquent plutôt aux pigmentations artificielles de la lumière solaire et des rayons violets qu'aux auto-pigmentations pathologiques.

Le dosage des acides aminés dans le sang peut être fait sur le sérum avec ou sans défécation préalable. Les résultats qu'on obtient sans défécation pêchent par excès, ceux qu'on obtient après défécation pêchent souvent par défaut. De plus, il ne faut pas se dissimuler qu'ils englobent tout l'azote amino-ammoniacal et non l'azote aminé seul.

Le titrage se fait avec le formol et la phtaléine suivant la méthode de Ronchèse. La défécation se fait par l'acide métaphosphorique, l'acide phosphotungstique, l'acide phosphomolybdique, l'acétate d'urane, l'acide trichloracétique et même le fer colloïdal (méthode de Michaelis). Après essais multiples nous avons adopté l'acide trichloracétique.

Nous donnons ci-dessous les chiffres obtenus chez les pigmentés et chez les non pigmentés :

	Sans défécation	Après défécation
A) Non pigmentés :		
Gangrène des ortesli	0,47	0,05
Hémorragie méningée	0,53	0,045
Cardiaque	0,67	0,056
Hépatique		0,056
Hépatique	0,42	0,084
Hépatique		0,065
Cardiopleural	0,56	0,11
Cardiopleural	0,97	0,17
Pleurétique		0,088
Pleurétique	0,65	0,14
Pleurétique	0,59	0,12
B) Pigmentés :		
Cirrhose pigmentaire	0,77	
Cirrhose pigmentaire		0,07
Cirrhose pigmentaire		0,13
Cirrhose pigmentaire		0,14
Cirrhose pigmentaire	0,34	0,045
Maladie d'Addison	0,41	0,038
Maladie d'Addison	0,43	0,044
Maladie d'Addison	0,72	

(1) LOEPER, OLLIVIER et TONNET. — Soc. de biologie, 19 juin 1925, p. 95, et *Progrès Médical*, juillet 1925.

Les chiffres les plus élevés, tant pour le sérum déféqué que pour le sérum non déféqué ne sont donc point tous fournis par les mélanodermiques. La moyenne est peut-être même un peu plus faible chez eux que chez les hépatiques et même chez les pleurétiques et chez les cardiaques.

Nous croyons bon de mettre en regard de ces chiffres quelques-uns de ceux que nous avons obtenus avec le *soufre* chez les mêmes sujets :

	Acides aminés	Soufre ST.	S ; O S.	N.
H. pleurésie	0,088	0,098	0,073	0,925
F. cardiaque	0,11	0,123	0,07	0,05
S. Addison	0,038	0,23	0,12	0,11
E. C. bronzée	0,14	0,27	0,184	0,086
V. C. bronzée	0,045	0,68	0,48	0,20

Chez tous ces malades pigmentés l'augmentation du soufre total est donc patente et surtout celle du soufre non oxydé dont la proportion atteint ou dépasse 40 %. Nous dirons donc comme conclusion que l'augmentation de l'aminoacidémie est loin d'être la règle dans les états bronzés hépatiques ou surrénaux, et que son *inconstance* s'oppose à la richesse quasi constante de leur sang en soufre total et surtout en soufre neutre.

MOUVEMENT MÉDICAL

Sur l'étiologie du béribéri

« Bacillus asthenogenes » et Béribéri infectieux expérimental.

Les travaux parus depuis une vingtaine d'années semblaient avoir définitivement classé le béribéri parmi les avitaminoses.

Les expériences classiques de EIJKMAN sur les poules avaient démontré le rôle pathogène du riz poli, c'est-à-dire décortiqué, et l'innocuité du riz non décortiqué. On s'était alors efforcé d'isoler des couches superficielles du riz la substance qui se montrait ainsi capable d'empêcher l'apparition du béribéri chez les animaux. Après avoir invoqué une carence phosphorée (SCHAÜMANN), on en était arrivé à la conception d'une *vitamine antibéribérique* (FUNCK), contenue en grande abondance dans le son, et absente au contraire du riz poli.

On admet généralement aujourd'hui que cette vitamine est identique au *facteur B* de MAC CALLUM et DAVIS.

Ainsi la maladie des mangeurs de riz ne serait qu'une maladie par carence. Et, de fait, la suppression du facteur B dans l'alimentation d'animaux tels que pigeons, poules, rats, permet de réaliser une maladie expérimentale rappelant en tous points le béribéri.

Quelques auteurs cependant restaient fidèles à la théorie qui fait du béribéri une maladie infectieuse.

Il est tout à fait exceptionnel en effet que soit réalisée chez l'homme une carence complète en vitamine B. D'autre part, dans ses formes aiguës le béribéri présente toutes les caractéristiques d'un état toxi-infectieux. On a coutume de n'envisager la maladie qu'à sa période de polynévrite constituée. Or, cette phase ne représente que le terme final, la séquelle du processus pathologique initial. Seules les formes aiguës, les formes à leur début, sont favorables aux recherches bactériologiques.

M. P. Noël BERNARD, directeur des Etablissements de l'Institut Pasteur en Indochine, dans une série de notes et de mémoires qu'il a publiés depuis cinq ans, soit seul, soit en collaboration avec MM. J. GUILLERM et J. BABLET, apporte à cette théorie infectieuse de puissants arguments expérimentaux.

Ces recherches tendent à faire jouer un rôle, dans l'étiologie du béribéri, à un microbe spécial : bacillus asthenogenes.

P. N. Bernard a isolé ce microbe, en 1919, en Cochinchine, dans le sang de l'homme au cours d'affections fébriles mal déterminées, caractérisées par une courbe thermique plus ou moins élevée, accompagnée de troubles digestifs importants, de myalgie, et d'une asthénie extrême pouvant aller, dans les cas graves, jusqu'à un état parétique des membres inférieurs avec flaccidité. Sur 212 hémocultures pratiquées au cours de ces états, *bacillus asthenogenes* a été isolé 92 fois, soit sur des indigènes (61 fois), soit sur des européens (31 fois). On le décèle encore dans le pharynx, dans l'urine, dans les matières fécales.

En inoculant ce microbe au porcelet, P. N. Bernard et ses collaborateurs ont déterminé une maladie expérimentale qui reproduit les traits essentiels de la maladie humaine pour aboutir ensuite à un syndrome paralytique superposable au béribéri.

Reprenant alors, à la lumière de ces faits expérimentaux, l'étude clinique de la maladie, ils ont retrouvé chez l'homme les divers aspects de la maladie du porcelet.

Une étude biologique complète leur a permis enfin d'interpréter les conditions étiologiques jusqu'alors connues du béribéri.

C'est cet ensemble de recherches que nous nous proposons d'exposer ici.

I. Bacillus asthenogenes. Etude bactériologique.

Le microbe auquel M. Noël Bernard a donné le nom de *B. asthenogenes* est morphologiquement très proche de B. megatherium de Bary, mais s'en distingue par des caractères culturaux, biochimiques, pathogènes.

Très répandu dans la nature sous sa forme sporulée, il est saprophyte du tube digestif de l'homme et des animaux, en Cochinchine, sous sa forme bacillaire. Il était apparu tout d'abord comme essentiellement aérobie. Mais l'étude de son action pathogène a montré que, dans l'organisme, sous l'influence de la vie parasitaire, dans la nature au cours de la fermentation de certains produits alimentaires, il peut temporairement devenir anaérobie de prédilection.

Il a la forme d'un bâtonnet en navette, prenant le Gram, clair en son milieu, les deux extrémités plus sombres.

En culture anaérobie, il est mobile, pourvu de cils flexueux, et ne produit pas de spores. Il prend le Gram et toutes les couleurs d'aniline. Il donne en bouillon un trouble homogène, avec ondes moirées, sans voile de surface ; sur gélose Veillon, des colonies lenticulaires cotonneuses. Il fait virer au rouge et décolore avec production de gaz les géloses tournesolée, glucosée, maltosée, lactosée, saccharosée ; il ne modifie pas la gélose mannitée. Il vire le rouge neutre au jaune-serin ; noircit la gélose au plomb ; liquéfie la gélatine et le sérum coagulé. Il digère les matières protéiques jusqu'au stade tryptophane : il ne produit pas d'indol. Nous verrons plus loin son action sur l'amidon de riz.

En culture aérobie, il donne en bouillon un voile blanc friable, non plissé ; sur gélose inclinée un enduit crémeux, gras, blanchâtre, avec voile sur l'eau de condensation : sur gélose en plaques, des colonies rondes, hérissées de fins tractus filamenteux d'aspect madréporique. Il fait virer au rouge les géloses glucosée, maltosée, saccharosée, ne modifie pas les géloses lactosée, mannitée. Il ne fait pas virer le rouge neutre, ne noircit pas la gélose au plomb. Il liquéfie la gélatine. Il donne une *spore* ovalaire médiane, qui détermine la forme en navette, et qui résiste à la température de 100°.

II. Action pathogène de B. asthenogenes. — Béribéri infectieux expérimental du porcelet.

B. asthenogenenes n'est pathogène qu'en anaérobiose. Inoculé au porcelet de 5 à 10 kgr. par la voie stomacale, il détermine une *maladie expérimentale* qui reproduit les traits essentiels de la maladie humaine.

Parfois l'infection est bénigne, et l'animal guérit complètement.

D'autres fois, il s'agit de formes plus graves qui peuvent se ramener aux trois types suivants :

Forme suraiguë, avec paralysie des membres, entraînant la mort en 6 à 20 jours.

Forme chronique avec cachexie et persistance des paralysies.

Apparition brusque des paralysies chez des animaux dont l'infection initiale a passé inaperçue, et dont l'état général semble normal.

Les paralysies s'accompagnent d'atrophies musculaires progressives.

L'étude du *chimisme gastrique* montre une fermentation caractérisée par une hyperacidité due aux acides volatils acétique, butyrique, propionique et à l'acide lactique. L'altération de la sécrétion normale aboutit à l'hypochlorhydrie et à l'hypopepsie.

Le bacille est retrouvé en grande abondance dans l'estomac des animaux malades.

A l'autopsie, on trouve un estomac dilaté, distendu, contenant, 12 à 15 heures après le dernier repas, des matières alimentaires fortement imprégnées de bile. Congestion plus ou moins étendue de la muqueuse stomacale avec suffusion sanguine, érosions hémorragiques et parfois ulcérations. Mêmes lésions du duodénum et de quelques anses du jéjunum. Gros intestin normal. Reins et capsules surrénales plus ou moins congestionnés. Cœur dilaté, mou, gorgé de sang, retardé dans la coagulation.

Les *lésions histologiques* de l'estomac et du duodénum consistent en une destruction plus ou moins complète de l'épithélium, et une infiltration leucocytaire intense du chorion, s'étendant jusqu'au voisinage de la couche musculaire. Le cœur, hypertrophié, sans lésions des valvules ni de l'endocarde, est atteint de lésions interstitielles, de lésions vasculaires, de dégénérescence du myocarde.

Toutes ces lésions semblent se rapporter à l'action irritative d'une substance toxique.

En effet, *B. asthenogenes produit une toxine* qui détermine chez l'animal des lésions identiques aux lésions déterminées par l'ingestion de cultures pures.

Cette toxine, qui apparaît *in vitro* par culture anaérobie du microbe dans un milieu spécial, exerce une action brutale, sans incubation, déterminant des lésions profondes du myocarde. Elle s'élimine électivement par la muqueuse gastro-duodénale, y produisant les lésions de la maladie expérimentale. Elle présente une affinité pour certains éléments nerveux (paralysies des membres.)

Injectée quotidiennement à des doses subléthales chez le lapin elle détermine des paralysies, des atrophies musculaires, des troubles trophiques.

Signes cliniques et lésions anatomiques sont entièrement superposables à ceux du béribéri humain.

B. asthenogenes détermine donc chez le porcelet un béribéri expérimental toxi-infectieux.

III. Pathogénie du béribéri infectieux expérimental

Les symptômes observés résultent de l'altération des fonctions gastro-intestinales sous l'influence d'une alimentation qui sélectionne le germe infectieux, favorise sa multiplication et la production de sa toxine.

Etudiée *in vitro*, cette alimentation optima pour l'action pathogène du bacille est essentiellement une *alimentation où dominent les hydrates de carbone*.

Sur les hydrates de carbone du riz, l'action de B. asthenogenes se traduit par une *fermentation propionique* avec des traces variables des homologues inférieurs et supérieurs. En culture dans le son de riz, il donne au contraire une acidité fixe considérable (due à des acides alcools et à l'acide lactique) et une faible acidité volatile.

Sur les matières protéiques, il produit une faible quantité d'acides volatils et surtout de l'acide acétique. En

outre, en culture anaérobie, il désintègre la molécule albuminoïde jusqu'au stade des acides aminés.

Or un repas contenant un poids égal de riz sec et de matière albuminoïde telle que viande, poisson, lait, équivaut à un mélange dans lequel le volume du riz est 5 à 10 fois supérieur au volume de l'aliment complémentaire. Le microbe s'attaquant avec une même vigueur aux hydrates de carbone et aux matières protéiques, la masse d'hydrates de carbone qui s'offre à lui est beaucoup plus considérable que la masse des protéiques. C'est donc la fermentation propionique qui l'emporte. L'aliment mélangé au riz, au lieu de modifier cette fermentation, la favorise, car le microbe se développe plus activement dans un milieu plus riche pour sa propre nutrition.

Au contraire, le mélange à parties égales de riz et de son secs, donne, après cuisson, un volume de riz qui n'est pas le double du volume du son. De plus, le son, pulvérulent, se mélange intimement au riz. Il en résulte qu'à poids égal, le son modifie profondément la fermentation du riz. L'acidité fixe en acides alcools et acide lactique devient importante ; l'acidité volatile est faible, et au lieu d'être exclusivement propionique elle devient, à parties égales, propionique et acétique.

Pour obtenir une pareille modification de la fermentation avec des matières protéiques, il faut un repas où ces matières protéiques soient beaucoup plus abondantes en poids (115 gr. de viande, poisson, œuf, pour 50 gr. de riz sec). C'est précisément la proportion d'un repas riche.

Ainsi s'explique le rôle joué par la composition qualitative et quantitative des repas dans l'apparition des symptômes de la maladie.

Le riz poli est un des facteurs essentiels de la maladie expérimentale du porcelet. Il doit son action à sa faible teneur nutritive en éléments autres que l'amidon, à ce qu'il favorise la sélection du germe infectieux, à l'hyperacidité volatile que produit sa fermentation sous l'action de B asthenogenes, à l'altération des sécrétions gastriques et l'hypochlorhydrie qui en sont la conséquence, à la constipation opiniâtre qu'il produit, au retard qu'il apporte à l'évacuation de l'estomac. Il n'agit en somme qu'indirectement sur l'élaboration de la toxine qui est l'élément principal du processus pathologique.

Le son exerce au contraire une action protectrice contre l'infection, par sa valeur nutritive élevée, par son rôle physiologique dans les phénomènes digestifs, par ses propriétés laxatives, par l'obstacle qu'il apporte ainsi à la multiplication du germe infectieux et à l'élaboration de sa toxine.

P.-N. Bernard, par de nombreuses expériences a démontré encore que *le béribéri expérimental du porcelet, causé par B. asthenogenes, constitue bien une entité morbide indépendante de toute carence préalable.* On pouvait en effet se demander si l'infection ne venait pas seulement se superposer à l'avitaminose. Les expériences suivantes ruinent cette hypothèse. Chez les porcelets nourris avec le mélange riz + son privé de vitamine B (par chauffage à 130°-135° pendant une heure) le syndrome béribérique n'apparaît pas.

Il apparaît au contraire en moins de 110 jours chez les animaux infectés par B. asthenogenes et nourris avec le mélange riz + son chauffé seulement à 100° (ce qui ne détruit pas la vitamine B). Tout au plus la carence en vitamine favorise-t-elle l'éclosion de la maladie, comme éventuellement de toute maladie infectieuse.

P.-N. Bernard et Guillerm ont étudié d'autre part l'*action de B. asthenogenes sur les corps phosphorés organiques* Le bacille incorpore à sa cellule une proportion élevée de phosphore. Il attaque *in vitro* les pseudo-nucléoprotéides et les nucléoprotéides vraies ; mais cette action diffère selon les milieux sur lesquels elle s'exerce. Dans la chair musculaire de bœuf ou de poisson le phosphore organique est entièrement minéralisé, et par conséquent rendu inassimilable.

Peut-être cette insuffisance de l'assimilation phosphorée est-elle capable, en modifiant l'équilibre physiologique de certaines cellules nerveuses, de rendre ces cellules plus sensibles à l'imprégnation par la toxine microbienne ? Or, il est intéressant de remarquer que, dans le son, le phosphore organique n'est pas minéralisé par B. asthenogenes comme dans les matières protéiques ; il reste donc assimilable.

En admettant l'hypothèse précédente, il y aurait là un nouvel aspect du rôle protecteur du son dans le béribéri expérimental déterminé chez le porcelet par Bacillus asthenogenes.

IV. Rapports entre le béribéri infectieux expérimental dû à B. asthenogenes et le béribéri humain.

La maladie expérimentale déterminée chez le porcelet par l'ingestion de B. asthenogenes présente des analogies frappantes avec le béribéri humain.

Analogies cliniques. — Les recherches cliniques, entreprises à la lumière des faits expérimentaux, ont permis de retrouver chez l'homme les divers aspects de la maladie du porcelet, depuis la forme la plus bénigne qui guérit complètement, jusqu'à la forme aiguë mortelle, en passant par les formes aiguës qui permettent la survie avec la même persistance des paralysies et des atrophies musculaires.

Or, chez l'homme, la forme bénigne est considérée comme embarras gastrique, la maladie mortelle comme béribéri aigu, les paralysies et amyotrophies comme béribéri sec classique.

Le chimisme stomacal est le même dans le béribéri de l'homme et la maladie expérimentale du porcelet : fermentation caractérisée par l'hyperacidité due aux acides volatils acétique, butyrique, propionique, et à l'acide lactique ; altération de la sécrétion normale aboutissant à l'hypochlorhydrie et à l'hypopepsie.

Analogies étiologiques. — Le rôle pathogène du riz poli, le rôle protecteur du son ont la même importance dans l'apparition des deux affections.

B. asthenogenes est beaucoup plus abondant dans l'estomac des porcelets malades que dans l'estomac des béribériques qui ont cessé de manger. Mais dans les cas où l'on rencontre, chez ces derniers, des fragments alimentaires, l'ingestion de ce contenu stomacal donne au porcelet sain la même maladie que détermine l'ingestion expérimentale de B. asthenogenes.

Analogies anatomo-pathologiques. — Les lésions macroscopiques des organes dans le béribéri humain et dans le béribéri infectieux expérimental sont exactement superposables. La description donnée plus haut pour la maladie du porcelet est valable pour le béribéri de l'homme.

Enfin, la déviation du complément marque la réaction de l'homme béribérique vis-à-vis du germe infectieux. — Sur 76 sujets entrant dans les hôpitaux avec le diagnostic de béribéri, fondé sur l'existence de polynévrites ou d'œdèmes, 50 ont donné une réaction positive confirmée par plusieurs épreuves successives ; 26 ont donné des résultats négatifs ; ce qui fait 65,75 % de résultats positifs pour 34.25 % de résultats négatifs.

Or sur les 26 sujets donnant des résultats négatifs, cinq présentaient des signes caractéristiques de paludisme chronique, confirmé par la présence de corps en croissants permettant de les classer comme paludéens, et étaient vraisemblablement atteints de polynévrite palustre ; un autre était atteint d'hémiplégie syphilitique ; un autre enfin présentait des œdèmes cardiaques. L'examen approfondi des 19 restants n'a pu être effectué. Même en les considérant comme des béribériques vrais, les proportions seraient ramenées, sur 69 sujets, à 72,46 % de résultats positifs pour 27,54 % de résultats négatifs.

Sur 55 sujets témoins (sujets sains, syphilitiques, paludéens, typhiques, lépreux, nerveux) 53 ont donné une réaction négative et 2 une réaction positive. Or sur les 2 résultats positifs, l'un a été fourni par un malade atteint

d'embarras gastrique fébrile de nature indéterminée, l'autre concerne un malade atteint de paraplégie spasmodique.

V) Conclusions.

L'ensemble des recherches effectuées par M. P.-Noel Bernard et ses collaborateurs apportent des données fort intéressantes sur une étiologie infectieuse du béribéri.

L'infection du porcelet par *B. asthenogenes* détermine un béribéri expérimental qui présente avec le béribéri humain des analogies frappantes au point de vue des conditions étiologiques, des formes cliniques, de l'anatomie pathologique et microscopique. Le sérum des béribériques dévie le complément en présence de *B. asthenogenes* pris comme antigène.

Si des recherches ultérieures permettaient d'identifier le béribéri humain à la maladie expérimentale du porcelet, l'action antibéribérique du son conserverait toute sa valeur et la prophylaxie du béribéri ne serait pas modifiée.

Tout en se montrant, avec M. P.-N. Bernard lui-même, très circonspect sur l'interprétation des faits observés, il est légitime de les apporter à la discussion toujours ouverte sur l'étiologie du béribéri.

Jacques Decourt.

BIBLIOGRAPHIE

P.-N. Bernard. — *Bull. Soc. Path. Exotique*, 1920, t. XIII, p. 104 ; et 1922, t. XV, p. 577. — *Annales Inst. Past.* 1921, t. XXXV, p. 450.

P.-N. Bernard et J. Guillerm. — *Bull. Soc. Pat. Exot.*, 1923, t. XVI, p. 744 ; et 1924, t. XVII, p. 153 et p. 382.

P.-N. Bernard. — *Congrès Méd. trop. d'Ext.-Or..* Singapore 1923. — *Revue d'hygiène*, 1924, t. XLVI, p. 429. — *C. R. Soc. Biol.*, 1924, t. XCI, pp. 1197, 1199 et 1245. — *Bull. Soc. Path. exot*, 1925, t. XVIII, p. 65.

P.-N. Bernard et J. Bablet. — *C. R. Soc. Biol.*, 1925, t. XCII, p. 600 et 668.

Analyses des travaux effectués par les Inst. Pasteur d'Indochine en 1923 et 1924. In. *Archives des Inst. Pasteur d'Indochine*, n° 1, avril 1925, p. 65.

BULLETIN DU *PROGRES MEDICAL*

L'Enseignement clinique français.

A propos des leçons du Pr Achard (1)

L'enseignement clinique a toujours tenu en France une place éminente et joui à l'etranger d'une réputation justifiée. Certains pourtant en ont quelque peu critiqué le caractère et les tendances et reprochent aux leçons de jadis les discussions oiseuses et les développements par trop littéraires. Si les autres ont marché, nous ne sommes certes pas restés en arrière. Nos chaires de médecine sont certes moins richement dotées qu'ailleurs, mais elles n'ont, au point de vue de l'enseignement qui y est donné, rien à envier aux chaires étrangères. La leçon clinique française s'illustre de recherches anatomopathologiques nombreuses. Elle ne se contente plus de décrire avec abondance les symptômes d'une maladie, elle aime à les rapprocher des lésions qui les peuvent déterminer ; elle donne aux divers syndromes un substratum clinique et humoral ; elle réserve dans ses investigations étiologiques une large part aux notions solides de microbiologie et de sérologie ; elle fait une étude physiologique des divers agents thérapeutiques et cherche dans l'expérimentation chez l'animal la reconstitution d'une maladie ou d'un état morbide. Elle s'élève en un mot au rang d'une science véritable, mais elle a su rester toujours très personnelle et très française. Elle n'est point froide, mais vive et colorée ; elle conserve comme axe principal l'observation attentive du malade qui vaut certes bien celle de l'animal d'expérience et elle ne perd point de vue l'objet principal des études médicales et le but vers lequel elles doivent tendre : le diagnostic de la maladie et la guérison du malade.

Je pourrais citer de nombreux exemples de cette évolution frappante et évidemment nécessaire. L'œuvre de Charcot en était déjà pleine, celle de Fournier aussi qui traitait cependant peu de chimie et de bactériologie, et aussi celle de Debove, de Dieulafoy et de Landouzy qui savaient bien que la clinique ne peut se passer du laboratoire. Ils fourmillent dans l'enseignement de nos maîtres actuels depuis Gilbert et Marie jusqu'à Chauffard et de Widal à Jeanselme et à Guillain.

La deuxième série de leçons que le professeur Achard vient de publier est un nouvel et admirable modèle de ce genre. Elle continue, en la haussant en quelque sorte, la belle tradition de la clinique française. On y retrouve le souci constant de l'observation fidèle, la mise en valeur du signe dominant qui permet le diagnostic. On y retrouve aussi tous les tests histologiques, biologiques ou chimiques qui apportent aux hésitations du clinicien la notion plus certaine et plus convaincante des lésions organiques ou des altérations humorales.

Deux belles leçons sur la maladie de Morvan et la syringomyélie, dont ses travaux avec son maître Joffroy ont dès longtemps fixé l'anatomie pathologique, ouvrent le volume ; puis trois leçons sur la goutte, ses symptômes, ses caractéristiques chimiques et son traitement ; quatre études magistrales sur le diabète qui sont parmi les plus belles du livre ; des considérations sur l'alcoolisme, ce poison social dont Achard, après son maître Debove, avait déjà montré le danger croissant dans ses cours de pathologie générale ; sur la paralysie alcoolique à laquelle, avec Soupault, il avait assigné dès 1893 des lésions aujourd'hui classiques ; sur la cirrhose de Laënnec, à la pathogénie de laquelle il apporte des idées séduisantes ; sur l'intoxication par le sublimé, la néphrite saturnine et l'hyperazotémie.

Ces leçons ne se peuvent parcourir comme on parcourt nos vieux volumes de clinique. Elles demandent, comme un article de traité, une attention soutenue. Elles ne contiennent point de développements inutiles ; si elles sont superbement ordonnées et écrites en une langue très pure, elles ne sacrifient pas à l'art oratoire. Elles seront toujours consultées avec profit parce qu'elles sont d'une documentation très étendue. Les idées et les faits s'y pressent pour la démonstration, l'argumentation en est serrée et elle impose la conclusion.

Ceux mêmes qui connaissent depuis longtemps la technique et l'enseignement d'Achard, ceux qui ont ce privilège d'être de ses disciples, ne peuvent se défendre d'admirer le labeur formidable qu'il accomplit, la maîtrise avec laquelle il traite également les questions les plus hautes de biologie générale et les sujets plus séduisants de la clinique humaine. Ils y sentent à chaque page cet esprit critique avisé, ce jugement sûr et cette belle conscience scientifique qui sont le propre de son œuvre et de son caractère. Un tel livre fait le plus grand honneur à notre clinique française et ne peut qu'en accroître devant l'étranger le prestige et le renom.

Maurice Loeper.

(1) Ch. Achard. — Clinique médicale de l'hôpital Beaujon, 2e série Masson, éditeur 1925.

Le Champignon : Poison ou Aliment. *Eléments de mycologie.* **Classification simple ; les Champignons qu'il faut connaître. Poisons fongiques Intoxications : symptômes et traitement par le Dr F. Buret. Un volume in-8, 240 pages avec 100 figures Prix : 18 fr. (Paris, Vigot éditeur, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine.**

Bon travail destiné à rendre service à l'amateur pour lequel il sera un guide sûr, au médecin des campagne dont il pourra parfois faire cesser l'hésitation fort compréhensible dans des cas où il faut gir vite et énergiquement et aussi au vétérinaire chargé de l'inpection des champignons.

NOTES D'OBSTETRIQUE

(Revue des travaux récents)

Par Jacques DAUPHIN.

Physiologie du placenta

De nombreuses recherches ont été faites sur le placenta. Les plus importantes ont trait à l'étude de la perméabilité de cet organe. Jolly a étudié les dispositions histologiques qui règlent les échanges entre le sang maternel et le sang fœtal au niveau du placenta, ainsi que le passage du fer et de l'oxygène. Mlle Lachowsky a, après injection de fortes doses de lécithine, retrouvé des granulations phosphorées autour des vaisseaux villositaires. Holterman a vu que le bleu de méthylène passe de la mère au fœtus. Vignes, après avoir injecté à des cobayes femelles du sulfate de manganèse, n'a trouvé dans le fœtus que quelques micro-milligrammes de manganèse. Il conclut que bien des métaux et métalloïdes étrangers à l'organisme (et l'arsenic est du nombre) ne se trouvent pas dans le fœtus à des concentrations suffisantes pour leur permettre d'agir, et qu'ils n'agissent probablement qu'au niveau du revêtement placentaire. Ces faits confirment la notion clinique que la syphilis du fœtus est mal curable et qu'il faut s'essayer à une prophylaxie réalisée par l'imprégnation du placenta au moyen d'arsenic ou de mercure.

D'autre part l'action des extraits placentaires sur la glande mammaire a suscité plusieurs travaux : Stimson dit qu'ils n'ont pas d'action galactagogue ; Philipp a vu une sécrétion de colostrum, mais pas de sécrétion lactée.

Il faut citer aussi les recherches de Del Vivo et Corinaldesi sur le développement de l'œuf humain à terme, où ils étudient longuement le placenta dans ses rapports avec le développement de l'œuf.

Clogne, Mlle Welti et Pichon, ont constaté que dans le placenta le taux du glycogène va en diminuant du 3e au 9e mois. Enfin, de l'étude de Schmitt sur la respiration placentaire, et sur l'action de la réaction du sang et des ions H sur n le diamètre des vaisseaux, il ressort que la concentration ionique de l'hydrogène des tissus et l'oxygène du sang régularisent la respiration placentaire.

BIBLIOGRAPHIE

CERESOLI. Les principes actifs des extraits placentaires et leur action sur les organes génitaux de la femme (*Riforma Medica*, n° 16, avril 1924). — CLOGNE, Mlle WELTI et PICHON. Dosage du glycogène dans le foie du fœtus et dans le placenta (*G. O.*, t. X, n° 1, 1924). — DAL COLLO BONARETTI. Anatomie du placenta humain à terme. (*Suppl. des Arch. di Ostetricia et Ginec.* Série II, 1924.) — DAVIS, KELLOG et AMOLSCH. Etude anatamo-clinique de 875 placentas. (*A. M. J. O.*, vol. VII, n° 6, 1924.) — DEL VIVO et CORINALDESI, Développement de l'œuf humain au terme de la grossesse. (*R. I. G.*. janv. 1924.) — HOLTERMAN.

JOLLY. (*Traité de technique d'hématologie*, t. II, p. 1061.) — Mlle LACHOWSKY. Recherches histo-chimiques sur le passage de quelques corps simples dans le placenta. (*Th. Paris*, 1923-1924). STIMSON. L'extrait placentaire n'est pas galactagogue. (*Atlantic Med. Journ.*, n° 28, nov. 1924.) — SCHMITT. Etude sur la respiration placentaire. (*Z. G.*, n° 8, 23 fév. 1924.) — VIGNES. Passage du manganèse et de quelques autres métaux à travers le placenta. (*S. B.*, 1924, t. II, p. 82.) — WINTZ. Recherches sur la sécrétion interne du corps jaune et du placenta. (*D. M.*, n° 3, 18 janv. 1924.)

Analgésie et anesthésie obstétricales

Certains auteurs essayent de modifier les procédés classiques d'analgésie, comme Gwathmey, Mac Kenzie, Hudson, Joanny ; d'autres, comme Brault, Heaney, Perlis, utilisent des produits difficiles à employer, ou nouveaux et encore mal connus : l'hémypnal semble avoir une heureuse action, mais n'a été que très peu expérimenté (Barbaroux, Guérin-Valmale et Rathelot, Raillon) ; quant au somnifène, il ressort des tentatives de Denizet et Gavaudan, Dujol et Clément, Riss, Perlis, que ce produit calme bien les douleurs de l'accouchement en supprimant la perception cérébrale de la douleur, mais qu'il peut, quoique très peu toxique, être dangereux (Savariaud a vu deux cas de mort) ; de plus son emploi prolonge presque toujours la période d'expulsion et produit souvent une très grande agitation ; il ne peut donc être question de se servir du somnifène de façon courante. Mais c'est surtout dans l'anesthésie rachidienne qu'on a tendance à chercher une méthode intéressante : Vignes rappelle qu'elle supprime les douleurs, qu'elle ne diminue pas la force de la contraction utérine ni la rétractilité, mais qu'elle relâche nettement la contracture: il conseille de l'utiliser pour les basiotripsies, et les versions par manœuvres internes. Pour Lantuéjoul, la rachianesthésie n'est pas inoffensive, et il ne faut pas l'utiliser systématiquement au cours de l'accouchement normal ; elle est cependant souvent préférable à l'anesthésie générale, particulièrement toutes les fois qu'on désire diminuer la résistance des parties molles au cours des opérations obstétricales par voie basse ; applications de forceps, extraction du siège, délivrance artificielle, pubiotomie.

BIBLIOGRAPHIE

BARBAROUX. Quelques essais d'analgésie obstétricale au moyen de l'hémypnal. (*Marseille Med.*, an. LXI, 5 déc. 1924, n° 34.) — BÉNIT. Les anesthésiques en obstétrique. (*J. M.*, n° 7, févr. 1924.) — BRAULT et BARDEBOR. Le protoxyde d'azote anesthésique obstétrical. (*R. B.*, fév. 1924.) — BRAULT et BARDEDOR. A propos de l'anesthésie au protoxyde d'azote. (*R. B.*, janv. 1924.) — BRENNER. Anesthésie sacrée. (*A. S.*, janv. 1924.) — DELMAS et ROUME. Analgésie rachidienne et contraction utérine. (*S. O. G.*, t. XIII, 1924, n° 1.) — DELMAS. Influence de la rachianesthésie sur les spasmes viscéraux. (*Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier*, séance du 4 janvier 1924, et *S. O. G.*, t. XIII, 1924.) — DENIZET et GAVAUDAN. Le somnifène en obstétrique. (*R. F.*, juillet 1924.) — DUJOL et CLÉMENT. L'anesthésie obstétricale par le somnifène. (*S. O. G.*, t. XIII, 1924, n° 6.) — GUÉRIN-VALMALE et RATHELOT. L'analgésie obstétricale par l'hémypnal. (*S. O. G.*, t. XIV, 1925, n° 1.) — GWATHMEY, MAC KENZIE et HUDSON. Atténuation des douleurs de l'accouchement par une méthode synergique. (*A. M. J. O.*, août 1925.) — HEANEY L'éthylène en obstrétrique. (*J. A. M. A.*, vol. 23, 1924, n° 6.) — JOANNY. Nouvel essai d'analgésie obstétricale par une association de morphine-scopolamine. (*Th. Paris*, févr. 1924.) — LANTUÉJOUL. L'anesthésie rachidienne en obstétrique. (*G. O.*, t. IX, n° 4, 1924.) — PERLIS. Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur. (*Th. Paris*, fév. 1924.) — PERLIS. Sur un nouveau mode d'anesthésie par voie intra-veineuse en obstétrique et en chirurgie. (*P. M.*, 13 août 1924.) — PETITEAU. Analgésie obstétricale. (*Th. Lyon* 1924.) — RAILLON. Essai sur une nouvelle méthode d'anesthésie par l'hémypnal. (*Th. Paris*, 1924.) — RISS. Contribution à l'étude de l'analgésie obstétricale par le somnifène. (*S. O. G.*, vol. XII, 1924.) — STANDER. Etude chimique des cas d'empoisonnement par le chloroforme. (*B. H. H.*, fév. 1924.) — VIGNES. La rachianesthésie en pratique obstétricale. (*Journ. de Méd. de Paris*, 2 août 1924.)

Placenta prævia

L'importance du traitement chirurgical dans le placenta prævia devient de jour en jour plus grande. Les Allemands et les Américains, par crainte de l'infection et des accidents hémorragiques au cours de l'accouchement, font un usage, qui semble exagéré, de la césarienne, et tendent pour ainsi dire à préconiser cette opération comme intervention courante dans le placenta prævia (Schulte, Schœnholz, Depken, Lynch, Mac Pherson, Polak). Certes la thérapeutique purement et constamment obstétricale laisse ici un gros déchet (Rhenter). Cependant, la plupart des accoucheurs français emploient le plus souvent les procédés obstétricaux, tout au moins dans les cas simples et purs. M. Couvelaire (cf. Rouvier) estime que le risque minime de mort par hémorragie (1,2 %) ne justifie ni l'accouchement prématuré césarien, ni la césarienne au cours du travail ; cette intervention n'est indiquée que s'il existe *en outre* un obstacle à l'accouchement facile par les voies naturelles (dilatation impossible du col, certains cas de placenta prævia central), ou si l'on craint l'infection, ou si on se trouve en présence d'une rupture utérine ou d'une hémor-

BIBLIOGRAPHIE

Immunisation locale. Pansements spécifiques par A. Besredka 1 volume de 252 pages, (Masson et Cie editeurs) : 20 fr.

Le professeur Besredka ne réunit pas ici tous les faits relevant de l'immunité locale, mais il choisit pour faire ressortir l'idée directrice, quelques infections-types qui intéressent la peau et l'intestin.

Les quatre chapitres qui leur sont consacrés : *charbon, staphyococcies et streptococcies, états typhoïdes* contiennent des expériences de laboratoire agrémentées de relations épidémiologiques et d'observations cliniques.

Le cinquième et dernier chapitre est consacré à des considérations théoriques, à ces « illusions de l'expérimentateur » suivant l'expression de Pasteur « qui servent de guide et qui s'évanouissent le long du chemin que l'on parcourt ».

On y trouvera exposée la théorie de l'immunité locale.

Certains groupes de cellules sont susceptibles de s'infecter et de s'immuniser pour leur propre compte sans que l'organisme tout entier y soit intéressé ; la peau, la paroi intestinale, sont aptes à remplir un rôle des plus actifs aussi bien dans l'infection que dans la défense. On arrive ainsi à la conception que tout virus a sa cellule, toute cellule, son immunité.

L'immunité la plus solide étant celle que confère l'infection naturelle, il était tout indiqué, lors de la vaccination artificielle d'emprunter les voies que suivent les virus, lors de leur pénétration dans l'économie, *la voie cutanée et la voie buccale*, préconisées dans ce livre.

Le Reliquaire de Lamartine, par le Dr Léon Cerf. 1 vol. petit in-4 illustré de 56 planches, réinmargées, broché sous couverture moirée violette et or. Prix : 40 fr. Librairie Hachette, 79, boulev. St-Germain, Paris.

Le Dr Léon Cerf a groupé, en 56 planches, tous les souvenirs matériels qui nous restent de Lamartine. S'il a utilisé certains documents connus, il a fait le plus souvent photographier directement, sur place. Ainsi l'illustration de son ouvrage est en grande partie inédite.

Classées autant que possible par ordre chronologique, ces planches constituent une biographie singulièrement pittoresque et évocatrice. Des notices, rédigées avec un particulier souci de l'exactitude, les accompagnent, en soulignent l'intérêt.

La présentation se signale par son élégance : couverture moirée violette et or, planches réenmargées, texte encadré, etc. Ce magnifique album, qui fait grand honneur à celui qui l'a conçu, est le complément indispensable des œuvres de Lamartine.

Le radium par Honoré, de l'*Illustration*. Volume in-8 145 pages, avec photogravures et planches ; 18 fr. Gauthier-Villars, 55, Quai des Grands-Augustins, Paris (6e).

Le livre de M. F. Honoré n'a point la prétention de s'opposer aux traités des spécialistes devenus classiques. S'adressant à tous, il présente les qualités de clarté, d'ordre et de précision auxquelles l'auteur doit le succès des chroniques scientifiques que, depuis plus de vingt ans, il publie dans l'*Illustration*.

Lourdes. — Faits constatés. — Pour redresser quelques erreurs, par le Dr G. Bitterlin. Vol in-16, Paris, Vigot Frères, éditeurs Prix : 5 francs.

C'est au retour d'un voyage à Lourdes que l'auteur, vieux praticien, parti pour observer au point de vue strictement médical, raconte ce qu'il a vu et consigne les *faits constatés*, si scrupuleusement examinés et discutés par le Bureau des Constatations, ce bureau que les habitués de Lourdes appellent le ***Bureau des Contestations***.

Il oppose donc simplement à certaines théories scientifiques, soutenues tout dernièrement encore, les faits de guérisons que la science ne saurait expliquer.

Le Manuel de l'Assure, par André Prudent. Prix : 20 fr. H. Vincent, 27, rue de Vesles, Reims.

Beaucoup de particuliers après un sinistre sont surpris de voir les compagnies d'assurances soulever les difficultés pour le paiement de l'indemnité.

C'est qu'ils n'ont pas su préciser « vis-à-vis de l'assureur de quelle façon ils entendaient être garantis. Le manuel de l'Assuré» a prévu tous les cas. Il vous indiquera comment vous pouvez obtenir des assureurs le maximum de garantie avec le minimum de primes, tout en vous mettant en garde contre certains courtiers d'occasion qui ne connaissent pas leur métier.

Grâce à ce petit volume, vous saurez comment assurer votre auto, vos domestiques, vos ouvriers etc ; tout y est clairement expliqué et commenté.

Vous économisereiz 50 % environ sur vos primes d'assurances tout en étant mieux garanti.

ragie particulièrement grave. Demelin, Lantuéjoul, Rouvier, Eparvier et Charleux, Baux, Klein, Mathieu et Adret, Vayssière et Rathelot, Vanverts, Henri Petit, adoptent eux aussi cette ligne de conduite.

BIBLIOGRAPHIE

Baux. Trois cas de placenta prævia central. (*S. O. G.*, n° 7, 1924.) — Cerné. Difficultés du diagnostic dans certains cas de placenta prævia et d'hémorragie rétro-placentaire. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 7, 1924.) — Demelin. A propos de la théorie par laquelle Simpson explique l'hémorragie et l'hémostase dans le cas d'insertion vicieuse du placenta. (*R. P.*, n° 9, 10 mai 1924.) — Depken. Traitement du placenta prævia. (*Z. G.*, 16 fév. 1924.) — Eparvier et Charleux. Rupture utérine au cours d'un placenta prævia central. (*O. G. S.*, t. XIII, n° 4, 1924.) — Green. Le placenta prævia au début de la gestation. (*Med. Journ. of Australia*, 4 oct. 1924.) — Henri Petit. Placenta prævia central. Opération césarienne. Mère et enfant vivants. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 5, 1924.) — Jacques. Placenta prævia bilobé. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 6, 1924.) — Klein. Placenta prævia central. Césarienne conservatrice. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 6, 1924.) — Lantuéjoul. Placenta prævia, rupture utérine, hystérectomie, guérison. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 8, 1924.) — Lynch. Le placenta prævia à l'hôpital de Boston. (*Boston med. and Surg. Journ.*, 10 avril 1924.) —Mathieu et Adret. Placenta prævia, opération césarienne, guérison. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 3, 1924.) — Mac Pherson. Traitement du placenta prævia. (*A. M. J. O.*, avril 1924.) — Menge. Guérison spontanée d'un placenta prævia. (*Z. G.*, n° 37, 13 sept. 1924.) — Polak. La césarienne est-elle indiquée dans le cas d'arrachement placentaire ? (*A. M. J. O.*, avril 1924.) — Rhenter. A propos du placent prævia. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 8, 1924.) — Rouvier. Opération césarienne conservatrice dans un cas de placenta prævia centro-partiel. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 7, 1924.) — Schulte. La place de la césarienne dans le traitement du placenta prævia. (*Z. G.*, 17 mai 1924.) — Schænholz. Au sujet du traitement du placenta prævia. (*H. G. G.*, mai 1924.) — Sieben. Une complication rare du placenta prævia. *Z. G.*, n° 42, 18 oct. 1924.) — Stevens. Placenta prævia. (*Kentucky Med. Journ.*, juin 1924.) — Trillat. Traitement des hémorragies graves du placenta prævia par les méthodes obstétricales. Quatre cas traités avec succès pour la mère et l'enfant. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 6, 1924.) — Vanverts. Deuxième césarienne pour placenta prævia chez la même femme. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 6, 1924.) — Vayssière et Rathelot. Placenta prævia et hystérotomie. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 4, 1924.) — Wilson. Diagnostic et traitement du placenta prævia. (*South Carolina Med. Assoc. Journ.*, oct. 1924.)

Le forceps

On parle beaucoup actuellement du forceps de Kielland et les avis sur ce sujet sont assez divers. Certains, tels que Hirst, Greenhill, qui en a fait une excellente mise au point, Stiglbauer, Beuttner, voient en lui un appareil intéressant et le trouvent très utile pour les prises au détroit supérieur. D'autres, comme Henneberg, de Seigneux, Rossier, Châtillon, Kœnig, ne pensent pas que ce forceps soit supérieur au Tarnier ni au Naegele ; ils soutiennent que son application est difficile, même pour des spécialistes, et est dangereuse dans bien des cas. Barbaro, après en avoir fait une étude complète, lui reconnaît certains avantages : prise facile au détroit supérieur, rotation facile, instrument pratique pour les présentations du front ; cependant lui aussi estime que c'est un forceps difficile à manier.

M. Demelin, d'autre part, a publié d'intéressantes leçons sur la mécanique du forceps, dans lesquelles il expose en détail le mécanisme de l'accouchement et où il étudie les conditions nécessaires à la réalisation d'une bonne application de forceps.

BIBLIOGRAPHIE

Barbaro. Le forceps de Kielland. (*G. O.*, t. X, 1924, p. 36.) — Demelin. Notes de mécanique et de clinique relatives au forceps. (*G. O.*, t. X, n° 6, 1924.) — Demelin. Leçons sur le forceps. (*Progrès médical*, n° 40, 42, 43, 44, 46, 52, 53, de 1923, et n° 2 et 5 de 1924, *réunis* en une Brochure aux Editions du *Progrès médical*.) — Greenhill. Le forceps de Kielland. (*A. M. J. O.*, n° 3, mars 1924.) — Greenhill. Arrachement placentaire par le forceps de Kielland. (*Z. G.*, 7 juin 1924.) — Heim. Pratique du forceps de Kielland. (*Z. G.*, n° 8, fév. 1924.) — Henneberg. Le forceps de Kielland. (*Bull. de la Soc. d'obst. et gyn. de la Suisse Romande*, n° 32, *séance du* 15 *mai* 1924.) — Hirst. Les contre-indications du forceps. (*J. A. M. A.*, vol. 82, n° 4, 1924.) — Sliglbauer. Traitement de la présentation du front. (*M. G. G.*, juin 1924.) — Wyder. L'importance du forceps de Kielland dans la pratique obstétricale. (*S. M.*, 13 mars 1924.)

Infection puerpérale

On fonde de grands espoirs sur une méthode nouvelle, pour le traitement de l'infection puerpérale : il s'agit de pansements locaux intra-utérins effectués avec des solutions vaccinales ; c'est en somme le procédé de Besredka applibué à l'infection streptococcique. M. Couvelaire, Lévy-Solal, Simard, ont employé un filtrat de culture de streptocoques en bouillon qui, grâce à un tamponnement avec une mèche de gaze, est porté au contact du germe là même où il se trouve ; ils ont obtenu des résultats encourageants : les lochies perdent rapidementleur fétidité et les phénomènes généraux s'amendent. Potocki utilise un auto-vaccin, ou un stock-filtrat choisi après identification de l'agent pathogène en cause, en introduisant le liquide directement dans l'utérus sans l'intermédiare d'une mèche ; il se montre satisfait de ce traitement. Voron, Michon et Sédaillan, introduisent au contact de la muqueuse utérine infectée un auto ou un stock-vaccin. Quant à l'hystérectomie, la mortalité considérable qu'elle laisse, la fait condamner de plus en plus (Auvray, de Rouville, Voron' Bouvier, Charleux).

BIBLIOGRAPHIE

Auvray. Statistique des cas graves d'infection puerpérale traités par l'hystérectomie dans votre service de Laënnec depuis 1920. (*A. M.*, séance du 15 avril 1924.) — Bailey. La sérothérapie de la septicémie puerpérale. (*A. M. J. O.*, n° 6, juin 1924.) — Brault. Prophylaxie de l'infection puerpérale par la vaccination antistreptococcique. *R. B.*, n° 3, mars 1924.) — Buben. Influence du coït sur la rupture prématurée des membranes et sur l'infection puerpérale. (*Z. G.*, 14 juin 1924.) — Couvelaire, Lévy-Solal et Simard. Traitement de l'infection puerpérale par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon. (*S. B.*, 1924, t. I., p. 483.) — Couvelaire, Lévy-Solal et Simard. Antisepsie utérine par un filtrat de culture de streptocoques en bouillon dans l'infection puerpérale. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 4, 1924.) — de Rouville. Mes médications actuelles de l'hystérectomie vaginale. (*G. O.*, t. IX, 1924, n° 5.) — Eichel. Rapport préliminaire d'une étude statistique sur l'infection puerpérale. (*A. M. J. O.*, n° 6, juin 1924.) — Edwards. Lymphaticostomie dans l'infection puerpérale. (*S. G.*, fév. 1924.) — Faugere. Sur quelques cas d'infection puerpérale traités par le sérum polyvalent et la méthode de Fochier. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 3, 1924.) — Heidler. Importance de l'infection latente en obstétrique, et remarques sur la transformation déciduale des polypes du col. (*A. G.*, vol. 121, 1924.) — Kauter et Pilot. Le streptocoque hémolytique et ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*S. G.*, janv. 1924.) — Mansfield. Diminution de la mortalité dans l'infection puerpérale accompagnée de lésions des parties molles. (*M. G. G.*, fév. 1924.) — Mayer. Infection puerpérale métastatique consécutive à la grippe. (*A. G.*, vol. 122, 1924. — Potocki et Fisch. Application locale d'un auto-vaccin dans l'infection puerpérale. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 5, 1924.) — Potocki et Fisch. Remarques sur le mode d'emploi des filtrats microbiens en application locale. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 7, 1924.) — Proust. Ligature de la veine iliaque primitive pour infection puerpérale. (*Bul. de la Soc. de chir. Paris.* Séance du 5 mars 1924.) — Robiolis. La prophylaxie de l'infection puerpérale par les injections de sérum antistreptococcique. (*Le Sud méd. et chir.*, 15 avril 1924.) — Voron, Michon et Sédaillan. Traitement de l'infection puerpérale. (*Lyon chirurgical*, t. XX, n° 2, 1924.) — Voron, Bouvier et Charleux. Infection puerpérale et hystérectomie. Mort. (*S. O. G.*, t. XIII, n° 8, 1924.)

Système nerveux et gestation

EPILEPSIE. — Balard et Honton. Epilepsie améliorée par la grossesse. (*Soc. anatomo-clinique de Bordeaux.* Séance du 8 déc. 1924.) — Boursier et Favreau. Crises épileptiformes et gestation. (*S. O. G.*, t. XIII, 1924, n° 2.)

SYNDROMES CHOREIQUES. — Bua. Considérations étiologiques sur la chorée gravidique. (*R. I. G.*, 1924, vol. 2, fasc.4.)— Perez. Syndromes choréiques pendant la gestation. (*Semana Medica*, 1924, n° 47.) — Perez et Angel Bréa. Syndrome choréique au cours de la gestation. (*S. O. B. A.*, t. III, 1924.)

PSYCHOSES. — Codet et Mlle Badonnel. Psychoses puerpérales. (*Journ. Med. français*, t. XIII, n° 5, mai 1924.) — Menas Gregory. Troubles mentaux et gestation. (*A. M. J. O.*, vol. VIII, 1924, n° 4.)

AFFECTIONS MEDULLAIRES. — GOOD. Grossesse et travail compliqués par des lésions de la moelle. (*J. A. M. A.*, vol. 83, n° 6, 1924.) — HASELHORST. L'absence de douleurs de l'accouchement, signe précoce du tabes dorsalis. (*Z. G.*, n° 27, 1924, p. 1102.)
ENCEPHALITE. — HENNEBERG. Une malade ayant été atteinte d'encéphalite, avec actuellement séquelles parkinsonniennes, et venant d'accoucher. (*Bul. de la Soc. d'obst. et gyn. de laSuisseRomande*, n° 32, séance du 25 mars 1924.)
SYSTEME NERVEUX VÉGÉTATIF. — PEYSER. Recherches sur le système nerveux végétatif au cours de la gestation. (*Z. G.*, n° 3, fév. 1924.) — LOUROS. Vagotonie de la gestation. (*Z. G.*, n° 35, août 1924.) — NEVERMANN. Valeur des variations vaso-motrices pendant la gestation. (*D. M.*, n° 3, janv. 1924.) — SEITZ. Le système nerveux végétatif et les troubles durant la grossesse. (*M. M.* t. LXXI, n° 27, juill. 1924.)

ABRÉVIATIONS

G. O. : *Gynécologie et Obstétrique.* — *P. M.* : *Presse médicale.* — *S. O. G.* : *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris.* — *R. I. G.* : *Revista Italiana di ginecologia.* — *S. O. B. A.* : *Bulletin de la Soc. y gin. de Buenos-Aires.* — *A. M. J. O.* : *American Journ. of obst. and gyn.* — *J. A. M. A.* : *Journ. of the Amer. Med. Assoc.* — *J. M.* : *Journal de Méd. de Paris.* — *Z. G.* : *Zentralblatt für gynækologi.* — *M. G. G.* : *Monatsschrift fur geburtshilfe und gynakologie.* — *S. M.* : *Schweiz. Med. Wochenschrift.* — *S. B.* : *Comptes rendus de la Soc. de Biologie, Paris.* — *D. M.* : *Deutsche Med. Wochenschrift.* — *M. M.* : *Munchener Med. Wochenschrift.* — *B. H. H.* : *Bull. of the Johns Hopkins Hospital.* — *R. F.* : *Revue française de gynécologie et d'obstétrique.* — *R. B.* : *Revue bretonne d'obst. et chir. pratiques.* — *A. S.* : *Annals of Surg.*

A propos des ocytociques

Parmi tous les produits qui agissent sur la contraction utérine, il en est un, l'extrait d'hypophyse, qui fortement préconisé par certains accoucheurs, a aussi ses détracteurs à la suite d'accidents sérieux constatés. Au premier abord, il pourrait même sembler que cette substance particulièrement active n'ait que des détracteurs ou des admirateurs absolus. En réalité, il semble bien que, pour l'extrait hypophysaire comme pour d'autres médicaments, il y ait des indications (rares) et des contre-indications fréquentes et que, de ces contre-indications, puissent naître des indications, pour d'autre ocytociques. C'est ce que M. Vignes a essayé de mettre au point dans un travail récent, complétant les prémisses exposées dans sa *Physiologie obstétricale* (1).

Voici les conclusions auxquelles il arrive : il faut, avant d'employer un ocytocique, s'assurer de l'*état de tonicité du muscle utérin* ; schématiquement, deux cas se présentent. 1° ou bien il y a *hypotonie* (travail lent, contractions espacées, utérus mou, grande facilité de palper le fœtus, indolence absolue entre les contractions douleurs peu vives), c'est *l'inertie vraie*, apanage presque exclusif des multipares, et des vagotoniques, peu fréquente, et qui est la véritable indication de l'hypophyse ; l'ergot et l'adrénaline agissent d'ailleurs dans le même sens ; 2° ou bien il y a *hypertonie*, partielle ou totale (lenteur exagérée de la dilatation, pas de phase indolore entre les contractions) palpation difficile (avec ou sans anneau de contracture), l'utérus est en état de contracture à l'état fruste, apanage des primipares et des sympathicotoniques : ici, l'hypophyse, qui relève le tonus utérin, peut être désastreux pour la mère (rupture utérine) et l'enfant. Ce qui convient en ce cas c'est le sulfate de quinine en suppositoire, mais son action est inconstante et ne peut être prévue ; plus souvent, il vaut mieux donner les anesthésiques et analgésiques, telle la morphine, tel le chloroforme. A côté de ces deux états opposés du muscle utérin, il y a des cas complexes où l'hypertonie et l'hypotonie se succèdent ou s'associent suivant des modes qui échappent à la description.

Brault, Burger, Boquel, Balard, Van Cauwenberghe, Gaujoux et Malet adoptent une attitude plus ou moins voisine des conclusions de Vignes. Jacoby préconise les petites doses de pituitrine. Greenhill les prétend dangereuses. Enfin Cathala pense que les indications de l'hypophyse sont très rares et que le forceps remplace avantageusement cet ocytocique.

Le sucre, jadis très préconisé comme ocytocique, aurait, d'après le bon observateur qu'est M. Pierre Rucker une réelle action lorsqu'on l'administre sous forme de glucose en goutte à goutte rectal.

Tous les accoucheurs français, dans les sociétés d'obstétrique et de gynécologie, ont demandé que l'usage de l'hypophyse soit interdit aux sages femmes.

(1) *Presse Médicale*, n° 7, 1924.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. Recherches physiologiques, chimiques et cliniques sur les principes actifs de l'hypophyse. (*B. H. H.*, tome XXXV, n° 404, oct. 1924.) — BALARD. A propos de deux cas d'emploi inconsidéré d'extrait hypophysaire au cours de l'accouchement. (*G. S. B.*, n° 43, oct. 1924.) — BOQUEL Sur l'emploi des extraits hypophysaires dans la pratique obstétricale courante. (*R. F.*, n° 9, 10 mai 1924.) — BRAULT. Les idées actuelles sur la contraction utérine. (*R. B.*, janvier 1924.) — BURGER. Sur l'emploi de l'extrait hypophysaire, en obstétrique. (*G. O.* tome IX 1924, n° 1, p. 136.) — CATHALA. De la valeur des extraits hypophysaires au cours de l'accouchement. (*R. F.*, n° 9, 10 mai 1924). — GAUJOUX et MATET. En réponse à l'enquête sur l'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. (*R. F.*, 11 juin 1924.) — JACOBY. Effets des faibles doses de pituitrine. (*Acta gynec. Scand.*, vol. 3, 1924). — MAYER. Action ocytocique du liquide cérébrospinal. (*K. W.*, n° 3, 30 sept 1924, p. 1805.) — VAN CAUWENBERCHE L'emploi des extraits hypophysaires en obstétrique. (*R. F.*, n° 9, 10 mai 1924). — VIGNES. Les médicaments qui modifient la contraction utérine. (*P.M.*, n° 7, 23 janvier 1924.) — POULIOT. L'eutocie par l'extrait d'hypophyse. (*Journ. de méd. de Paris*, n° 7, février 1924.) — RUCKER. Le glucose par voie rectale à la première période du travail. (*Virgina med. Month.*, déc. 1924.) — RUCKER et HASKELL. Rupture utérine et mort après l'emploi de pituitrine. (*R. F.*, n° 3, 10 fév. 1924.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 novembre 1925

La légende du vin. — ***M. Jean Lépine*** s'attaque à la légende du vin inoffensif.

Les nouveaux faits observés par M. Lépine attestent une recrudescence d'alcoolisme à type congestif due à l'abus du vin. Il a constaté de nombreux cas d'épilepsie développée tardivement par des influences à la fois digestive et circulatoire.

M. Lépine attire notamment l'attention sur les dangers de l'alcoolisme au point de vue de la sécurité en chemin de fer. Les examens d'entrée dans les compagnies deviennent inopérants à mesure que le personnel s'habitue à une consommation de vin insuffisante pour produire de grands accès alcooliques, mais nettement nocive pour le fonctionnement central.

M. Achard apporte des faits qui confirment les conclusions de M. Lépine sur l'aggravation de l'alcoolisme.

Sur les ressources actuelles et possibles de la station de Bagnères-de-Luchon en eaux minérales radio-actives. — ***M. Lepape.***

Prix Albert 1er de Monaco. — Le prix Albert 1er de Monaco (100.000 fr.) a été décerné à M. le professeur Hédon (de Montpellier) et à M. Laguesse (de Lille) pour leurs travaux sur la sécrétion interne du pancréas.

Elections. — Dans la deuxième division (chirurgie), la liste de présentation portait : 1° en première ligne, MM. Rollet (de Lyon) et Jeanbrau (de Montpellier) ; 2° en seconde ligne *ex æquo*, MM. Abadie (d'Oran), Commandeur (de Lyon), Jeanne (de Rouen), Lafourcade (de Bayonne), Phocas (de Lille).

Au premier scrutin, le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Rollet est élu par 59 suffrages. Au deuxième scru-

CHEMIN DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERR

AGENDA P. L. M. pour 1926

L'agenda P. L. M. pour 1926 paraîtra dans les miers jours de novembre prochain. Sous couver bleue, noire et or, il comporte des chroniques ré pectives et d'actualité, sports, voyages, mœurs, tumes, curiosités pittoresques, des contes, no ve 500 illustrations dans le texte, 16 illustrations texte en couleurs, 12 cartes postales héliogravées.

Ce recueil sera mis en vente au prix de 7 fr l'exemplaire à l'agence P. L. M., 88, rue St. La à Paris dans les bureaux de ville, gares et bibliothè du réseau P. L. M. dsns les agences de voyages e grands magnasins, à Paris, etc...

Les personnes qui désireraient le recevoir à d cile sont priées de s'adresser au Service de Publi de la Compagnie P. L.-M., 20, Boulevard Didero Paris, en joignant à leur demande un mandat-pos 9 francs pour la France et 12 francs pour l'Etran

tin, nombre des votants 78, mojorité 40, M. Jeanbrau est élu par 59 suffrages.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 novembre 1925

Diverticule du duodénum. — ***M. Lecène*** apporte l'observation d'une malade à laquelle il avait fait allusion dans la précédente séance. Cette malade se plaignait, depuis quinze ans, de troubles gastriques. L'examen radiologique montre une tache persistante à la seconde portion du duodénum. M. Lecène pratiqua l'excision du diverticule qui n'était ni ulcéré, ni adhérent. Le résultat opératoire fut excellent et se maintenait tel trois ans après. Cette malade fut opérée à cette époque pour épithélioma du col par hystérectomie totale.

Lésions complexes du poignet et du coude consécutives à une chute violente sur la paume de la main. — ***M. Mouchet*** rapporte deux observations de ***M. Jeannin*** (armée). Dans un cas il y avait fracture simultanée des deux épiphyses du radius : fracture de Ponteau-Colles d'une part, fracture de la cupule radiale d'autre part. Il fallut pratiquer, au coude, une résection totale de la cupule suivie d'arthroplastie huméro-radiale. Les résultats furent excellents, sans doute grâce à la mobilisation précoce.

Dans le deuxième cas il s'agissait d'une luxation subtotale rétrolunaire du carpe avec fracture marginale postérieure de Rhéa Barton du radius, fractures du scaphoïde, du pyramidal et de la styloïde cubitale. Le blessé n'ayant été vu qu'après deux mois il fallut pratiquer l'ablation du lunaire et des fragments déplacés du pyramidal et du scaphoïde.

Auto-vaccinothérapie. — ***M. Michon*** rapporte une observation de ***M. Aumont*** (de Versailles) : dans un cas de pyélonéphrite bilatérale à colibacille avec syndrome urémique grave, le traitement autovaccinothérapique amena une amélioration nette après 5 injections en 33 jours.

Troubles digestifs de la grossesse et appendicite. — ***M. Paul Moure*** rapporte un travail de ***M. Constantin Pœnaru Caplesco*** (de Bucarest) cherchant à démontrer que les petits troubles digestifs qui accompagnent le début de la grossesse sont la conséquence d'appendicites méconnues.

Il se base sur 1180 appendicectomies dont 10 au cours de grossesse normales et 2 au cours de grossesses utérines. Il faut se souvenir que certaines appendicites larvées sont la cause de troubles digestifs au cours de la grossesse et qu'il est préférable d'opérer ces cas.

Abcès du cerveau d'origine otique. Trépanation. Guérison. — ***M. Sébileau*** rapporte une observation de ***M. Jean Petit*** (de Niort) concernant un abcès du cerveau, à forme ambulatoire, avec céphalée progressive aboutissant au coma. M. Petit pratiqua d'abord l'évidement pétro-mastoïdien, puis la trépanation à la suite de la paroi temporo-sphénoïdale jusqu'au cortex, évacuant le pus.

Le malade guérit.

La rachi-anesthésie généralisée à la stovaïne-caféine. — M. ***Thomas Jonnesco*** (de Bucarest) a étendu les indications de sa méthode, qu'il emploie pour la rachi-anesthésie haute, sus-diaphragmatique par ponction cervico-dorsale avec 3 à 6 centigrammes de stovaïne, 50 centigr. de caféine, 65 centigr. de benzoate de soude et 2 cc. d'eau. Il insiste beaucoup sur l'exactitude des doses employées. Pour certaines opérations thoraciques il pratique une ponction double, cervico-dorsale et dorso-lombaire.

Du 1er mars 1922 au 1er avril 1925 il a pratiqué 1312 rachi-anesthésies dont 277 hautes et 1035 basses et moyennes sans accident.

Hernie obturatrice étranglée. — ***M. Gauthier*** (de Luxeuil), a opéré une malade au cinquième jour, alors qu'elle présentait des signes d'occlusion intestinale. Il fut amené sur une hernie obturatrice étranglée, qu'il dégagea par double voie abdominale et crurale, puis il réséqua l'anse sphacélée. La malade mourut de choc et de stercorémie.

Suture secondaire des tendons fléchisseurs. — ***MM. Cunéo*** e ***Tailhefer*** relatent une observation de section des deux tendons fléchisseurs du cinquième doigt, opérée d'urgence, mais avec suture des deux bouts intérieurs au seul bout supérieur du tendon fléchisseur profond. Impotence absolue. M. Cunéo réintervint et obtint un résultat absolument parfait. Il insiste sur les points suivants de sa technique :

Il faut d'abord que les téguments soient en parfait état, d'où nécessité d'une autoplastie ;

Il faut ensuite rétablir intégralement la disposition anatomique des tendons longs fléchisseurs, dont il faut absolument conserver la longueur normale au millimètre ;

La suture de choix des tendons est celle en lacet de soulier avec des aiguilles droites ou à faible courbure et du fil très fin ;

Il faut reconstituer la synoviale par une membrane en baudruche. M. Cunéo conseille également la suture des collatéraux digitaux. Ces nerfs présentent un névrome dont il évide seulement le centre, ce qui lui permet de mieux protéger la suture placée à l'intérieur de cette coque.

La suture de la peau doit être faite avec un soin extrême sans drainage.

Les soins ultérieurs, massages, mobilisation, air chaud, ionisation, ont une importance considérable.

Séance du 18 novembre 1925

Suture des tendons fléchisseurs des doigts. — ***M. Baumgartner*** est intervenu dans un cas de section ancienne du tendon fléchisseur au niveau de la base de la première phalange du pouce. Le bout supérieur du tendon était rétracté au-dessus du ligament annulaire carpien et ne pouvait être abaissé au contact du bout inférieur. M. Baumgartner pratiqua un dédoublement du tendon, puis pratiqua la suture pouce fléchi. Il prit grand soin de reconstituer la coulisse fibreuse du fléchisseur par un recouvrement aponévrotique.

La mobilisation du pouce fut commencée après dix jours et les mouvements actifs au bout d'un mois. Le malade fut revu après quatre ans avec un résultat satisfaisant ; la flexion-extension se faisait suivant un angle de 60° au lieu de 90°.

Mais il faut signaler en outre une rétraction cicatricielle empêchant d'écarter le pouce de l'index.

Invagination iléo-cæcale. — ***M. Cernez*** rapporte une observation de ***MM. Courty*** et ***Delattre*** (de Lille) concernant un cas d'invagination prolongée durant six ans. Le malade avait présenté en 1916 une crise grave qualifiée d'appendicite puis de nouvelles crises ayant nécessité une intervention en 1922. En réalité, l'appendice était libre, mais on sentait une tumeur cæcale au niveau de la valvule. La résection en fut pratiquée, suivie de suture iléo-colique latéro-latérale. L'examen de la pièce montra un épaississement de la paroi avec une tumeur invaginée sous la muqueuse ; en réalité, il s'agissait d'une invagination iléo-cœcale.

Tumeur du corpuscule rétro-carotidien. — ***M. Lenormant*** rapporte une observation de ***M. Leclerc*** (de Dijon). Un homme de 37 ans présentait depuis cinq ans une tumeur cervicale de la taille d'une orange située sous le muscle sterno-mastoïdien avec mobilité latérale et immobilité en hauteur, présentant de la pulsation et un souffle. Il n'y avait aucun ganglion.

L'intervention montra une tumeur adhérente aux vaisseaux qu'il fallut réséquer. Le malade guérit sans troubles cérébraux, mais présenta, après une convalescence accidentée, de la dysphagie et de l'aphonie. Il y avait paralysie de la corde, du voile, du constricteur supérieur et de la moitié supérieure de la langue, traduisant des lésions des IXe, Xe, XIIe paires.

L'examen histologique montra un parasympathome sans signe de dégénérescence maligne (Masson).

Quant à la thérapeutique de ces tumeurs, elle doit être guidée par la bénignité de ces tumeurs. Aussi M. Lenormant conseille-t-il de s'abstenir si la tumeur nécessite la résection carotidienne.

Quatorze observations de section des rameaux communicants du ganglion étoilé. — ***M. Leriche*** a étudié les résultats éloignés des ablations ganglionnaires ; sur 100 cas, dont 9 personnels, il a

relevé dans 40 % des troubles persistants ; points douloureux fixes, hyperesthésie, atrophie musculaire à distance, quelquefois aphonie. Il peut même y avoir danger chez un malade atteint de lésion cardiaque.

Aussi la section des rameaux communicants est-elle très supérieure. La technique est basée sur l'étude anatomique d'Hovelacque. Les principales indications en sont les syndromes douloureux, les névrites en particulier des moignons, la maladie de Raynaud et même certains cas de sclérodermie grave. Il en résulte une ascension de la T. A. puis une chute du 3e au 8e jour. C'est une opération sans danger et sans risques. Il faut passer entre les chefs du sterno-cléido-mastoïdien, chercher l'artère thyroïdienne puis l'artère vertébrale. C'est derrière elle qu'on trouve le ganglion étoilé.

Diagnostic radiologique des affections utéro-annexielles. — *MM. Grégoire*, *Béclère* et *Darbois* ont pratiqué des injections intra-utérines de lipiodol suivies d'examen radiologique afin de pratiquer une localisation anatomique des tumeurs de l'utérus ou des annexes. On peut ainsi préciser le diagnostic clinique, ce qui est d'un grand intérêt dans le traitement par les radiations. Ces injections semblent sans inconvénients.

Différents exemples de tumeurs utérines ou annexielles sont ensuite projetés.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20 novembre 1925

A propos de la reconnaissance d'utilité publique. La Société des Chirurgiens de Paris et l'Académie Royale de Chirurgie. — *M. Cathelin* prononce un discours, en réponse à l'éloge du dentiste Duval à la Société de Chirurgie par Lenormand, où il étudie les rapports étroits et la tradition existant entre la Société des Chirurgiens de Paris et l'ancienne Académie Royale de Chirurgie de XVIIIe siècle, cette dernière étant, comme sa cadette, largement ouverte à tous les maîtres chirurgiens de Paris.

Vaccinothérapie dans l'ostéomyélite. — *M. André Trèves* a observé deux cas d'ostéo-périostite subaiguë avec abcès du tibia qui ont guéri par le propidon sans intervention.

M. Barbarin s'en tient à sa formule du Congrès de Strasbourg : pour les cas graves, opération d'abord, vaccinothérapie ensuite. Cette pratique lui a donné des succès inespérés.

Inclusion d'un ovaire dans un utérus partiellement amputé et reconstitué. Hystérectomie consécutive. — *M. Thévenard* présente une pièce d'hystérectomie abdominale totale consécutive à une opération antérieure datant de onze ans. On avait greffé un ovaire dans le moignon d'utérus. Depuis la femme n'a cessé de souffrir. Elle n'avait pas de règles mais des métrorrhagies graves se produisant tous les cinq ou six mois. La cavité de l'utérus contient un polype muqueux, un noyau sclérokystique qui semble correspondre à l'ovaire greffé. L'A. conclut que; tout au moins dans les interventions pour annexites, la cavité utérine ne saurait être considérée comme réceptacle favorable à la vie du greffon.

Chirurgie préventive du cancer gastrique. — M. *Victor Pauchet.* Il faut opérer tout malade suspect d'ulcus chronique de l'estomac. Il faut réséquer tous les ulcères chroniques reconnus à la laparotomie. L'A. présente deux pièces anatomiques provenant de deux opérations faites le même jour. 1° Le premier cas est un cancer d'estomac qui a souffert de troubles dyspeptiques depuis 20 ans. Il était, par conséquent, porteur vraisemblablement d'un ulcus depuis de longues années. Les troubles se sont aggravés depuis 2 ans. Le malade a subi 3 radioscopies, dont deux négatives. Il a fallu que la dernière révélât une amputation *de la petite tubérosité et du pilore* pour qu'on se décide à faire opérer le malade. La gastrectomie a pu être pratiquée grâce à une transfusion de sang. Quel est l'avenir de ce malade ? Peut-être bon ? C'est incertain. S'il avait été opéré deux ans plus tôt ou même un an plus tôt, au début de la transformation néoplasique. et mieux, avant la dégénérescence, il aurait guéri définitivement. 2° Le second cas est celui d'une malade qui avait été gastro-entérostomisée par un chirurgien. L'ulcus calleux de la petite courbure avait été laissé en place. L'A. a fait la gastrectomie secondaire. Cet ulcus était du diamètre d'une pièce de 2 frs, donc il présentait 8 chances sur 10 d'être cancéreux au début. Les cas semblables sont très favorables à la chirurgie. Ils guérissent définitivement, malgré les quelques éléments néoplasiques qu'on trouve en une zone limitée de la pièce, mais il eût été préférable de faire la résection d'emblée sans gastro-entérostomie préalable.

Présentation d'un appareil d'éclairage pour opérations, au moyen de l'électricité imitant la lumière solaire. — *M. Dartigues.* — La tendance se généralise en chirurgie à opérer à la lumière artificielle, principalement à celle du scialitique. Voici un système nouveau dû à l'invention d'un ingénieur français M. Gamain, qui obvie à la dénaturation du coloris en produisant la lumière blanche, intégrale, actinique, en diminuant la proportion des rayons rouges, jaunes, orangés du spectre au moyen d'une ampoule bleue dont les rayons émis vont se réfléchir sur des miroirs bleu clair et violet et clair. Ceci est un grand progrès, car c'est une lumière qui ne doit pas être dénaturée, c'est celle qu'on utilise en chirurgie et en médecine où la vraie couleur des organes et des lésions joue une si grande importance. L'A. utilise depuis quelque temps cette lumière solaire artificielle pour ses opérations et examens.

Grosse tumeur épithéliomateuse du lobule de l'oreille. — *M. Buizard* présente une tumeur ulcérée de la grosseur d'un œuf développée très rapidement au niveau du lobule de l'oreille gauche d'un homme de 82 ans. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithelioma pavimenteux stratifié à globes cornés (type spino-cellulaire). Il s'agit d'un cas rare. Treillet, dans sa thèse (1882) sur le cancer du pavillon de l'oreille, n'en a trouvé que onze cas.

THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉE

Lipoïdes et infections

En octobre 1918, MM. Hudelo, Montlaur et Drouin ont appelé l'attention, dans une communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, sur l'accentuation des propriétés antistaphylococcique que paraît donner à l'étain son incorporation à des lipoïdes. Ce métal deviendrait ainsi le spécifique par excellence de la furonculose. D'après les auteurs, le lipoïde constitue un agent antitoxique modificateur du terrain, et, en même temps, un support organique de l'étain permettant son assimilation plus rapide, donc une action plus prompte sur le staphylocoque. Des observations cliniques intéressantes fournissaient une base à ce travail. Depuis Ehrlich et Wassermann, les expérimentateurs ont toujours cherché un véhicule capable de fixer le médicament chimiothérapique sur le parasite. Malheureusement, très peu de recherches ont été faites en prenant les lipoïdes comme véhicule, et cependant il eût été intéressant de les essayer dans ce but pour cette double raison que le sérum est d'autant plus résistant au bacille tuberculeux, par exemple, qu'il est plus riche en lipoïdes (Calmettes et Massol) et que les lipoïdes se fixent électivement sur l'organe homologue dont ils ont été extraits, comme l'ont montré Franchini, Salkowski, Iscovesco et Nafilyan. Le résultat de cette fixation élective est, d'après les nombreuses et concluantes expériences de H. Iscovesco, une stimulation trophique de l'organe considéré qui augmente de poids et de volume. Aussi les lipoïdes ont-ils une action puissante bien connue, directe ou indirecte, dans tous les cas où le fonctionnement cellulaire est ralenti ou déficient. C'est pourquoi H. Iscovesco a justement donné aux lipoïdes le non *d'homostimulants*, On comprend maintenant quels avantages résultent, quand il s'agit d'infections à localisation déterminée, de l'association au traitement général spécifique, même par les sérums et les vaccins, de la médication à l'aide des lipoïdes extraits des organes animaux, homologues à ceux qui sont frappés chez le malade.

CHRONIQUE

Epilepsie et menstruation
A propos de l'insuline

Epilepsie et mentruation (1). *Il semble que chez certaines femmes, il existe un rapport entre l'épilepsie et la menstruation.*
1° Certaines femmes, sujettes aux crises comitiales, en ont de plus nombreuses lors des règles ; chez d'autres, les crises, habituellement absentes, ne se manifestent que lors des règles. Les diverses statistiques sur la fréquence d'un paroxysme menstruel chez les femmes épileptiques sont assez contradictoires ; certains auteurs disent un cas sur trois cas d'épilepsie ; d'autres trouvent ce chiffre très exagéré et d'autres très insuffisant.

Trepsat a précisé que l'épilepsie à type menstruel se produit pendant les derniers jours des règles ou dans les deux ou trois jours qui suivent la période et il a noté, aussi que les vertiges étaient particulièrement fréquents pendant l'écoulement.

2° Le début de l'épilepsie coïncide parfois avec la puberté et sa fin avec la ménopause, *mais* il arrive que les crises apparaissent seulement à la ménopause ou encore que les femmes, jusque-là normales, deviennent épileptiques après une castration.

3° L'influence de la menstruation est plus nette dans les cas où la menstruation est douloureuse...

(1) D'après l'intéressante thèse de Borivoié Irkovitch : « Etude critique sur le traitement de l'épilepsie par la castration ». *Thèse* de Lyon 1924, n° 218. (Bosc frère et Riou, éd.), et d'après les traveaux de son maître G. Cotte.

4° ... ou dans les cas où elle est anormale, et, à ce sujet, Berthier a noté que les attaques convulsives sont provoquées avec une égale fréquence, soit par l'aménorrhée, soit par les ménorhagies. Il arrive que les crises se produisent dans le moment des règles absentes.

Leahy (1) a observé sept cas où des crises épileptiques étaient en rapport avec une insuffisance ovarienne, associée ou non à du dyspituitarisme.

5° On peut donc conclure qu'il existe une très grande variabilité dans les rapports entre l'épilepsie et la menstruation.

Irkovitch pense que, très souvent, le molimen cataménial joue le rôle d'une cause occasionnelle pour produire l'attaque au même titre qu'une émotion ou qu'un traumatisme.

Lawson Tait *a proposé de traiter l'épilepsie par la castration* : après avoir pratiqué plusieurs fois cette opération, tantôt avec succès et tantôt sans succès, il avoua qu'il restait dans le doute sur sa légitimité et sur ses indications.

L'opération, assez souvent pratiquée par divers chirurgiens donne des succès, des insuccès et pas mal d'aggravations.

Cotte (2), ayant observé deux femmes épileptiques, dont les crises semblaient influencées par les règles, provoqua la ménopause par l'application de radium : les crises persistèrent.

Dans les cas opérés et guéris, il est fréquent que les ovaires

(1) *New-York State Journ. of. méd.* janvier 1922.
(2) Epilepsie et castration. (*Lyon Médical*, 17 août 1924, p. 215.)

soient lésés : il est d'ailleurs assez fréquent dans l'épilepsie de trouver des ovaires scléreux, avec follicules peu nombreux.

De ce fait, COTTE conclut que, si l'on obtient une guérison, c'est qu'il y a une lésion ovarienne agissant par réflexe et il apporte, comme argument annexe, une observation d'épilepsie grave chez une femme atteinte de rétroversion, qui fut améliorée par la pose d'un pessaire et guérie par une fixation utérine.

***

Emploi de l'insuline en émulsion huileuse. — L'insuline a l'inconvénient de ne pouvoir être réellement et constamment utilisée que si elle est administrée en injection.

Administrée par voie buccale ou par sonde duodénale, la pepsine et la trypsine la détruisent. Les solutions alcooliques ou huileuses *per os*, l absorption perlinguale, la voie rectale, la voie nasale nécessitent l'emploi de très fortes doses et sont donc dispendieuses. Il arrive bien qu'elles soient utiles, mais il arrive aussi qu'elles soient inopérantes.

Ces méthodes s'étant montrées inefficaces ou inconstantes, la méthode des injections, en dépit de ses défauts évidents, demeure jusqu'ici le seul procédé possible d'administrer l'insuline.

Il serait pourtant désirable à bien des égards que, jusqu'au jour où l on ait découvert, pour faire absorber l'insuline, une méthode meilleure et autre que celle des injections, on pût modifier cette dernière de façon tout au moins à réduire le nombre des injections. Il serait assurément moins gênant que par une seule injection quotidienne, on puisse produire l'effet cherché sur le sucre du sang et de l'urine.

C'est ce que CAMPBELL, en Angleterre, et I. HOLMGREN, en Suède, ont essayé de réaliser en Suède. I. HOLMGREN a employé les injections intramusculaires de solution huileuse et ce sont les résultats obtenus dans son service du *Serafimerlasaret* qu'ERIK HELDVALL a fait connaître dans un bel article des *Acta medica Sandinavica* (vol. LXII, fas. III-IV).

Un travail patient de dosages minutieux a permis de conclure que l'émulsion huileuse d'insuline, en injections intramusculaires ou sous-cutanées, se résorbe plus lentement que l'insuline autrement administrée et que son action persiste ainsi plus longtemps.

Le ralentissement de la résorption, en cas d'injection intramusculaire, est insuffisant pour ne permettre qu'une seule injection quotidienne. Par voie sous-cutanée, il se peut que, chez plusieurs patients, une seule injection d'émulsion d'insuline soit capable de remplaeer deux injections, ou plus, d'insuline employée suivant la méthode usuelle. Par contre, avec des doses élevées, on s'expose à l'hypoglycémie, si l on ne fait qu'une seule injection par jour, et le danger couru est beaucoup trop grand pour que cette manière de procéder avec l'émulsion d'insuline puisse offrir quelque avantage pratique.

Henri VIGNES.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à la psychopathologie objective, par G. HAMILTON. Société Mosby, éditeur à Saint-Louis U. S., 1925.

Ce volume représente une contribution fort intéressante et d-après une méthode nouvelle aux recherches de la psychopatgologie : l'auteur se base sur l'étude et l'interprétation du comportement des êtres vivants (hommes et animaux) à l'occasion de diverses circonstances. En recherchant soigneusement l'origine des réactions anormales, il est possible d'obtenir des renseignements sur des phénomènes psychiques qui en sont la traduction. Ce qui fait le mérite de ce livre, c'est qu'il a une base clinique : après avoir exposé 200 cas et les avoir analysés, H. donne une interprétation en même temps qu'il indique son procédé d'examen. Comme le dit le professeur Yerkes qui a préfacé cet ouvrage, il est désirable que l'auteur continue ses recherches pour faire progresser la connaissance des réactions nerveuses de l'homme.

PAUL BONCOUR.

Psychiatrie d'urgence, par le Dr A. FILLASSIER, Maloine, 1925.

L'auteur définit ainsi lui-même le but qu'il s'est proposé dans cet ouvrage qui figure dans la collection des Petits Précis, fondée par le Dr Cantonnet : « Un médecin praticien, n'ayant pas fait une étude spéciale de la psychiatrie, est appelé à l'improviste auprès d'un malade présentant des troubles mentaux. Quelles éventualités peuvent se produire ? Quelles mesures doivent être conseillées ? »

Partant de cette conception, il étudie tour à tour, en des chapitres séparés, les états d'excitation, les états de dépression, les persécutés, les maladies avec lésions du cerveau (paralysie générale, démence organique, lésions circonscrites, artério-sclérose, etc...), les intoxiqués, etc., etc. Signalons spécialement le chapitre consacré aux troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique.

Il se termine par quelques pages consacrées au questions de législation et d'administration, l'internement, les actes médico-légaux au cours des troubles mentaux, la protection des biens, etc.

Cet ouvrage très concis, exclusivement clinique, sera précieux pour le praticien non spécialisé qui se trouve à l'improviste en présence d'un malade atteint d'affection mentale et pour lequel il importe d'intervenir sur-le-champ.

Manuel du Médecin expert. *Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barèmes.* Un volume in-16 de 770 pages. Prix : 30 fr.,(Paris, Vigot, éditeurs 23, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Ce manuel a pour but de permettre à tout praticien, à tout médecin traitant de faire une expertise médico-légale et de rédiger rapidement un certificat ou un rapport aussi bien pour les lésions chirurgicales externes que pour les maladies internes consécutives aux accidents du travail. Il présente un plan d'exposition qui se retrouve dans chaque chapitre.

I. *Modèle type* d'un Certificat ou Rapport d'Expertise.

II. 1° *Etiologie* : Accidents du travail ; blessures de guerre ; maladie, 2° *Symptômes* : Tests cliniques et radiologiques (épreuves de laboratoire). 3° *Conclusions et pourcentages d'invalidité.*

III. *Répertoire.* — Donnant la bibliographie, le sommaire (en forme d'Aide-Mémoire), des données : analomique, physiologique, chimique, clinique et thérapeutique concernant la question..., grâce à cette division méthodique, l'auteur a pu accumuler dans un petit livre, portatif et pratique, une quantité considérable de notions éparses dans des traités plus volumineux, et s'est proposé d'éviter ainsi au lecteur un grand nombre de recherches théoriques souvent longues, parfois infructueuses.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Eléments de philosophie médicale, par le Dr Noël HALLÉ, in-12, 434 p. : 9 fr. (M. Rivière).

La charte française d'hygiène, par R. MARTIAL, in-8 : 10 fr. (Maloine).

Les Petits Précis, petit in-8 : 8 fr. 50 (Maloine). Nouveaux volumes : **Radium et Rayons X**, par LAQUERRIÈRE. — **Examens de laboratoire**, par BEAUVY. — **Le cancer**, par JEANNENEY. — **Le Cœur. Les Veines. Les Artères**, par LECONTE et LEVAUT. — **Le Poumon non tuberculeux**, par ROUILLARD. — **Les maladies infectieuses**, par HALBRON. — **La Psychiatrie d'urgence**, par FILLASSIER. — **La Dermatologie**, par LACAPÈRE et MONTLAUR.

La pratique de l'orthodontie, par R. BOISSIER, in-18, 224 p., 51 fig. : 19 fr. (Le François),

La Psychothérapie pathogénique, par AMP, in-8, 223 p. : 12 fr. (Le François).

Les Cinq Sens, par CABANÈS, in-16, 308 p. : 10 fr. (Le François).

Les Consultations journalières, in-16, cartonnés (Doin) : **Maladies infectieuses. Intoxications. Vaccins. Sérums**, par André DUFOURT, 408 p. : 18 fr. — **Diabète. Goutte. Obésité. Oxalémie. Rhumatismes chroniques**, par J. FORESTIER, 376 p. : 18 fr. — **Ophtalmologie**, par L. BUSSY, 308 p. : 15 fr. — **Foie. Pancréas. Rate**, par MATHIEU DE FOSSEY, 172 p. : 10 fr. — **La Syphilis acquise**, par H. MONTLAUR, 308 p. : 15 fr. — **Psychiatrie**, par H. CODET, 216 p. : 12 fr. 50. — **Le Laboratoire dans la médecine journalière**, par P. NAVARRE, 224 p. : 14 fr.

L'Asthme, uricémie respiratoire spasmodique, d'origine hépatique. Symptômes. Pathogénie. Traitement, par J. SÉDILLOT, in-8, 320 p. : 14 fr. (Arnette).

Précis d'anatomie. Anatomie des membres. Ostéologie du crâne, de la face, du thorax, du bassin, sous la direction du Dr GRÉGOIRE, par le Dr OBERLIN. Tome I : 1 vol. du texte, 279 p., et 1 vol. d'atlas, 316 pl. (410 fig. (noires et colorées) : 48 fr (Baillière.)

Les Périviscérites, par CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, FRIEDEL, in-8, 180 p., fig. : 12 fr. (Baillière.)

Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et Cie. — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour périodiques médicaux.

ONDÉ EN 1873. — N° 51. Le Numéro : 1 Franc (avec son SUPPLÉMENT ILLUSTRÉ) 12 DÉCEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD

1 Rue des Ecoles PARIS (V°)

Compte chèques postaux 357.81

Téléphone Gobelins 30 03

ABONNEMENTS :

...le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

ance et Colonies .... 35 fr.

lgique et Italie .... 45 fr.

ranger 1re zone .... 55 fr.

2e zone .... 70 fr.

Etudiants :

éduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

...s abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230 790

SOMMAIRE

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES. — *9 décembre*. M. BERNARD (H.). Les pleurésies au cours de la scarlatine. — M. MORET. Etude du traitement chirurgical des luxations de la hanche.

10 décembre. — M. HABADOU-SALA. Recherches sur le chancre mou. — M. RIPERT. Etude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés. — M. LEPAUMIER. Etude du traitement du cancer du sein.

Concours pour l'admission à une place d'Interne en médecine au Dispensaire de Salubrité de la Préfecture de Police et à des places éventuelles d'interne provisoire. — Le 5 janvier 1926, s'ouvrira un concours pour l'admission à une place d'interne en médecine au Dispensaire de Salubrité de la préfecture de police et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, au cours de l'année 1926, à des places d'interne provisoire.

Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France. — L'Assemblée générale aura lieu à Paris, 12, rue, de Seine, le mardi 22 décembre à 16 heures. Adresser les lettres de candidature au Dr Durand-Fardel, Président, 164, rue de Courcelles, toute autre correspondance au Dr Aine, secrétaire-général, 24 rue du Mont-Thabor.

Amiens. — Le concours pour l'emploi des fonctions de professeur suppléant de pathologie et de clinique chirurgicale, à l'Ecole de Medecine d'Amiens, s'est terminé par la nomination de M. RAYMOND DE BUTLER D'ORMOND.

Société Médicale de Reims. — Sous les auspices de la Société médicale de Reims, le Docteur BAUD, directeur du centre régional anticancéreux, a fait, le dimanche 8 novembre, à l'Ecole de médecine, une conférence très documentée sur « les indications actuelles du traitement des principaux cancers », devant un nombreux public médical, comprenant des médecins de la Marne, de l'Aisne et des Ardennes.

Cette conférence a été suivie de la visite du Centre, installé à l'Hôpital civil, et de celle de l'Hôpital américain d'enfants, admirablement dirigé par Mme la Docteresse LEFORT

Commission du cancer. — M. le docteur Lippmann, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, est nommé membre de la Commission.

Faculté de Médecine de Genève. — M. le docteur Charles Juilliard a été nommé professeur extraordinaire de médecine des accidents.

M. le docteur François Naville est chargé du cours de médecine légale à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit de Genève.

M. le docteur Bujard est nommé professeur extraordinaire d'histologie normale et d'embryologie.

Faculté de Médecine de Lausanne. — M. le docteur Preissig est nommé professeur de psychiatrie.

M. le docteur Ramel est nommé professeur de dermatologie.

Corps de Santé Militaire. — Le médecin inspecteur Visbecq, directeur du service de santé de la 16e région, est nommé directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc ; le médecin inspecteur Oberlé, directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc, est nommé directeur du service de santé de la 15e région ; le médecin inspecteur Lafforgue, disponible, est nommé directeur du service de santé de la 16e région, à Montpellier.

Académie de Médecine. — PRIX DÉCERNÉS EN 1925. — *Prix du prince Albert 1er de Monaco* (100.000 francs). MM. les Drs E. HÉDON, et E. LAGUESSE : La découverte de la sécrétion interne du pancréas et l'organisation du travail scientifique.

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). (1.000 francs). Mention honorable à M. le Dr R. BENON : Guerre et pathologie mentale.

Prix Apostoli (800 francs). M. le Dr Pierre SÉGUIN : La paralysie infantile. Contribution à l'étude de son traitement par les agents physiques et l'orthopédie.

Prix Argut (800 francs) M. le Dr BERNOU : Contribution à l'étude des injections huileuses, massives, dans la plèvre ; Mention honorable à Mme le Dr PANAYOTATOU : L'amibiase intestinale et ses localisations extra-intestinales.

Prix du Baron Barbier (2.500 francs). Mention honorable à M. le Dr Lucien RAYNAUD : La peste en Algérie. Epidémies de peste dans la régence d'Alger, cas de peste survenus dans la colonie de 1899 à 1924.

Prix Berraute. (Un titre de 3.092 francs de rente 3 %). MM. les Drs Lucien MALLET, Gaston DANNE et PROUST, de Paris : L'ionomicromètre et son emploi pour l'étude du rayonnement gamma dans le traitement du cancer.

Prix Louis Boggio (4.800 francs). M. le Dr B. DEBRÉ : Série de travaux sur la tuberculose humaine.

Prix Mathieu Bourceret (1.200 francs). M. le Dr A.-C. GUILLAUME : Recherches sur les vaisseaux sanguins capillaires de l'homme et sur la circulation dans les vaisseaux superficiels des téguments.

Prix Henri Buignet (1.600 francs). M. René FABRE : Travaux relatifs aux transformations dans l'organisme des matières grasses, des hydrates de carbone et de diverses substances d'intérêt thérapeutique.

Prix Adrien Buisson (12.000 francs). M. le Dr LEVADITI : Le bismuth dans le traitement de la syphilis.

Prix Clarens (500 francs). M. le Dr Pierre JOANNON : Les bases de la prophylaxie antimorbilleuse ; immunologie, facteurs sociaux de la mortalité ; Mention très honorable à M. le Dr Louis PARROT : Le livre de la bonne santé, ou Kitabec — çih" ha, dédié aux musulmans de l'Afrique du Nord par l'Institut Pasteur.

Prix Daudet (2.000 francs). Question : Les résultats comparés des divers traitements des tumeurs de l'hypophyse. Prix à Mlle le Dr Gabrielle LÉVY.

Prix Desportes (1.500 francs). 1.000 francs à M. le Dr André TARDIEU : Intoxication aiguë par le véronal et les autres dérivés de la malonylurée (barbiturisme) ; 500 francs à MM. les Drs Maurice PERRIN et Paul MATHIEU : Les eaux minérales, leurs modes d'action, leur emploi ; Mention honorable à M. le Dr G. DE PARREL : O. R. L. Documents pour les praticiens.

Fondation Ferdinand Dreyfous (1.400 francs). Les arrérages sont décernés à M. BERNARD (Etienne-René), interne à l'hôpital Bichat, Paris.

Concours Vulfranc-Gerdy : 500 francs à M. LANOS, pour son étude sur la cure thermale d'Uriage en 1924 et une somme de 1.500 francs pour sa mission à Pougues ; 500 francs à M. BARREAU, pour son travail sur les eaux de Bourbon-Lancy en 1924 et pour une somme de 1.500 francs pour sa mission au Mont-Dore ; 500 francs à M. RENAULT, pour son rapport sur les eaux de Royat en 1924 et une somme de 1.500 francs pour sa mission à Bussang (Vosges) ; 1.500 francs à M. MARIE, pour sa mission à Cauterets.

Prix Ernest Godard (1.000 francs). M. le Dr Pierre INGELRANS : La coxa plana ; Mention très honorable à M. le Dr G. JEANNENEY : Le choc traumatique.

Prix Jacques Guérétin (1.500 francs). MM. J. PÉRISSON et L. POLLET : Contribution à l'étude de la dissociation entre le nombre des éléments figurés et la teneur en albumine du liquide céphalo-rachidien.

Prix Pierre Guzman (Un titre de rente de 2.000 francs). Arrérages à MM. les Drs Camille LIAN et André FINOT : L'hypertension artérielle.

Prix Théodore Herpin (de Genève) (3.000 francs). M. le Dr Robert MARQUÉZY : Contribution à l'étude clinique, étiologique, et expérimentale de la sclérose en plaques ; Mention tres honorable à M. le Dr Jacques DE MASSARY : Le système neuro-végétatif dans les syndromes post-encéphalo-léthargiques.

Prix Henri Huchard (Prix du dévouement médical 8.000 francs). 6.000 francs à M. le Dr MAYGRIER, accoucheur honoraire des hôpitaux, pensionnaire à Sainte-Périne, Paris ; 2.000 francs à Mme veuve GAMBINI, de Corté (Corse), mère du Dr GAMBINI, mort à Sétif, en 1923, victime de son dévouement.

Fondation Laval (1.200 francs). M. Francis-Julien-Pierre TRIBOULET, interne des hôpitaux de Paris.

Prix A.-J. Martin (1.000 francs). Récompense de 500 francs, avec une mention très honorable. M. J.-E. LOBSTEIN.

Prix Claude Martin (de Lyon) (800 francs). M. le Dr Marcel DARCISSAC : Physiologie mandibulaire et dents artificielles.

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme) (2.600 francs). M. le Dr Henri LAGRANGE : Ensemble de travaux sur la tuberculose du tractus uvéal ; infection, super-infection ; anatomie pathologique et pathogénie ; Mention très honorable à M. le Dr CARRÈRE : De l'immunité locale oculaire. La vaccination locale oculaire, étude expérimentale et clinique.

Prix Adolphe Monbinne (1.500 francs) 1.000 francs. à M. le Dr VASSAL : Lutte contre la maladie du sommeil en Afrique équatoriale française ; 500 francs à MM. les vétérinaires-majors Albert BIGOT et Henri VELU : Contribution à l'étude des blastomycoses animales du Maroc.

Prix Oulmont. (1.000 francs). M. MARCHAL (Georges-Alfred), interne à l'hôpital Broussais.

Prix Pannetier (4.000 francs). M. le Dr HAUDUROY : Recherches sur le bactériophage de d'Hérelle.

Prix Perron (4.000 francs). 2.000 francs à M. le Dr RIVALIER : Recherches expérimentales sur l'infection et l'immunisation par la voie cutanée : étude critique de l'immunité locale ; 1.500 francs à MM. Raymond MOUSSU et L. MARCHAND : L'encéphalite enzootique du cheval ; recherches de pathologie comparée ; 500 francs à M. le Dr Georges ROSENTHAL : Série de recherches sur la transfusion sanguine.

Prix Pourat (1.200 francs). Question : La circulation veineuse périphérique ; causes et conséquences de ses variations. M. le Dr GRELLETY-BOSVIEL, de Paris.

Prix Jean Reynal (1.200 francs). M. E. CÉSARI : La prophylaxie vétérinaire de la fièvre méditerranéenne.

Prix Philippe Ricord (800 francs). M. le Dr Paul FAIVRE : Prophylaxie des maladies vénériennes ; Mention très honorable est accordée à M. le Dr François LEBEUF : La vaccinothérapie antigonococcique ; étude bactériologique et clinique.

Prix Roussilhe (10.000 francs). Mention très honorable à M. le Dr A. WINSTEL : Glandes endocrines et dermatoses.

Prix Marc Sée (1.000 francs). Mentions honorables à M. le Dr Charles DEJEAN : Origine collagène et développement du corps vitré et de la zonule de Zinn dans l'œil des vertébrés ; M. le Dr Jean BRAINE : Le médiastin. Essai d'anatomie synthétique. La médiastino phréno-laporotomie postérieure extra-séreuse, voie d'accès du cardio-œsophage.

Prix Vernois (800 francs). Mlle le Dr G. LABEAUME : Hygiène sociale des enfants du premier âge.

Nécrologie. — Dr BOULAY, de Longny (Orne). — Dr Hippolyte SOUCHON, de Bourgoin. — Dr DULAU, de Cap-Breton. — Dr Paul GALLETTI, de Marseille.

TRAVAUX ORIGINAUX

Fausses couches, mortinatalité, polyléthalité infantile, ne sont pas toujours des signes indubitables de syphilis.

Par MM. E. JEANSELME et Paul LEFÈVRE

En un court espace de temps, nous avons observé à la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis deux femmes qu'un interrogatoire rapide et superficiel aurait pu faire considérer comme des malades entachées de syphilis. On relevait, en effet, dans leur passé, des avortements en séries, des successions de morts-nés ou d'enfants qui avaient succombé en bas-âge.

Avant d'admettre que ces commémoratifs sont la preuve d'une syphilis antérieure, il faut établir qu'ils ont bien cette signification. La syphilis est sans conteste la cause prépondérante de la mort du fœtus, elle tue par action directe ou indirecte d'innombrables enfants nouveau-nés, cela est certain, mais d'autres facteurs morbides peuvent aboutir au même résultat.

Fausses couches, mortinatalité, polyléthalité infantile ne sont donc que des signes de présomption de syphilis. Quand on les relève chez une femme, il faut en faire une étude critique avant de conclure qu'ils sont l'expression de l'infection syphilitique.

***

Une femme de 36 ans, en état *d'asystolie*, est adressée à la Clinique par un service de médecine générale. Sept fausses couches successives ont fait porter le diagnostic de syphilis et présumer que la lésion cardiaque relève de cette cause.

Au premier examen les signes d'insuffisance du myocarde sont des plus manifestes : dyspnée extrême, cyanose du nez et des lèvres, œdème des membres inférieurs, augmentation de volume du foie, urines rares et albumineuses.

Le pouls est à 140 et nettement *alternant*. La tension artérielle prise au Pachon est, malgré l'état asystolique 24 (maxima) et 18 (minima).

Le cœur est très augmenté de volume, les bruits sont assourdis ; on perçoit un souffle systolique à la pointe, un léger rythme de galop dans la région mésocardiaque et une accentuation du deuxième bruit à la base.

Le dosage de l'urée dans le sérum sanguin donne 0 gr. 24 par litre.

Les poumons ne sont pas engorgés.

Séance tenante, l'interne fait une saignée de 200 grammes et administre un purgatif. Le lendemain on commence une cure digitalique.

Dès le huitième jour de ce traitement la malade se sent beaucoup mieux ; la dyspnée et la cyanose se sont dissipées. Le pouls ne bat plus qu'à 75 ; le rythme d'alternance a disparu. A l'auscultation on n'entend plus le souffle systolique de la pointe qui traduisait vraisemblablement une insuffisance fonctionnelle par dilatation du ventricule gauche. La tension artérielle au Pachon est de 14-22 ; l'albuminurie persiste.

Vingt jours après son entrée, la malade semble revenue à l'état normal. La tension est de 10-21, mais il y a toujours de l'albumine dans les urines.

L'examen radioscopique, pratiqué dès qu'on a pu déplacer la malade a montré une grosse augmentation de volume du cœur, notamment du ventricule gauche, l'aorte a paru normale, avec bonne clarté de l'espace rétro-aortique.

Pourquoi cette femme, qui avait eu autrefois une scarlatine et de très nombreuses angines, qui savait être atteinte de « *néphrite chronique* » avec *hypertension et albuminurie* depuis de longues années, avait-elle été considérée dans un hôpital de médecine générale comme une syphilitique avec localisation aortique ?

C'est vraisemblablement parce qu'on avait relevé dans les antécédents de cette femme l'existence de sept fausses couches successives ou plutôt de sept accouchements prématurés, terminés chaque fois au septième mois. Pas une seule grossesse n'avait pû être menée à terme. Ces accouchements ont tous eu lieu dans une maternité ; chaque fois le diagnostic de syphilis a été envisagé, des réactions de Wassermann ont été pratiquées, chaque fois le résultat en fut négatif. La malade déclare qu'après aucune de ses fausses couches on ne l'a soumise à un traitement spécifique, ce que l'on n'aurait pas manqué de faire si l'aspect du placenta ou du fœtus avait fait soupçonner la possibilité de syphilis.

En somme celle-ci était douteuse ; pour établir la réalité il fallait se livrer à une enquête sérieuse.

L'examen de la malade ne nous a révélé aucun signe de syphilis nerveuse ; bonne réflectivité rotulienne et achilléenne, pupilles normales, égales, réagissant bien ; pas de cicatrices suspectes ; pas non plus de dystrophie qui puisse faire penser à une syphilis héréditaire. Enfin le mari interrogé et examiné paraît indemne de syphilis.

Des réactions de Wassermann ont été pratiquées en série avec les résultats suivants :

Le 17 novembre, W = H8.
Le 4 décembre, W = H7.
Le 8 décembre, W = H8.

Nous avons procédé alors à un essai de « Réactivation de la réaction de Wassermann.

Le 11 décembre injection intraveineuse de 0.30 novarsénobenzol.

Le 19 décembre injection intraveineuse de 0.30 novarsénobenzol.

Des examens du sang ont été à nouveau pratiquées :

Le 7e jour après la première injection W = H8.

Le 7e jour après la deuxième injection et le 13e jour après la première, W = — — — (laboratoire différent).

Le 11e jour après la deuxième injection et le 19e jour après la première, W = H. 8.

Nous avons alors demandé à M. Cathala, accoucheur de l'Hôpital St-Louis de vouloir bien examiner la malade et de nous dire s'il ne trouvait pas dans une malformation quelconque, utérine ou autre, l'explication de ces accouchements prématurés. Après un examen local resté complètement négatif, M. Cathala tend à mettre les fausses couches multiples survenues chez la malade sur le compte de l'albuminurie.

***

Une femme de 56 ans, marchande aux Halles, entre à la Clinique le 7 janvier 1925 avec des signes manifestes de syphilis secondaire : roséole intense, syphilides ecthymateuses et psoriasiformes de la nuque, syphilides papuleuses de grande dimension à la vulve, adénopathies inguinales bilatérales ; ulcération de la commissure labiale gauche, laryngite très marquée.

Le Wassermann = H0.

Nous sommes incontestablement en présence d'une *syphilis secondaire floride* et non traitée, dont le début remonte à six mois environ.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux ainsi que les réflexes oculaires.

Rien à l'examen des divers appareils. Ethylisme marqué.

Cette femme nous apprend qu'elle a eu *onze enfants* ; à l'âge de 22 ans elle était déjà mère de cinq enfants. De ces onze enfants, *Quatre seulement sont vivants aujourd'hui*, cette polyléthalité pourrait à juste titre faire soupçonner la syphilis, d'autant plus que, sur les six enfants décédés, *trois étaient morts-nés.*

Mais nous sommes bien empêchés de mettre ici la syphilis en cause et de la rendre responsable de cette mortalité infantile puisque nous constatons actuellement sur cette femme une roséole et tous les signes de la période secondaire. Cette malade a bonne mémoire et, grâce à elle, cette polyléthalité va trouver son explication.

Le premier enfant est mort de diphtérie à 4 ans ;

Le deuxième enfant a succombé à la diarrhée verte, en été à l'âge de 2 mois 1/2 ;

Le *troisième* enfant fut un *mort-né à terme* ;

Les quatrième, cinquième et sixième enfants, respectivement âgés de 34, 33 et 32 ans sont bien portants ;

Le septième enfant mourut à deux ans de bronchite capillaire ;

Le *huitième* enfant fut un *mort-né à terme* ;

Le neuvième enfant âgé de 24 ans est bien portant ;

Le *dixième* enfant fut un *mort-né à terme* ;

Le onzième enfant est mort à 17 ans d'albuminurie.

A priori l'ordre dans lequel les morts-nés sont répartis et la continuation de la grossesse jusqu'à son terme ne sont guère en faveur d'une origine syphilitique.

D'ailleurs la mère nous donne l'explication plausible de ces trois cas de mort à la naissance : deux des enfants sont morts du fait d'une *circulaire du cordon*, le troisième a succombé au cours de l'accouchement qui a nécessité l'application du *forceps* après un travail de dix-huit heures.

***

Ces deux observations nous amènent à rechercher les caractères que doivent présenter les fausses couches pour constituer un signe de certitude de la syphilis.

L'interrogatoire devra faire préciser les points suivants :

1° *L'âge des fausses couches.* — Cette notion est de très grande importance, car les fausses couches des trois premiers mois sont bien souvent dues à d'autres causes que la syphilis. Par contre *les fausses couches du quatrième, cinquième et sixième mois sont le plus souvent le fait de la syphilis*.

Les accouchements prématurés aux septième et huitième mois sont plus rarement d'origine syphilitique et c'est ici le cas de rappeler une notion bien mise en valeur par M. Bouchacourt et signalée de nouveau récemment par M. Jeannin, à savoir qu'en dehors de tout état pathologique, la durée de la grossesse peut varier. Ces faits de grossesse terminée avant terme se rencontreraient surtout chez les primipares.

2° *Le nombre des fausses couches.* — La *répétition* prend ici un caractère de haute importance, mais ce qui est encore plus important à noter, c'est *l'âge respectif des fausses couches successives* ; si l'on apprend qu'il y a eu :

Une première grossesse terminée à 4 mois ;

Une deuxième grossesse terminée à 6 mois,

Une troisième grossesse terminée à 8 mois,

Une quatrième grossesse menée à terme, on attachera une importance considérable à *cet accroissement progressif de la durée des grossesses*, car il est presque un signe de certitude de la nature syphilitique de ces fausses couches.

Il faut cependant savoir que dans le cas de *malformation utérine* on peut observer, du fait de l'adaptation de l'utérus, des fausses couches en série se produisant de plus en plus tardivement. Mais cette cause d'erreur éliminée par un examen local, l'accroissement progressif de la durée des grossesses prendra la valeur quasi-absolue d'un signe de syphilis.

3° *L'état du fœtus à l'expulsion.* — « La syphilis ne produit pas à proprement parler l'avortement, elle cause tout d'abord la mort du fœtus, laquelle est suivie plus ou moins rapidement de son expulsion » (Wallich).

Ceci étant, le fœtus dans le cas d'avortement d'origine syphilitique est *mort et macéré.*

Dans le cas de malformation utérine, au contraire, le fœtus, si la femme avorte, succombe au cours du travail, il naît vivant ou mort mais en tout cas jamais macéré.

4° *Le poids du placenta.* — On vérifie très soigneusement dans les Maternités le poids du placenta, et c'est une règle que toute femme dont le placenta pèse plus du poids normal de 500 grs soit immédiatement considérée comme suspecte de syphilis. On ne confiera pas son enfant à une nourrice mercenaire, et si la chose n'a pas été faite auparavant, on pratique aussitôt un examen du sang de la mère et de l'enfant.

Beaucoup de femmes parmi celles qui ont accouché dans les Maternités, pourront donner des renseignements précis sur le poids de leur placenta, aussi devra-t-on les interroger à cet égard.

5° *L'examen du sang.* — On ne manquera jamais d'ailleurs de demander à une femme si, au cours de sa grossesse ou après la délivrance, le médecin ou l'accoucheur a fait une prise de sang, et l'on s'efforcera de connaître le résultat de cet examen.

6° *Le traitement par des piqûres.* — Il est nécessaire de questionner la malade pour savoir si elle n'a pas été soumise, durant sa grossesse ou à la suite de son accouchement, à un traitement par des piqûres, s'assurer ensuite qu'il s'agissait bien d'un traitement antispécifique ; enfin obtenir les mêmes précisions en ce qui concerne un traitement par des piqûres ou des frictions s'il y a eu un enfant vivant.

7° *En l'absence des caractères habituels de la fausse couche syphilitique, on s'efforcera de rattacher l'avortement à une autre cause.*

Un examen local éliminera les avortements par *malformation utérine*, par malformation du bassin ou par endométrite.

La *néphrite chronique avec albuminurie* sera recherchée, cela va sans dire, puisqu'elle est une cause de fausses couches à répétition.

On n'oubliera pas que *l'avortement peut être provoqué médicalement*. La femme dans ce cas le sait et le dit volontiers, sans qu'on l'interroge. D'ailleurs, les faits sont rares.

Bien plus fréquents sont les faits *d'avortement criminel* pour lesquels on obtiendra plus rarement des aveux. Il s'agit le plus souvent dans ces cas, de fausses couches de deux à trois mois. A la suite de ces manœuvres un curetage peut être nécessaire et s'il a été fait dans un hôpital, il est possible au médecin, lié par le secret, d'en rechercher la cause dans l'intérêt de la malade.

***

Lorsqu'on trouvera dans les antécédents d'une femme des *morts-nés à terme*, il faudra faire préciser :

1° *La durée du travail* ;

2° *Le mode d'accouchement naturel ou artificiel, nature de la présentation* ;

Les applications de *forceps* sont souvent faites alors que l'enfant est en danger, le traumatisme que comporte cette intervention d'autre part pourrait expliquer la mort à la naissance ;

3° *L'existence de circulaires du cordon*, cause possible de la mort de l'enfant ;

4° *La répétition de la mortinatalité*, après avoir éliminé les causes énumérées ci-dessus c'est la syphilis qui sera incriminée.

***

Il reste à envisager les causes de la *polyléthalité infantile.*

Quand une femme vient vous dire : « J'ai eu dix enfants dont quatre seulement sont vivants aujourd'hui, les six autres sont morts avant deux ans », l'hypothèse qui s'impose tout d'abord à l'esprit c'est que la syphilis est en cause. Néanmoins, avant d'admettre le cas pour certain faites préciser les points suivants :

1° Si les enfants étaient nourris au sein ou au biberon :

« Si plusieurs enfants successifs sont morts en bas âge, quoique élevés au sein, on est en droit de très fortement soupçonner la syphilis. » (Apert.)

2° Si l'enfant est mort de diarrhée, demander à quelle période de l'année a eu lieu le décès. Si c'est à une période de grande chaleur, au printemps ou en été, saisons ou la diarrhée infantile règne endémiquement, la valeur du commémoratif est de faible importance ;

3° Si le nouveau-né à la naissance avait un poids normal, s'il n'avait pas eu dans les premiers jours une éruption cutanée, des hématémèses, du mélæna et surtout du coryza ; s'il n'a pas présenté dans les premiers mois des convulsions, une impotence soudaine d'un membre (pseudoparalysie de Parrot).

***

Pour conclure, nous dirons qu'une femme ayant eu des fausses couches, des morts-nés, des enfants morts en bas âge, doit être tenue pour suspecte de syphilis, car celle-ci est la cause la plus fréquente de ces accidents ; mais avant d'affirmer qu'ils ont cette origine, il sera nécessaire de serrer la question de plus près et d'envisager toutes les autres causes qui peuvent interrompre le cours de la gestation ou menacer la vie de l'enfant du premier âge.

Si l'on procède de la sorte, les commémoratifs dont nous venons de faire l'étude acquerront la valeur séméiologique prépondérante qu'il convient de leur attribuer. Comme l'a dit excellemment M. Couvelaire, le « réactif obstétrical » est souvent bien plus sensible que l'analyse sérologique pour dépister une syphilis inavouée, latente ou méconnue.

Physiologie pathologique du syndrome méningé et pathogénie de la syphilis nerveuse.

Par A. SÉZARY,

Médecin des Hôpitaux de Paris.

Les médecins fidèles à la méthode anatomo-clinique ne peuvent qu'être frappés du défaut de parallélisme qui existe entre les lésions histologiques des méninges et leur expression clinique.

Dans un premier groupe de faits, on observe chez les malades le syndrome méningé classique, avec sa céphalée gravative, ses contractures, ses vomissements, etc. Et cependant, la ponction lombaire, l'examen macroscopique et microscopique de la pie-mère et de l'arachnoïde ne révèlent aucune altération des méninges.

Cette discordance s'explique facilement, car la symptomatologie des méningites, toute d'emprunt, ne consiste que dans des manifestations cérébro-médullaires. C'est l'axe cérébro-spinal, enveloppé par les méninges, qui par contre-coup exprime la souffrance de ces dernières. Il n'est donc pas étonnant que des lésions nerveuses purement corticales, diffuses et superficielles se traduisent par des symptômes absolument semblables à ceux des méningites.

Dans un second groupe de faits, les malades ne présentent au contraire aucun signe de méningite. Et cependant l'examen du liquide céphalo-rachidien, l'étude histologique des méninges, montrent une inflammation manifeste des enveloppes des centres nerveux.

C'est ainsi qu'au cours de la syphilis secondaire, les altérations méningées, que nous connaissons depuis les travaux de M. Ravaut, sont fréquentes et parfois très intenses (200 et même 500 leucocytes par millimètre cube dans des observations de MM. Jeanselme et Chevalier) ; l'examen microscopique montre une véritable méningite, ainsi que je l'ai constaté dans un cas. Et cependant il n'existe aucun symptôme méningé, car la céphalée de la période secondaire s'observe parfaitement en l'absence de toute leucocytose du liquide céphalo-rachidien.

Il en est de même des méningites qui existent dans la paralysie générale et le tabès. Elles sont absolument latentes, même quand elles s'accompagnent d'une forte leucocytose. Seule, la ponction lombaire les met en évidence.

Des constatations analogues ont été faites au cours des oreillons par MM. de Massary et Tockmann ; au cours des paralysies diphtériques par MM. Chauffard, Ravaut, Oppenheim et Hallez, Haguenau, de Lavergne, Merklen, Babonneix, etc., et au cours de plusieurs autres infections ou intoxications.

Ainsi donc, le syndrome méningé peut exister sans aucune lésion des méninges et, inversement, une inflammation même marquée des méninges peut ne se traduire par aucun signe clinique.

Si le premier de ces deux paradoxes peut s'expliquer, comme nous l'avons dit, par ce fait qu'une réaction des centres nerveux suffit à provoquer les signes qu'on note dans les méningites, le second est d'une interprétation plus malaisée. Il nous a paru mériter une courte discussion, d'autant plus que ce problème de physiologie pathologique peut aider à résoudre d'autres problèmes pathogéniques, et en particulier celui qui concerne la syphilis nerveuse.

***

Comment expliquer qu'une méningite, dont l'existence est vérifiée par la ponction lombaire ou par l'examen histologique, puisse ne se traduire par aucun signe clinique ?

On peut d'abord arguer de l'*intensité* de cette méningite. Il est en effet permis de penser qu'une forte inflammation de la pie-mère se traduira par des signes plus marqués qu'une faible réaction congestive. Les faits ne confirment cependant pas toujours cette hypothèse : on voit en effet des méningites bacillaires à lésions relativement discrètes se manifester par des signes avérés, et au contraire certaines fortes méningites de la syphilis secondaire, des oreillons, de la fièvre typhoïde ne se révéler assez souvent par aucun symptôme.

Faut-il incriminer la *profondeur* des lésions nerveuses de voisinage ? On sait en effet que selon la nature de la méningite, les centres nerveux qui sont au contact de la pie-mère sont plus ou moins atteints. Mais cette hypothèse n'est pas toujours valable, car s'il est exact que dans la méningite tuberculeuse, où les centres nerveux sont fortement lésés, les symptômes sont très marqués, ceux-ci ne le sont pas moins dans la méningite cérébro spinale qui retentit très peu sur la structure du parenchyme cérébral ou médullaire.

Cette constatation nous montre aussi que la *nature* du microbe ne joue pas davantage un rôle important. D'ailleurs ne voit-on pas, selon les cas, un même microbe, le tréponème par exemple ou le virus des oreillons, provoquer ou non un syndrome méningé, sans qu'on puisse toujours expliquer cette différence par l'intensité plus ou moins grande de la méningite ?

***

La latence des méningites s'explique aisément, croyons nous, si l'on prend en considération la capacité de réaction des centres nerveux.

Les modalités des réactions nerveuses sont en effet essentiellement variables. L'évolution d'une méningite grave chez un même sujet le démontre déjà. On sait que pendant une première période les signes d'excitation prédominent, tandis que la phase terminale est précédée de signes de dépression. C'est qu'au début les cellules nerveuses sont en état d'intégrité presque parfaite, tandis qu'à la fin elles sont épuisées et altérées à la fois.

D'autre part, on sait que chez l'enfant la méningite se traduit par un cortège de symptômes très accusés, au premier rang desquels il faut placer les convulsions, tandis que chez le vieillard les signes sont très atténués, la céphalée presque nulle, les vomissements exceptionnels, la contracture ordinairement absente (Hutinel et Voisin).

Dans le même ordre d'idées, comme M. de Massary l'a fait remarquer, certaines méningites aiguës constituent parfois des trouvailles d'autopsie, « méningites cérébro-spinales surtout, confondues avec des infections générales sans localisations méningées, ou tuberculoses méningées qui terminent, sans se révéler, la phtisie pulmonaire ». Il est vraisemblable qu'une toxi-infection sidérante dans le premier cas, une infection lentement cachectisante dans le second, ont annihilé la capacité de réaction des centres nerveux et les ont empêchés de traduire les lésions méningées par leurs symptômes caractéristiques.

Ces faits sont, croyons-nous, de la plus haute importance pour la question qui nous occupe et ils expliquent la latence d'un nombre important de méningites. L'enseignement qu'ils nous donnent mérite d'être généralisé.

Si la paralysie générale, par exemple, ne s'accompagne d'aucun signe de méningite, n'est-ce pas à cause des lésions encéphaliques toujours marquées que révèle l'examen microscopique et qui privent les cellules nerveuses de leur capacité normale de réaction ? Le fait est d'autant plus vraisemblable que l'insensibilité de l'encéphale dans cette affection est démontrée par la ponction lombaire. Il est en effet absolument exceptionnel que la soustraction d'une quantité, même abondante, de liquide céphalo-rachidien détermine chez les paralytiques généraux le syndrome particulier (céphalée, vomissements) qu'elle provoque si fréquemment chez les sujets normaux.

La même remarque s'applique au tabès dont la méningite à poussées irrégulières ne détermine jamais un symptôme méningé.

Elle trouve encore sa confirmation dans un nombre assez important d'observations de paralysies diphtériques accompagnées d'une méningite absolument latente et dans les cas d'encéphalite épidémique où la réaction pie-mérienne ne se traduit par aucun signe clinique.

***

En résumé, toutes les fois que la rachicentèse démontre l'existence d'une réaction méningée importante et que celle-ci ne se manifeste par aucun signe clinique, on doit se demander si la latence de la méningite n'est pas due à ce fait que les centres nerveux, qui habituellement témoignent de la lésion de la pie-mère, ne sont pas en quelque sorte inhibés par suite de leur propre altération antérieure ou tout au moins contemporaine.

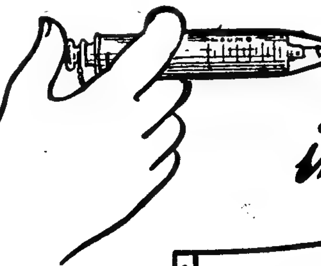
Dans un grand nombre de cas, particulièrement dans ceux où la méningite est forte, cette hypothèse nous paraît seule acceptable.

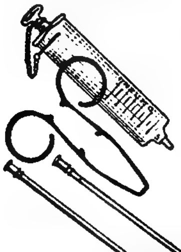
Elle explique que les méningites latentes sont dans la règle celles qui ont une origine septicémique, car dans ce cas les méninges sont altérées en même temps que les centres ou même postérieurement à eux. Au contraire, les méningites à symptomatologie complète sont celles où l'infection est propagée par le liquide céphalo-rachidien (méningite cérébro-spinale ou tuberculeuse) et atteint en premier lieu la pie-mère seule.

Cette règle ne peut s'appuyer sur aucune donnée histologique constante. Les réactions nerveuses sont d'ordre fonctionnel, elles ne sont pas toujours commandées par une lésion anatomique. Elle nous paraît cependant démontrée par les faits que nous avons rappelés et qui, sans elle, ne nous semblent pas explicables.

Nous la soumettons aujourd'hui à la critique, en faisant remarquer que, si elle est reconnue vraie, elle apportera un nouvel argument à la théorie que nous défendons sur la pathogénie de la syphilis nerveuse, à savoir que celle-ci, dès son début, c'est-à-dire dès la période secondaire de la maladie, est parenchymateuse, et que plus tard la méningite qu'on observe dans le tabès et la paralysie générale est le témoin et non, comme on le dit généralement, la cause de ces affections nerveuses. Nous avons d'ailleurs constaté aussi que, parmi les syphilitiques secondaires dont le système nerveux est normal à l'examen clinique, la ponction lombaire ne provoque qu'exceptionnellement chez ceux qui ont un liquide céphalo-rachidien pathologique les malaises qui sont si fréquents chez ceux dont le liquide n'est pas altéré. Ces malades, dès cette période, se comportent à ce point de vue comme des paralytiques généraux. Ne serait-ce pas parce que, comme eux, ils ont des lésions parenchymateuses discrètes et latentes ?

Ces brèves considérations sur la physiologie pathologi-





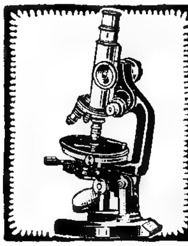
Les stations d'hiver P. L. M.

Les fervents de la montagne en hiver sont chaque année plus nombreux, attirés les uns par la calme splendeur du paysage et par l'air vivifiant, les autres par le charme des sports d'hiver : ski, patin, luge, etc.

La liste des grandes stations d'hiver P. L. M. s'enrichit cette année de deux nouvelles venues qui se classent d'emblée aux premiers rangs :

Le REVARD, vaste plateau ondulé, à 1.500 m., sur Aix-les-Bains (chemin de fer à crémaillère) avec son panorama splendide sur toutes les Alpes de Savoie et du Dauphiné, ses vastes champs de ski, sa patinoire de 4.000 mètres. Hôtel P. L. M. entièrement transformé avec tout le confort désirable.

COMBLOUX, à 1.000 m., à 7 km. de la gare de Sallanches-Combloux (service régulier de correspondance par automobiles) avec la vue célèbre de ses terrasses sur le Massif du Mont Blanc, ses promenades en ski, sa patinoire. Grand Hôtel P. L. M. du Mont Blanc, récemment agrandi, 200 chambres, grand confort.



que du syndrome méningé nous semblent venir à l'appui de la doctrine de la localisation précoce du tréponème dans les centres nerveux des syphilitiques (1), doctrine que nous pouvons étayer par deux arguments importants : l'absence habituelle du spirille dans le liquide des syphilitiques secondaires, confirmée récemment par MM. Jeanselme, Schulmann et Terris, et l'absence de méningite dans certains cas de paralysie générale (Anglade) ou de tabes (Ardin-Delteil). Ce n'est pas là le moindre intérêt qu'elles présentent.

Applications cliniques de la chimiothérapie antituberculeuse. Méthode de Rogers modifiée

Par M. **Paul RENAULT**, interne des hôpitaux.

Le traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire, bien délaissé pendant ces dernières années, semble entrer dans une nouvelle période d'activité et attirer à nouveau l'attention des phtisiologues. De nombreux essais ont été entrepris de tout temps, mais jusqu'alors n'avaient guère enregistré que des échecs ou des succès très éphémères. Aucune médication n'avait pu faire ses preuves et seule la cure sanatoriale hygiénodiététique pouvait être considérée comme méthode thérapeutique définitivement acquise.

En France, ce principe fut admis à peu près par tous et les recherches de chimiothérapie antituberculeuse ne rencontrèrent presque toujours que l'indifférence et le septicisme des phtisiologues. Il n'en fut pas de même à l'étranger et tout récemment des travaux extrêmement intéressants parurent au Danemark et dans les pays anglo-saxons. Ils semblent marquer dans la thérapeutique si décevante de la tuberculose un très réel progrès. Les travaux de Holger Mollgaard, de Copenhague, eurent en France un gros retentissement. Le beau livre de Sir Holger Mollgaard (Chimiothérapie of tuberculosis) contient à la fois un exposé théorique et expérimental de sa méthode ou aurothérapie et des observations cliniques de ses collaborateurs Du V. Bie, O. Chievitz, G. Gravesen, G. E. Pernin, K. Secher, Strandgaard, C. H. Wutzen. La précision de leurs constatations, ainsi que l'autorité de leurs auteurs attache à ce travail une très grande valeur scientifique. Malheureusement l'application de ce traitement par la sanocrysine à la pratique courante et à la pratique hospitalière se heurte à des risques et à des difficultés tels qu'elle ne peut être considérée que comme une méthode d'exception. De nombreuses études théoriques ont déjà été publiées en France par M. Poix, Rist, Bezançon, Léon Bernard.

Avant les travaux de Mollgaard, Sir Léonard Rogers, de Calcutta, avait fait paraître un important travail sur la chimiothérapie antituberculeuse. En étudiant l'action de l'huile de chaulmoogra et de ses dérivés dans le traitement de la lèpre, il tenta de leur substituer un produit dérivé de l'huile de foie de morue : le morrhuate de soude obtenu par un procédé analogue à celui qu'il avait employé pour obtenir le chaulmoograte de soude, puis se basant sur la ressemblance bactériologique existant entre la lèpre et la tuberculose, il eut l'idée d'appliquer à cette dernière la même médication. La méthode fut utilisée avec quelques modifications en Angleterre par Boelke Hume, Winckfield, Caleb Davies, Brierly, Gunguli, Biesenthal, Fine.

En France, l'écho de ces travaux ne parvint que tardivement au public médical par un article de Rouillard. Mais l'intérêt de cette méthode attira l'attention de différents auteurs qui essayèrent de la réaliser et de modifier sa technique pour la rendre plus facilement applicable. Un produit ayant les mêmes propriétés thérapeutiques que le morrhuate d'éthyle fut présenté à la Société de thérapeutique par Grigaut et Tardieu. Il fit l'objet de plusieurs communications de Caussade, Tardieu et Grigaut qui montrèrent sur l'animal la faible toxicité du produit, l'effet tonicardiaque et enfin l'action sur les lésions tuberculeuses des animaux en expérience.

L'étude pharmacodynamique et expérimentale du morrhuate d'éthyle étant réalisée par ces auteurs, il restait à en faire l'application à la thérapeutique humaine et à recueillir un grand nombre d'observations pour préciser les indications et les résultats de la méthode.

Les premières applications de la méthode de Rogers modifiée furent faites à la fois dans le service du docteur Caussade, de l'Hôtel-Dieu, qui expérimenta surtout la voie intra-trachéale préconisée par son collaborateur Tardieu, et au sanatorium de Larue où nous avons pu réunir une importante documentation portant sur deux cents malades environ et recueillir une centaine d'observations détaillées suivies avec soin pendant près d'une année. Dans les travaux qui ont été publiés par Caussade et Tardieu, ceux-ci préconisent l'introduction du médicament par voie intra-trachéale par la méthode de Mendel. Leur prédilection pour ce procédé est basée sur cette opinion qu'il y aurait intérêt à porter directement le médicament au contact des lésions tuberculeuses. Nous avons, par contre, employé principalement la voie hypodermique ou intramusculaire utilisant la même solution huileuse de morrhuate d'éthyle à 25 %. De l'ensemble de nos observations, il nous semble que ces deux modes d'application ne sont nullement contradictoires mais auraient, au contraire, des indications particulières qu'il serait utile de préciser.

La faillite successive des différentes médications antituberculeuses a montré que le contrôle du temps est nécessaire plus qu'en toute autre partie de la thérapeutique. L'interprétation des signes cliniques et même des examens objectifs (l'examen bactériologique, la radiographie) doit être soumise à une sévère critique, car parmi les critères habituellement employés pour apprécier l'évolution des lésions tuberculeuses, il n'en est aucun qui ait par lui-même une valeur définitive et dont les constatations permettent d'affirmer absolument l'action d'une médication.

« Il n'est pas possible d'affirmer la guérison en se basant sur les modifications des signes généraux fonctionnels ou physiques consécutifs à une application thérapeutique. L'augmentation de poids, celle de la force musculaire, la diminution de l'étendue du foyer d'auscultation, l'atténuation des signes fonctionnels, les modifications radioscopiques et bactériologiques, et même la chute de la fièvre, tous symptômes d'apparence favorable, s'observent communément chez de nombreux tuberculeux avérés et surgissent parfois spontanément sans l'intervention d'aucune thérapeutique. La résolution de ces œdèmes périphymiques, lésions banales et étendues siégeant autour d'une épine tuberculeuse minime décrite par l'un de nous est d'une observation banale. Il est évident que l'on ne saurait affirmer la régression du pro-

1. A. Sézary. — Nature de la méningite latente des syphilitiques, *Paris méd.* 4 oct. 1919, n° 40, p. 248 et *Revue Neurol.*, 1921, p. 337 et 1923, t. II, p. 414.

cessus tuberculeux par la constatation de la disparition de ces œdèmes. L'affirmation clinique de la guérison de la tuberculose pulmonaire par l'emploi d'une thérapeutique quelle qu'elle soit, répétons-le, est l'un des problèmes les plus difficiles qui se posent à l'esprit du clinicien. Seule, l'épreuve extrêmement prolongée du temps peut être considérée comme un élément sérieux d'appréciation d'ordre statistique. » (CAUSSADE, TARDIEU, GRIGAUT.)

Ces lignes qui résument admirablement cette question si discutée, mises au début des observations que nous allons reproduire, expriment avec quel esprit nos recherches ont été faites et comment nous nous sommes toujours efforcés de nous entourer de tous les contrôles objectifs possibles. Elles expriment également avec quel esprit de réserve et de critique nous avons interprété les signes cliniques. Nous nous bornerons après l'exposé d'observations complètes, mais en nombre forcément limité, à rapprocher les faits de même ordre, à mettre en lumière ceux qui nous ont paru, par leur constance, nous fournir des indications précises sur l'action de la méthode.

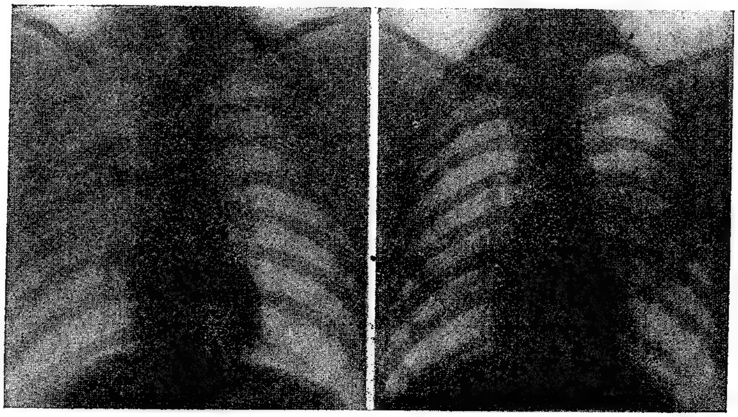
OBSERVATION n° 3. — Mademoiselle C. P., âgée de 26 ans, présentait à son entrée des signes d'infiltration bacillaire des sommets des deux poumons. Elle était soignée depuis 3 mois par les moyens hygiéno-diététiques habituels. Elle avait en outre des antécédents personnels très chargés.

L'examen clinique dénotait de la submatité à la percussion des deux sommets. A l'auscultation, on percevait des râles sous-crépitants et des craquements dans la moitié supérieure des deux poumons. La radiographie montra un aspect gris uniforme des 2/3 supérieurs des poumons avec volumineuses adénopathies. A droite on pouvait reconnaître l'aspect dit en mie de pain. L'état général était médiocre, la malade ayant maigri progressivement. La température était élevée et du type oscillant. L'examen bactériologique montrait la présence de B. K. en moyenne abondance. La malade reçut une première série d'injections intramusculaires de morrhuate d'éthyle et on put noter au bout de la sixième une baisse de la température qui s'accentua lorsque les injections furent faites à double dose.

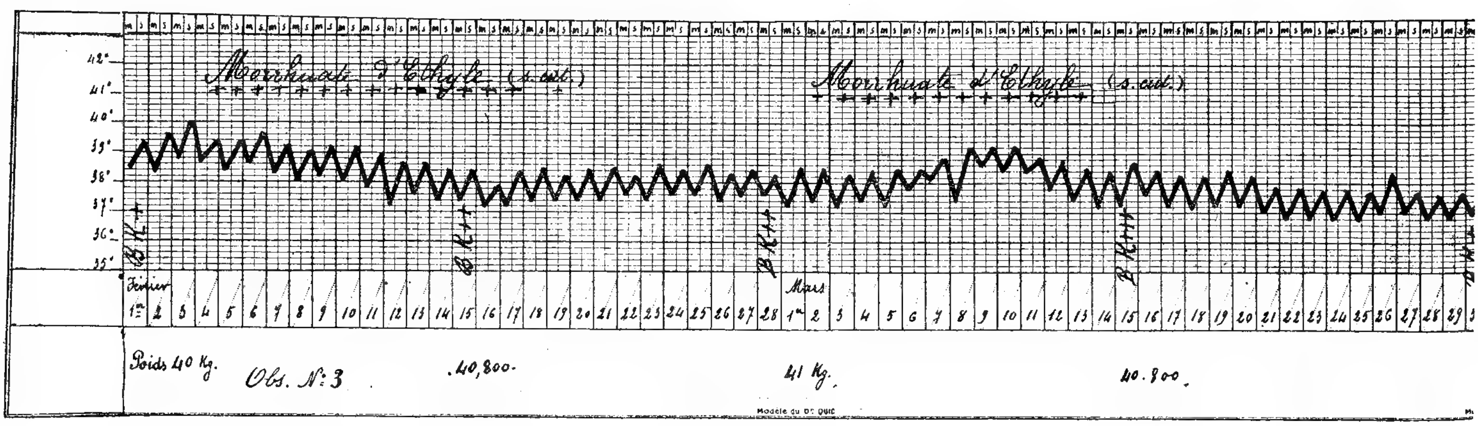
Il y eut pendant une quinzaine une augmentation de poids, une amélioration de l'état général, mais aucune modification des signes cliniques et radioscopiques. Après un repos de 15 jours, nouvelle série d'injections intramusculaires. Après une petite élévation de température celle-ci tendit à prendre le type normal qu'elle n'atteignit que plusieurs jours après. Après un repos de 15 jours, nouvelle série. Depuis, injections trachéales tous les 2 ou 3 jours pendant trois mois. La température s'est maintenue au voisinage de la normale, l'état général s'est amélioré, le poids a augmenté de 3 kgs. La toux et l'expectoration ont diminué très notablement. Les signes cliniques se sont modifiés. On n'entend plus de râles sous-crépitants dans la moitié supérieure des poumons, mais seulement un petit foyer au niveau de l'interlobe gauche.

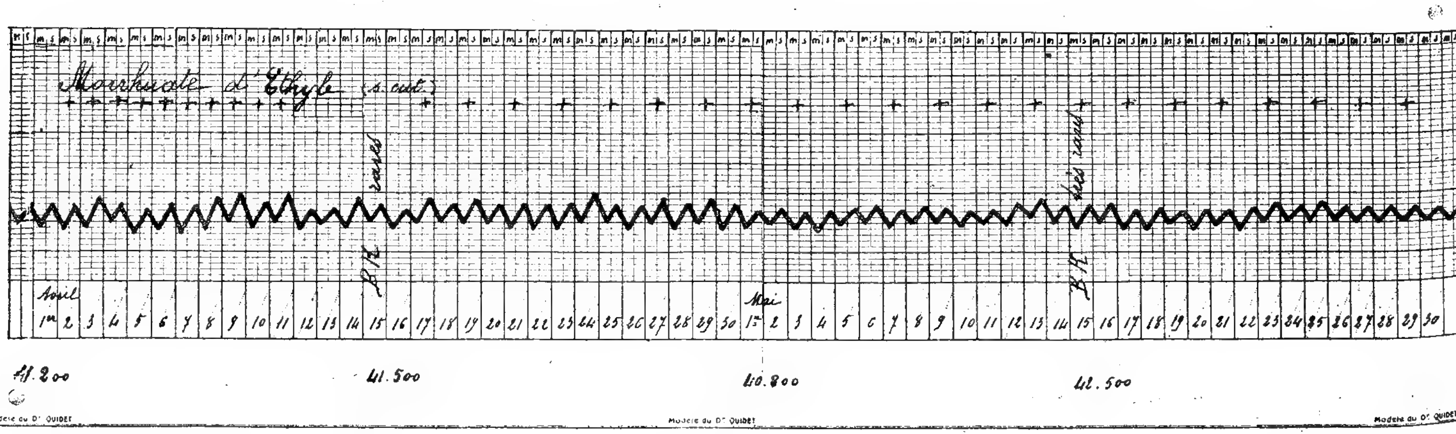
La radioscopie montre un foyer d'ombre de la partie moyenne du poumon gauche, un peu de grisaille des sommets, des culs-de-sac pleurodiaphragmatiques.

8 mois après le début du traitement la malade est apyrétique, l'état général est bon, les signes locaux ont évolué très favorablement.



OBSERVATION 3.





Obs. N° 3 (suite)

OBSERVATION n° 4. — Mademoiselle Yvonne B., âgée de 24 ans, présentait à son entrée des signes de tuberculose pulmonaire avec prédominance au côté droit, un mauvais état général, une aménorrhée complète. Le début apparent datait de 3 mois et était survenu progressivement par toux, amaigrissement. L'examen clinique décelait des râles humides dans les fosses sus et sous-épineuses du côté droit. La respiration était rude à gauche et on observait quelques frottements à la base, reliquat d'une ancienne pleurésie. L'examen radioscopique montrait l'aspect pommelé du 1/3 supérieur du poumon droit ainsi qu'une volumineuse adénopathie médiastinale. Le sommet gauche était un peu voilé et s'éclairait mal à la toux. L'examen des crachats montrait la présence de bacilles de Koch du type homogène court.

Le traitement hygiénodiététique tel qu'il est pratiqué habituellement n'avait pas d'influence nette. La température était donc oscillante dépassant 39 le soir, les sueurs étaient très marquées, la malade avait maigri de 6 kgs.

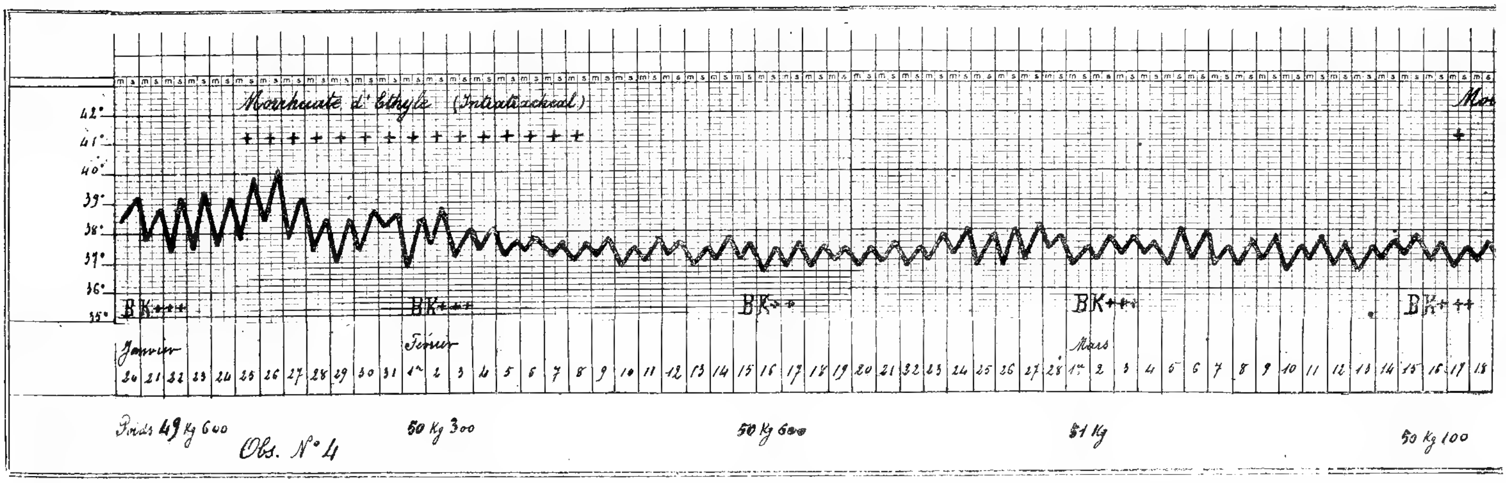
On lui fit une série de 15 injections quotidiennes de morrhuate d'éthyle et l'on put noter dès la troisième injection une chute rapide de la température qui cependant restait encore audessus de la normale. On notait également une reprise de l'appétit, une diminution générale des symptômes fonctionnels.

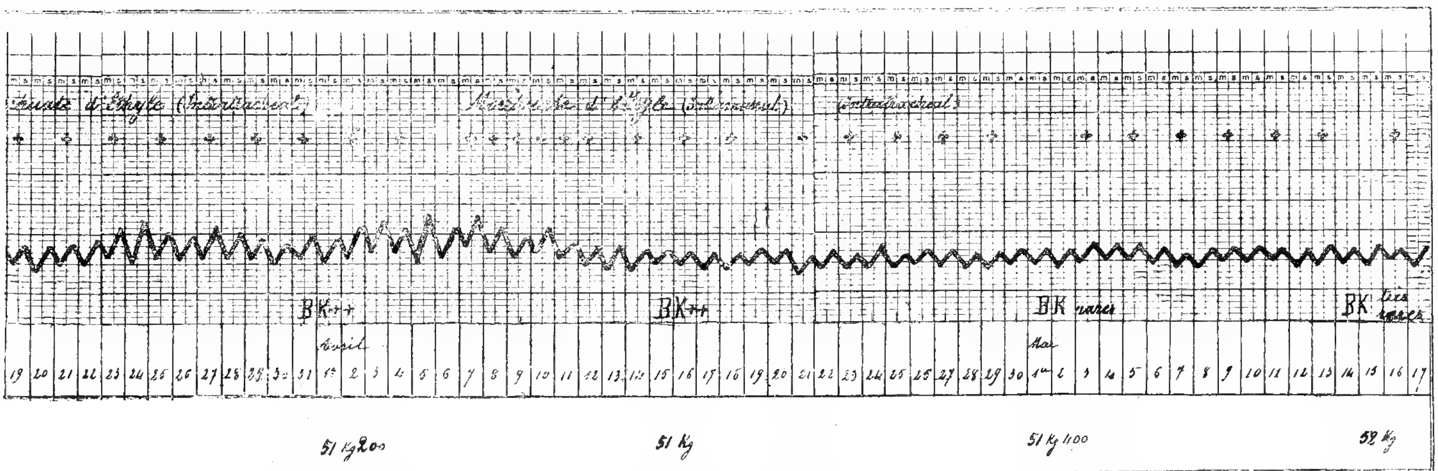
Après un repos de 8 jours, les injections intramusculaires de morrhuate d'éthyle furent reprises. Après cette série, la malade allant très bien, la médication fut interrompue. Elle avait engraissé de 2 kgs. L'expectoration avait diminué, mais présentait les mêmes caractères bactérioscopiques.

Au bout d'un mois, l'état général continuait à s'améliorer mais la toux persistant on fit alors des injections intra-trachéales de morrhuate d'éthyle à raison d'une tous les deux jours. La température ne fut pas modifiée mais la toux diminua. Au cours du traitement on put observer une légère poussée fébrile qui céda en quelques jours à la suite de la reprise des injections intra-musculaires. Les injections intra-trachéales furent alors reprises et continuées pendant un mois et demi Le poids continua à augmenter, la toux diminua au point de cesser presque complètement.

Enfin, dans l'expectoration, très diminuée d'abondance, on ne trouvait plus que quelques très rares bacilles.

L'examen radioscopique montre un aspect grisâtre du tiers sup. droit, l'adénopathie médiastine a diminué de volume ; par contre sur le fond gris apparaissent des zones très opaques arrondies. Du côté droit, aspect sensiblement normal. Depuis trois mois aucun traitement méthodique n'est appliqué, les résultats se maintiennent.





Obs. N° 4 (suite)

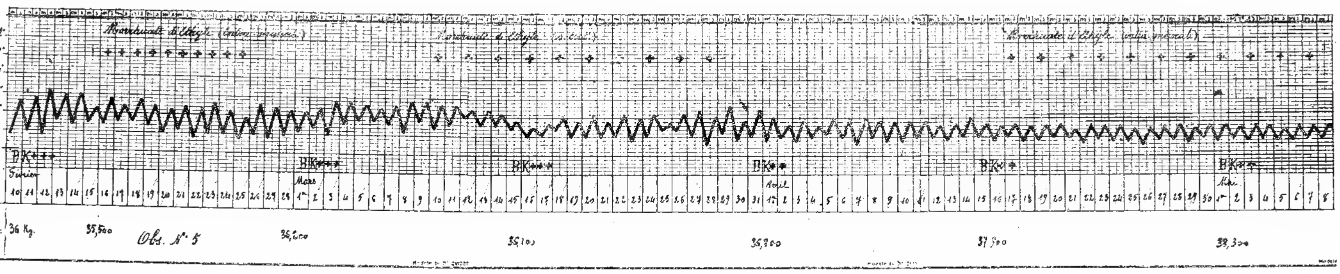
OBSERVATION n° 5. — Mme E. L., âgée de 32 ans, présentait à son entrée des lésions pulmonaires bi-latérales ayant évolué par poussées évolutives successives, les premiers symptômes de l'affection remontant à 1921.

L'examen clinique permettait de mettre en évidence des signes cavitaires du côté gauche et des signes de ramollissement étendu du côté droit. La radioscopie confirmait ces signes cliniques montrant à gauche l'aspect pommelé caractéristique, deux spelouques très visibles. La malade arrivait en poussée évolutive avec mauvais état général, fièvre à 39°, expectoration très abondante et nombreux B.K. dans les crachats. Après l'avoir mise en observation durant 5 jours, pendant lesquels la fièvre se maintint aux environs de 39° le soir, on lui fit une première série d'injections intra-musculaires de morrhuate d'éthyle au cours de laquelle on observa une baisse régulière de la température qui ne dépassait pas 38°5 le soir ; on observa également une légère amélioration fonctionnelle portant sur la dyspnée, la toux et l'expectoration.

Après un repos de 15 jours, la température ayant à nouveau pris le type oscillant, on reprit la même médication en faisant cette fois des injections tous les deux jours de morrhuate d'éthyle à 25 %. Cette série, qui durat rois semaines, s'accompagna de résultats satisfaisants portant surtout sur les symptômes fonctionnels et la fièvre, mais sans modification des signes physiques. Depuis lors la médication fut continuée d'une façon régulière, et cette malade reçut une injection tous les deux jours

de morrhuate d'éthyle, la température reprit le type normal, les signes fonctionnels se sont considérablement amendés, l'expectoration a diminué d'importance et l'on ne trouve plus de bacilles en quantité aussi importante qu'au début. L'examen physique accuse les mêmes signes cavitaires du côté gauche, par contre, du côté droit, les râles humides que l'on percevait primitivement ne s'étendent plus et l'examen radioscopique montre seulement des arborisations bronchiques du côté droit avec ganglions crétacés et soudure du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique.

Depuis lors, la médication par le morrhuate a été appliquée régulièrement (une série de 12 injections intra-musculaires par mois) 10 mois après le début du traitement, l'état général est très satisfaisant, le poids a augmenté de 5 kgs. La malade tousse peu et crache seulement par intermittence. On retrouve les mêmes signes physiques et radiologiques que dans l'examen précédent.



OBSERVATION n° 6. — Mlle Mireille G., âgée de 25 ans, avait eu deux mois avant son entrée une forte hémoptysie avec fièvre et amaigrissement qui était le premier symptôme qui avait attiré son attention. Néanmoins, elle avait eu à 20 ans une pleurésie à la suite de laquelle elle avait notablement maigri. Ses antécédents familiaux sont également assez chargés et l'on trouve deux sœurs mortes d'affection tuberculeuse. L'examen à son entrée dénotait de la submatité des deux sommets, une diminution importante de l'expansion respiratoire à droite.

A l'auscultation, on percevait aux deux temps de la respiration des frottements râles au niveau de l'interlobe droit.

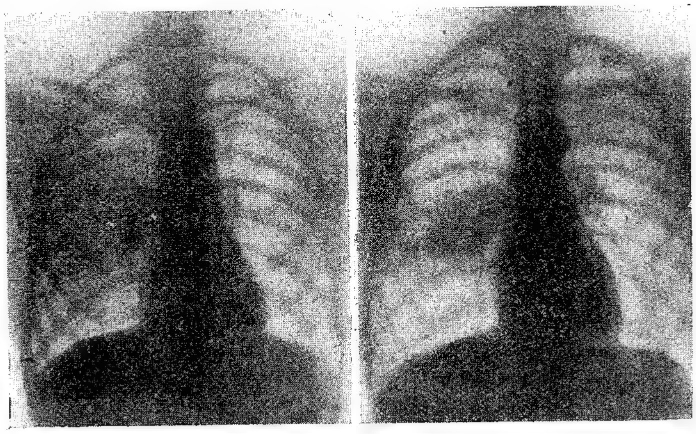
A gauche, quelques râles fins après la toux. Il s'agissait donc d'une forme bilatérale ayant subi une poussée évolutive récente.

L'examen radiscopique montrait un aspect voilé des deux sommets, une soudure complète du cul-de-sac pleuro-diaphragmatique droit et une zone d'opacité très diffuse au niveau du tiers moyen du poumon droit avec image très peu nette.

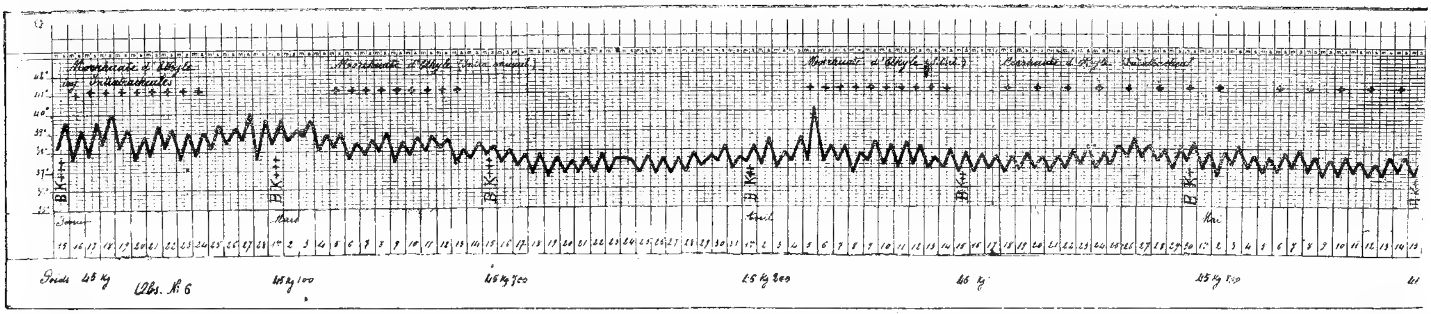
A son entrée, la température était oscillante et atteignait 40° le soir. Expectoration abondante et contenant de nombreux bacilles de Kock.

Le traitement par le morrhuate fut continué, une première série de 10 piqûres d'une ampoule n'amena pas de modification sensible. Quelques jours après la fin de la série on nota même une recrudescence de la température et une hémoptysie. Après quelques jours de repos on refit une série d'injections intramusculaires à raison de deux ampoules par injection. On observa presque aussitôt une chute de la température une diminution de la toux et de l'expectoration, mais aucune modification des signes cliniques. On laissa alors la malade au traitement hygiénodiététique pendant 3 semaines. Puis on reprit le morrhuate en injection intramusculaire d'abord, puis en injection intratrachéale tous les deux ou trois jours. La température se rapprocha du type normal, on put noter une reprise de l'appétit avec amélioration de l'état général.

Les signes cliniques se sont également modifiés. Les frottements râles persistent à gauche, mais le poumon droit paraît entièrement dégagé. L'examen radioscopique ne montre pas de modification sensible de la première image. L'examen des crachats montre quelques rares bacilles homogènes.



OBSERVATION. 6,



Un mois après cessation du traitement, les résultats persistent. On reprend le traitement à raison d'une injection intramusculaire tous les 2 jours la première quinzaine de chaque mois.

Six mois après le début du traitement on note un changement très satisfaisant, une température normale, pas de toux ni d'expectoration. L'examen répété des crachats même après enrichissement (ne montre pas de bacille de K.). L'examen radioscopique montre que l'ombre diffuse, située au tiers moyen du poumon droit a diminué d'étendue et d'opacité. Les sommets sont légèrement voilés.

OBSERVATION n° 8. — Mlle M, C., âgée de 20 ans, présentait à son entrée des signes d'infiltration bilatérale des sommets d'origine bacillaire. Le début apparent de l'affection remontait à deux mois et s'était manifesté par des hémoptysies légères, de la toux et l'élévation de la température vespérale.

L'examen clinique dénotait des râles surtout nets après la toux dans les fosses sus-épineuses droite et gauche. On notait également l'exagération des vibrations et une légère sus-matité. Par ailleurs, aucun signe pathologique n'était perçu dans le poumon et l'examen radioscopique dénotait seulement une di-

BIBLIOGRAPHIE

La Revue de l'Art. Sommaire du n° de novembre 1925.

I. Histoire générale de l'art : Un diadumène lysippéen au musée de Delphes, par P. de la Coste-Messelière. — Les ensembles mobiliers à l'exposition des arts décoratifs : sections françaises et sections étrangères, par A. Rambosson. — La sculpture à l'exposition des arts décoratifs (fin), par René-Jean.

II. Chroniques. *Art moderne* : Carle Vernet et les « pifferari » romains, par Horace Delaroche-Vernet. — *Art contemporain* : Les Salons de 1925 : V. Le salon d'automne aux baraquements des Tuileries, par R. Bouyer. — *Correspondance de Belgique* : La rétrospective de Léonard Defrance et de Michel Herman à Liége, par J. Vallery-Radot. — ***Bibliographie***.

III. Bulletin. Notre Tribune : l'Impôt sur les biens oisifs. — Actualités : Les scrupules compatriotes de lord Elgin, par R. Bouyer —. Echos et nouvelles. — Informations. — Les Expositions. — A l'exposition des Arts décoratifs : J. Lemordant, décorateur. — La Curiosité. — Le mouvement artistique à l'étranger. — Le Carnet du Liseur.

3 gravures hors-texte : Une ambassade française : le Grand Salon. — Un musée d'art contemporain : Rotonde du Pavillon de la compagnie des Arts français. — Grand salon et Boudoir (Pavillon du studium Louvre). — 78 illustrations dans le texte. Le n° 12 fr. 50. Abonnement un an : France : 120 fr. Revue de l Art, 28 rue du Mont-Thabor. Paris.

L'anatomie en poche, par Victor Pauchet et S. Dupret. 1 volume (1 × 18) contenant 297 planches en noir et en couleurs : 25 fr. (Gaston Doin, éditeur 8, place de l'Odéon, Paris VI°.)

Les auteurs présentent aux chirurgiens un petit volume qui en 297 planches claires, nettes, schématiques, leur rappellera l'*Anatomie.* Ils pourront repasser en 5 minutes, à la veille d'une opération inhabituelle, les rapports des organes de la région où ils vont opérer.

Ce petit livre d'un prix abordable sera également d'une incontestable utilité aux étudiants qui voudront se remémorer en quelques instants les matières d'une répétition, d un examen ou d'un concours.

Introduction à la Géologie, par J. Leuba. Un volume in-16, 60 figures, broché : 6 fr. (Collection Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel, Paris V°.)

Une esquisse, tracée à grands traits, des ères géologiques, des pério des glaciaires, anciennes et récentes, et de l'humanité primitive, donne une représentation frappante de l'aspect des continents des modalités de la vie aux différentes périodes géologiques et de la continuité de tous ces phénomènes. Il y a lieu de remarquer que c'est la première fois que l'ensemble des faits géologiques est introduit dans le cadre de la théorie nouvelle des dérives continentales. Les théories modernes y sont d'ailleurs confrontées avec les théories anciennes.

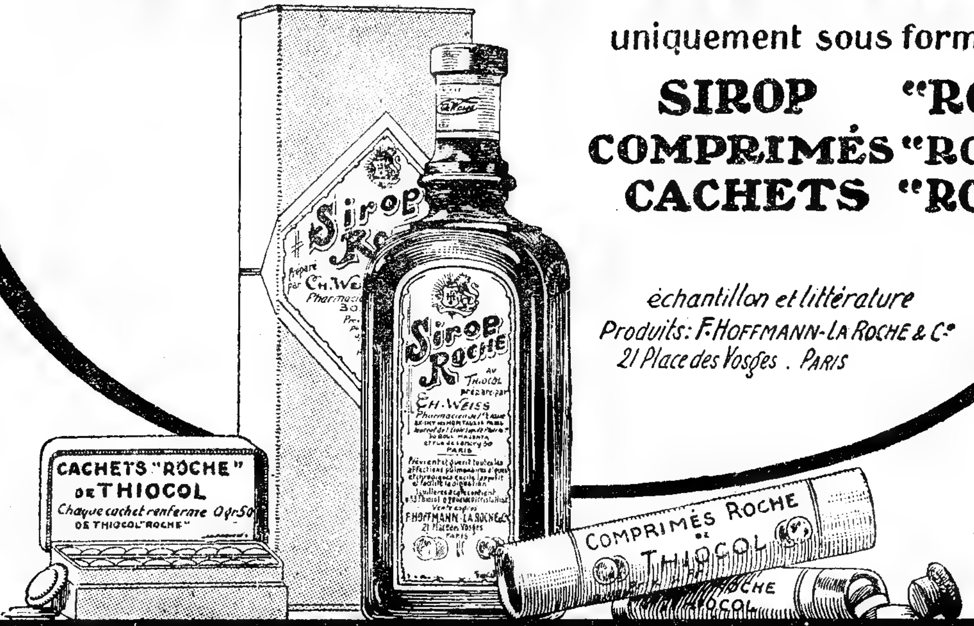
Nul besoin de connaissances spéciales pour aborder la lecture de ce livre : tout y est défini avec clarté et simplicité. Le profane y trouvera ample matière à orner son esprit et à élargir ses horizons. Enfin tous ceux qui étudient les Sciences naturelles auront à leur portée un memento commode et original.

La Galère de Myrto. Trente sonnets d'Amour, par Maurice Pottecher, illustrations de Gustave Fayet.

La Galère de Myrto, recueil de 30 sonnets, d'une pure forme classique, d'un sentiment passionné et tout moderne, dans un décor antique, où les motifs de la mer se mêlent à ceux de l'amour, est l'œuvre d'un écrivain qui, pour être plus connu comme auteur dramatique, créateur d'une forme de Théâtre nouvelle, n'en est pas moins et avant tout un poète. Les belles aquarelles, fidèlement reproduites, que chacun de ces sonnets a inspirées à un maître coloriste : M. Gustave Fayet, dont des expositions récentes ont révélé la féconde et délicate fantaisie, font de ce recueil un ouvrage aussi précieux pour les collectionneurs que pour les artistes et les amoureux. Tirage à 350 exemplaires numérotés sur vélin d'Arches, paraphés par l'auteur, à 150 francs. Adresser les souscriptions à la « Librairie de France » 110, Boulev S.-Germain, Paris-V°.

La Renaissance des Lettres en France, *de Louis XII à Henri IV*, par Jean Plattard. Un volume in-16, broché : 6 fr. (Collection Armand Colin, 103, Boulevard Saint-Michel, Paris.)

Tous ceux qui sont curieux de suivre l'evolution de l'esprit français liront avec un intérêt passionné ces pages si claires, si vivantes... et si actuelles, pourrait-on dire, car il est beaucoup parlé de cet *humanisme*, qui se rattache étroitement à l'histoire littéraire du XVI° siècle et qui est présentement, l'objet de discussions si ardentes.


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Sirop Roche
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL



minution bi-latérale de la transparence normale ainsi qu'un mauvais éclairage de la toux.

L'examen des crachats avait montré la présence des bacilles de Koch en moyenne abondance.

Cette malade avait été soignée chez elle, mais les lésions continuaient à évoluer, la température se maintenait entre 38 et 39° et la toux s'accentuait. Entre temps, les règles étaient disparues et la malade avait maigri de 3 kgs.

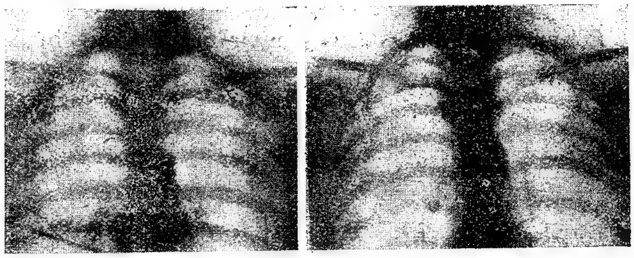
Après l'avoir mise en observation pendant une semaine on commence le traitement par le morrhuate d'éthyle et l'on fait d'abord une série de 12 injections intra-musculaires quotidiennes que l'on fait suivre d'injections intra-trachéa les pratiques tous les deux jours pendant un mois. L'action sur la température fut manifeste. La toux diminua également l'expectoration fut un peu moins abondante et présentait toujours des bacilles en moyenne abondance des types homogène et moniliforme.

On arrêta le traitement car les lésions semblaient stabilisées mais à ce moment survint une nouvelle poussée évolutive avec amaigrissement, fatigue intense, élévation progressive de la température.

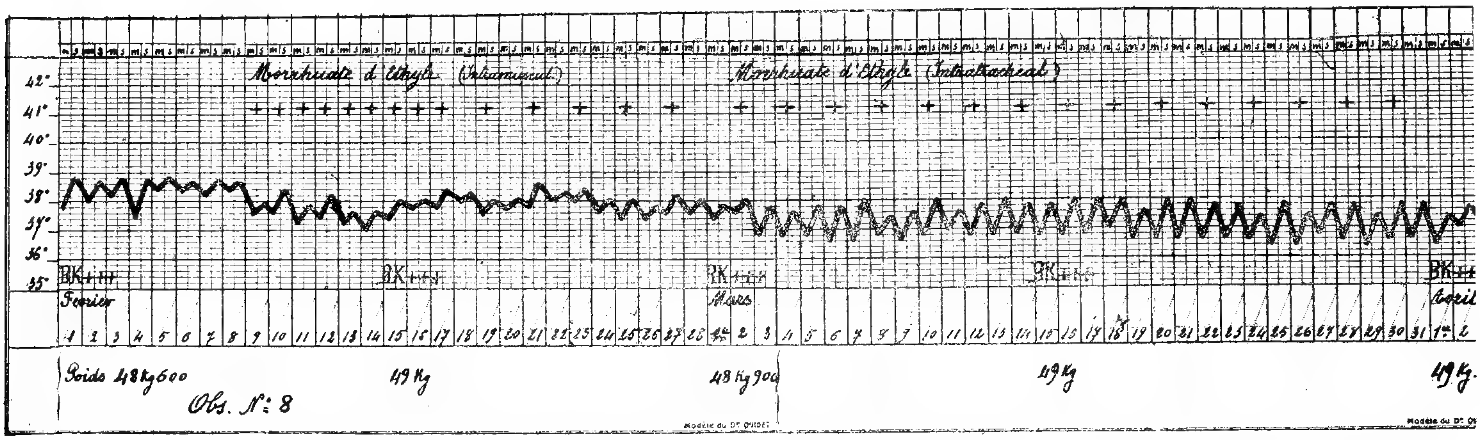
Une nouvelle série d'injections intra-musculaires fut alors pratiquée en pleine poussée évolutive. Celle-ci mit quelque temps à s'éteindre. On constata néanmoins une coïncidence exacte entre le début de la défervescence et le début du traitement. On fit suivre cette série d'injections intra-musculaires d'injections intra-trachéales et progressivement la température revint au type normal, la toux diminua, l'expectoration devint moins abondante et l'examen bactériologique ne montrait plus que quelques rares bacilles du type homogène court.

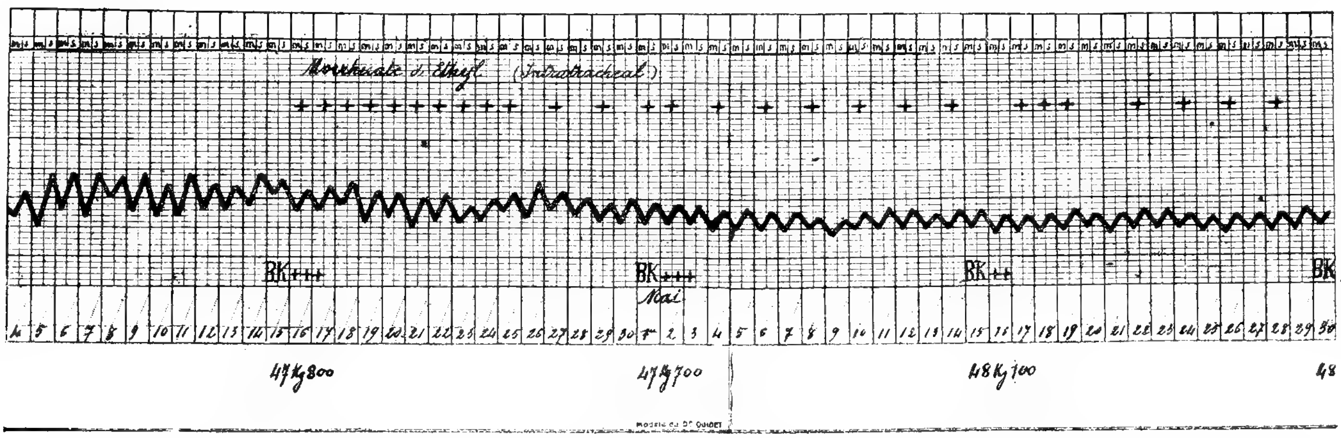
Les signes cliniques ont suivi une évolution parallèle. La poussée évolutive qui survint se manifesta par l'étendue du foyer pulmonaire, surtout du côté droit. Avec l'amélioration progressive, ces signes se modifièrent et à l'heure actuelle il ne reste plus que quelque rudesse respiratoire avec quelques râles très rares après la toux.

La radioscopie montra un voile des deux sommets et la soudure des culs-de-sacs pleuro-diaphragmatiques droits. Deux mois après la fin de ce traitement, ces résultats se sont confirmés. On cesse tout traitement pendant un mois. La malade reprend ses occupations habituelles. Elle revient un mois après, ayant maigri de 2 kgs, en proie à une toux marquée avec grosse expectoration, râles sous-crépitants au sommet gauche. On reprend le traitement comme précédemment. Les signes fonctionnels diminuent lentement mais s'améliorent après trois mois de traitement. Les signes cliniques se modifient, les râles sous-crépitants disparaissent. La radioscopie montre deux sommets très légèrement voilés et ne s'éclairant pas à la toux, cul-de-sac diaphragmatique soudé, amplitude des mouvements diaphragmatiques très diminuée.



OBSERVATION 8





Obs. N° 8 (suite)

OBSERVATION n° 9. — Mlle L. D., âgée de 30 ans, présentait à son entrée des symptômes de lésions pulmonaires qui se traduisaient cliniquement par des râles humides avec craquements dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche et également par un foyer de râles sous-crépitants dans la région axillaire droite.

L'examen radioscopique montrait l'aspect dit en nid d'abeille dans les 2/3 supérieurs du champ pulmonaire gauche et également des ombres diffuses dans le champ pulmonaire droit. Les culs-de-sacs pleuro-diaphragmatiques étaient entièrement soudés des deux côtés.

L'examen des crachats qui fut pratiqué à son entrée montrait la présence de très nombreux bacilles de Koch du type moniliforme et homogène long.

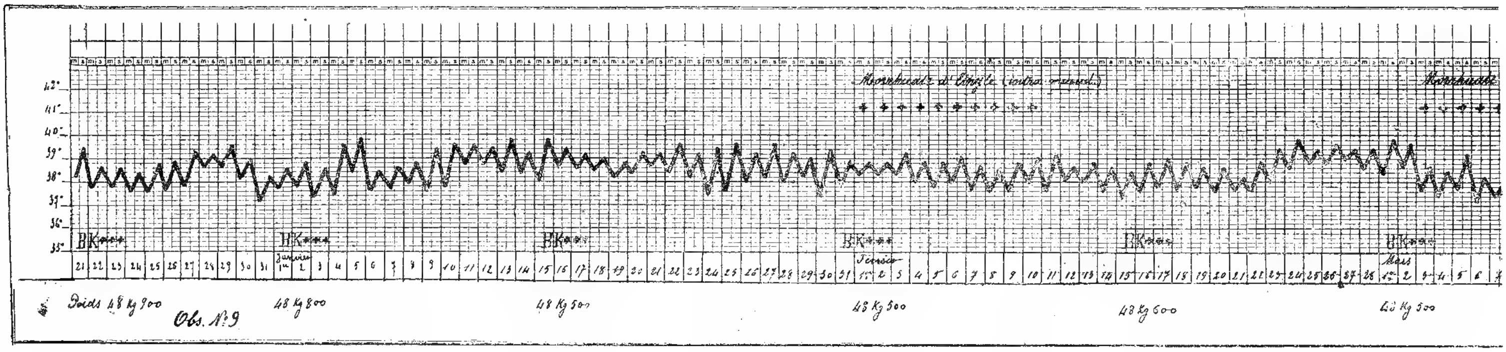
L'origine de l'affection datait de janvier 1924 et depuis cette période plusieurs poussées successives s'étaient manifestées avec amaigrissement, hémoptysie, poussée fébrile. La malade, qui avait déjà été soignée antérieurement, fut soumise à son entrée au traitement hygiéno-diététique pur pendant un mois et demi, pendant lequel la température se maintint élevée avec de crochets vespéraux au-dessus de 39° et sans amélioration notable de l'état général ni des signes cliniques et radioscopiques.

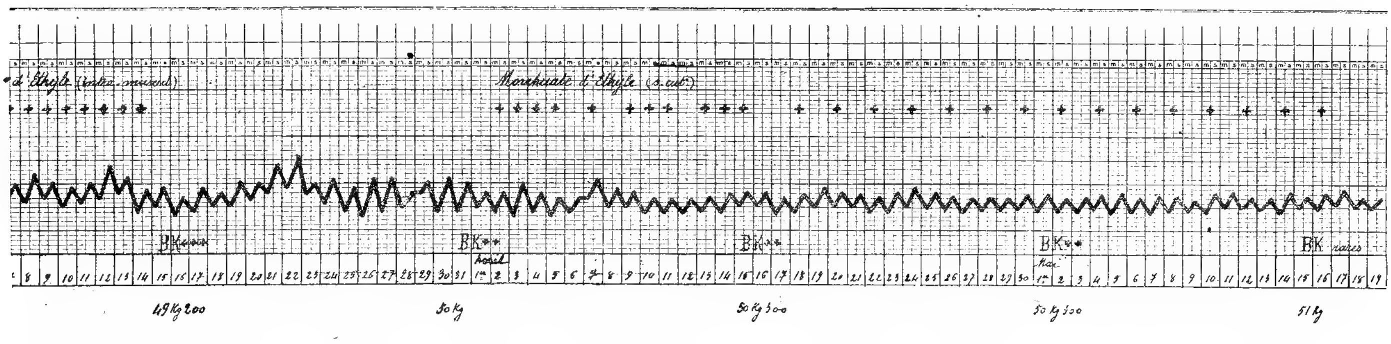
On lui fit du 1er au 10 février une première série de 10 injections intra-musculaires de morrhuate d'éthyle au cours de laquelle on observa une régularisation et une légère diminution de la fièvre avec amélioration des signes fonctionnels qui persista une dizaine de jours après la fin de cette série.

Puis une recrudescence de la température survint atteignant 37°8 le soir. On fit alors une nouvelle série de morrhuate d'éthyle. Les six dernières injections étant de deux ampoules. Cette fois encore la baisse de la température fut des plus manifeste et la malade, qui jusqu'alors avait maigri, reprit 790 gr. dans sa quinzaine.

Depuis lors on continua méthodiquement tous les deux jours des injections d'une ampoule de morrhuate d'éthyle pendant deux mois. La température a pris le type normal. Le poids est passé de 49 kgrs. 200 à 51 kgs. Les signes fonctionnels se sont notablement améliorés. Quant aux signes physiques, on a pu noter une diminution de l'étendue des râles dans le champ pulmonaire gauche, une disparition à peu près complète de tous signes pathologiques dans le champ du poumon droit. L'examen radioscopique montre une zone grisâtre à limite inférieure plus nette avec ganglions crétacés du côté droit. A noter cependant la continuation de la soudure des culs-de-sacs pleuro-diaphragmatiques.

L'examen méthodique des crachats, pratiqué tous les quinze jours, montra une diminution notable de l'expectoration d'abord, puis du nombre des bacilles. On ne trouvait plus à la fin que quelques rares bacilles homogènes. Huit mois après la fin de ce traitement au cours desquels fut pratiquée seulement une série de dix injections de morrhuate d'éthyle tous les deux mois la malade était entièrement apyrétique en bon état général et n'a pas présenté de poussées évolutives.





Obs. N° 9 (suite)

Nous ne pouvons reproduire ici que ces quelques observations prises parmi celles dont nous disposons (une centaine environ).

Dans un article fait en collaboration avec G. RICHARD, nous avons résumé nos premières constatations.

« L'action immédiate du médicament est relativement minime. On note néanmoins une action cardiotonique manifeste et une légère diminution de l'excitabilité du vague. Par contre, on n'observe pas immédiatement une action antithermique et jamais aucun phénomène douloureux. Ce n'est en général qu'après trois ou quatre injections qu'apparaît l'action thérapeutique du morrhuate d'éthyle qui se manifeste par plusieurs éléments :

1° L'action sur la courbe thermique dont les oscillations diminuent, deviennent moins amples et tendent à se rapprocher de la normale.

2° Action sur la toux et les phénomènes fonctionnels qui tendent à régresser.

3° Enfin, à la longue, on a pu observer des résultats plus concluants relatifs à l'action de ce médicament sur les lésions elles-mêmes (modifications des caractères des bacilles, disparition quelquefois dans les crachats), une amélioration des signes physiques et radioscopiques, une reprise très nette de l'état général avec augmentation de poids ».

Nous nous sommes surtout efforcés de préciser les indications de cette méthode en réunissant ensemble les cas où les résultats ont été favorables et ceux où l'action de la médication nous a paru nulle ou peu satisfaisante. La principale indication est à notre avis la tuberculose pulmonaire à évolution subaiguë ou chronique. En effet, nous avons eu l'occasion d'appliquer la méthode dans plusieurs cas de tuberculose aiguë, dans une forme granulique avec prédominance des symptômes méningés. L'influence sur ces cas a été nulle et l'évolution fatale de l'affection ne semble pas avoir été modifiée en rien. Dans certaines formes subaiguës, par contre, nous avons observé des résultats intéressants. Nous avons noté fré-

quemment une modification de la courbe thermique qui, par son ensemble, tendait à se rapprocher de la normale. Nous avons noté la persistance d'un état général relativement bon qui permettait au malade de lutter contre l'infection. Nous avons même observé dans un cas de tuberculose à forme pseudo-péritonéale chez une jeune fille de dix-huit ans, sans autre médication, une disparition rapide des épanchements, une disparition complète de la sueur, de la fièvre et depuis, la malade traitée régulièrement par le morrhuate d'éthyle, n'a présenté aucun accident précis de tuberculose évolutive L'image radioscopique du poumon était sensiblement normale avec cependant soudure des culs-de-sacs pleuro-diaphragmatiques et diminution de l'amplitude des oscillations respiratoires du diaphragme.

La principale indication, selon nous, est la tuberculose pulmonaire chronique évoluant par poussées successives. Dans ces cas, en effet, la longue durée de l'évolution permet l'application de la méthode dans les meilleures conditions et l'allure des poussées évolutives est souvent modifiée d'une façon très favorable par la médication. Les formes hémoptoïques pures, les formes fibreuses, semblent moins influencées dans leur évolution que les formes ulcéro-caséeuses ; elles ne constituent pas néanmoins une contre-indication. Il en est de même des formes justiciables du pneumo-thorax artificiel ; les deux méthodes pouvant être appliquées simultanément sans le moindre inconvénient. Enfin, la cure d'air, le traitement hygiéno-diététique sont évidemment de précieux adjuvants dans tous les cas.

La technique que nous avons adoptée après d'assez nombreux tâtonnements est la technique des injections intra-musculaires quotidiennes et groupées par séries de douze dans les formes subaiguës ou au cours des poussées évolutives avec, dans l'intervalle, des injections intra-musculaires tous les deux ou trois jours à titre de traitement continu les trois premières semaines de chaque mois.

Quant aux injections intra-trachéales, contrairement à ce qu'en pensent MM. Caussade et Tardieu, nous croyons qu'elles doivent être réservées à un certain nombre de cas très limités, en particulier aux tuberculoses pulmonaires avec participation laryngée et aux tuberculoses à forme scléreuse. Le procédé d'injections intra-trachéales de Mendel, permet d'ailleurs de les réaliser facilement et sa technique n'exige qu'un peu d'habitude.

Il nous paraît, que l'action des dérivés de l'acide morrhuique sur l'organisme est infiniment complexe, et que expliquer son action par le fait de mettre en contact le produit avec les lésions tuberculeuses tel que cela est réalisé au cours des injections intra-trachéales est tout à fait hypothétique. Il n'est pas certain en effet, que le produit puisse toujours arriver aux lésions par l'intermédiaire des bronches car elles peuvent être obstruées par des exsudats ou envahies par des processus de sclérose.

Il n'est pas possible également d'affirmer que les produits dérivés de l'acide morrhuique soient doués d'un pouvoir bactéricide vis-à-vis du bacille de Koch ; d'ailleurs, le fait qu'au cours du traitement on n'aperçoit pas de réactions focales nettes ni de signes de toxémie tuberculeuse aiguë, est plutôt à l'encontre de cette hypothèse. Le mécanisme semble infiniment plus complexe mais aucune expérience ne permet encore de le préciser. L'hypothèse la plus plausible semble que les dérivés de l'acide morrhuique renforcent les réactions de défense de l'organisme en favorisant les processus de sclérose, indépendamment du pouvoir antitoxique dont ils semblent très nettement doués.

BIBLIOGRAPHIE

Sir Léonard Rogers. — *Indian Med. Recherch.*, nov. 1919, p. 236; *Brit. Med. Journ*, 8 févr. 1920 ; *Brit. Med. Journ.*, n° 3287, 9 déc. 1924 ; *The Lancet* 28 juin 1924. — Cf. aussi : *La Revue documentaire* : Rouillard. Chaulmoogratés et morrhuate de soude. Leur emploi dans le traitement de la lèpre et de la tuberculose. (*Presse Médicale*) n° 94, 22 novembre 1924 p. 929.)

Holger Mollgaard. — Chemotherapy of tuberculosis (*Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck Kjobenhavn*, 1924). — Cf. aussi : G. Poix : Traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire (*Presse médicale*, n° 44, 3 juin 1925.)— P. Bezançon et P. Caublot. Le livre de Holger Mollgaard sur la chimiothérapie de la tuberculose et le traitement par la sanocrysine. (*La Médecine*, n° 8, mai 1925).

M. Rist. — Le traitement chimiothérapique de la tuberculose pulmonaire. (*Soc. Médicale des Hôp. de Paris*, 19 juin 1925.)

Jonh Hume. — Le traitement de la tuberculose par le morrhuate de soude. (*The Lancet* n° 5635, 26 juillet 1924.)

Gunguli. — *Ind. Med. gaz.*, 1920, tom. II, page 131.

May Biesenthal. — The use of sodium morrhuate in Pulmonary tuberculosis. (*Amer. Revue Tuberc.*, décembre 1920-24, t, IV, p. 781.)

Fine. — The treatement of pulmonary tuberculosis with sodium morrhuate. (*Amer. Rev. Tuberculosis*, déc. 1922, t. VI, p. 934.)

Tewksburry. — Sodium morrhuate in the treatement of pulmonary Tuberculosis. (*Amér. Rev. Tuberc.*, déc. 1922, T. VI, p. 929.)

A. Grigaut et Tardieu. — Le morrhuate d'éthyle dans le traitement de la tuberculose. (*Bull. de la Soc. de Thér.*, séance du 10 déc. 1924.)

G. Caussade, Tardieu et Grigaut. — Etude d'anatomie expérimentale comparée des morrhuates d'éthyle et de soude. (*Bull. et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, séance du 9 janv. 1925.)

Paul Renault et Jean Richard. — Les nouvelles médications antituberculeuses. (*Journal de Médec.*, 5 sept. 1925.)

G. Caussade, Tardieu et A. Grigaut. — Etude comparative des techniques de Rogers modifiée et de Holger Moolgaard. Chimiothérapie de la tuberculose. — *Progrès Médical*, n° 42 du 17 octobre 1925.

Raphaël LÉPINE

(1840-1919)

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1925.

Par M. Ch. Achard,

Secrétaire général de l'Académie de Médecine.

La tradition plus que centenaire qui célèbre par un éloge prononcé dans la séance annuelle un de nos aînés disparus a réservé presque toujours cet hommage aux membres titulaires et aux membres libres de notre Compagnie, c'est-à-dire à ceux que le vieux règlement de nos jeunes années appelait « résidants ». En 1864, il est vrai, Jules Béclard fit l'éloge de J. Delpech, de Montpellier, que l'ordonnance royale, à la fondation de l'Académie, avait nommé « associé non résidant ». Puis, en 1889, Jules Rochard prononça l'éloge d'un autre Montpelliérain, Fonssagrives, correspondant national. Mais si rares ont été ces exceptions qu'elles risqueraient de confirmer en règle définitive l'usage adopté jusqu'ici.

Qui songerait pourtant à exclure de l'éloge annuel nos associés et correspondants ? Insister serait presque leur faire injure en laissant le soupçon qu'on puisse hésiter sur leurs mérites et

sur leur droit à la louange. Mais peut-être n'est-il pas inutile d'indiquer pour quelles raisons ils ont si rarement participé à cette commémoration solennelle.

Ces raisons, je me hâte de le dire, sont de celles que la raison ne connaît pas.

Les Académies n'apprécient pas seulement le travail. Ce sont de vieilles personnes vénérables et sensibles à ce qui fait la douceur de vivre. Pour tous leurs membres, le temps est déjà loin où, petits grimauds d'école, ils ne devaient qu'à leur labeur et à leur sagesse les notes et les points qui les classaient en une hiérarchie hebdomadaire. Nous ne saurions sans ridicule instituer ici une manière de tableau d'honneur, et la parfaite égalité qui règne sur nous tous ne peut autrement nous ranger que suivant l'âge académique. Si toutes les Académies ne peuvent se dire des salons, toutes sont néanmoins des lieux de réunion où se nouent des relations courtoises, où s'entretiennent des amitiés solides, où s'échangent des paroles cordiales, qui ajoutent à l'intérêt de nos séances leur charme et versent un rayon de douceur sur la gravité de nos procès-verbaux.

N'est-il pas naturel que nous choisissions avec quelque dilection ceux que nous avons longuement connus et que nous rencontrions à presque toutes nos séances, pour faire revivre quelques instants leurs traits glacés par la mort, pour rappeler du fond de nos souvenirs le son de leur voix, leurs attitudes, leurs gestes familiers, et chercher des yeux le fauteuil où ils venaient siéger ?

Au demeurant, en consacrant cette année l'éloge à Raphaël Lépine, c'est à peine si je crois déroger à l'usage, car, tout Lyonnais qu'il fût, il avait tant d'attaches à Paris qu'il ne resta jamais loin ni de nos yeux, ni de notre cœur.

Né à Lyon le 6 juillet 1840, Jacques-Raphaël Lépine y commença ses études médicales et fut interne de Chavanne, d'Ollier et de Perroud, maîtres qui tous à divers titres ont laissé un nom dans la science.

Venu à Paris pour achever ses études, comme faisaient à cette époque la plupart des élèves distingués de nos écoles provinciales, il est reçu au concours de l'internat en 1865, le second d'une promotion dont le premier est Dieulafoy. Plusieurs autres illustrations de notre Académie figurent sur cette liste : les chirurgiens Just-Lucas-Championnière et Jacques Reverdin et, parmi les internes provisoires, Georges Clemenceau.

Interne de Jules Simon le pédiatre, de Lorain dont les études sur le pouls et la température dans les maladies sont restées classiques, et du fondateur de la neuropathologie, Charcot, il reçoit de ce dernier les directions définitives de toute sa vie médicale. Dès cette époque, il s'adonne avec ardeur aux recherches scientifiques. Il fait en Allemagne, de 1867 à 1870, plusieurs séjours dans le laboratoire de l'illustre Virchow à Berlin, et dans celui du physiologiste Ludwig à Leipzig. En 1869, il est préparateur de Brown-Séquard qui occupe, au titre de chargé de cours, la chaire nouvelle de pathologie expérimentale et comparée de notre Faculté.

Il se révèle aussitôt physiologiste par la découverte des nerfs vaso-dilatateurs de la langue dans l'hypoglosse et le glosso-pharyngien de la grenouille. C'était le second exemple de ces nerfs vaso-dilatateurs que Claude Bernard, dans ses célèbres expériences sur la glande sous-maxillaire, avait reconnus dans la corde du tympan.

A la veille de la guerre de 1870, Lépine soutient sa thèse de doctorat sur l'hémiplégie pneumonique. Contrairement à la théorie régnante des paralysies réflexes, il établit le rôle prépondérant des lésions d'athérome et de thrombose artérielle.

Pendant l'année terrible, il fait la campagne de 1870-71 dans les ambulances de l'armée de l'Est. Il dirige celles de Belfort, puis est nommé médecin en chef du camp de Sathonay.

De retour à Paris, il est chef de clinique de Germain Sée en 1872 et aborde les concours que l'on peut appeler supérieurs, sans abandonner toutefois les recherches scientifiques. Il y avait alors quelque mérite, pour quiconque consacrait une partie de son temps au laboratoire, à oser affronter le concours des hôpitaux et ses épreuves cliniques. Il y fallait une vocation solide et le feu sacré du travail. L'audacieux candidat de cette variété rare passait pour n'être pas clinicien, et cette réputation fâcheuse marquait l'infortuné d'une tare presque rédhibitoire aux yeux de certains juges. Les choses ont bien changé depuis, le laboratoire a pris sa juste revanche et même il n'est guère de candidat aux hôpitaux qui ne se réclame aujourd'hui de quelque travail de laboratoire et ne fasse valoir qu'il a fait quelques analyses biologiques, examiné quelques coupes au microscope, cultivé quelque microbe et qu'il n'est pas seulement le « clinicien pur » qui répondait à l'idéal de la plupart de nos maîtres il y a un demi-siècle.

Lépine fut nommé médecin des hôpitaux de Paris au concours de 1874. Il s'était déjà présenté deux ans avant à l'agrégation et avait écrit une thèse sur la pneumonie caséeuse. A son second concours, en 1875, il fut nommé agrégé avec Dieulafoy, Grancher, Legroux et Liouville. La question qu'il avait eu à traiter cette fois dans sa thèse, celle de la localisation dans les maladies cérébrales, lui était familière. Aussi le travail qu'il rédigea n'était-il pas, comme la plupart des thèses de concours, une simple compilation plus ou moins bien ordonnée et hâtivement composée, mais une œuvre vraiment personnelle, où il ajoutait à un petit nombre de faits publiés par Hughlings Jackson, Charcot, Vulpian, Duret, Maurice Raynaud, plusieurs observations nouvelles. La question des localisations nerveuses était encore très discutée après les mémoires de Fritsch et de Hitzig. Lépine prit nettement parti pour les localisations cérébrales et son travail est demeuré classique.

L'avenir à Paris s'annonçait plein de promesses pour le jeune agrégé, lorsqu'un événement nouveau vint changer brusquement le cours de sa carrière. En 1877, la Faculté de médecine de Lyon est créée. Une chaire de clinique médicale y est offerte à Lépine par le ministre Jules Simon. C'est une occasion de revenir dans sa ville natale et d'y occuper de surcroît, à trente-sept ans, une chaire magistrale. Malgré la répugnance que sa jeune femme manifestait pour ce changement de résidence, l'offre avait de quoi le tenter, et puis ne lui était-il pas loisible de revenir quelque jour dans la capitale où ses droits de médecin des hôpitaux lui étaient conservés ? Conseillé par Charcot, Lépine accepta la chaire qu'on lui proposait : il devait l'occuper pendant trente-trois ans, avec un éclat qui ne pâlit jamais durant ce tiers de siècle.

Bientôt un malheur soudain le frappa : il perdit la compagne de sa vie, née d'une vieille famille d'Alsace, apparentée au fondateur de la prospérité de Mulhouse, Jean Dollfus. Désormais, l'amour de ses parents, sa tendresse pour son fils et le culte d'une chère mémoire se partagèrent son foyer vide. Mais il ne put se consoler. C'est que, passé la jeunesse, un grand chagrin emplit la vie. Il reste unique, il efface tous ceux qui le précédaient, et ceux qui le suivent ne font que le renforcer, comme des harmoniques, mais c'est toujours le même son fondamental qui résonne douloureusement.

Ce veuvage précoce l'écarta de la vie mondaine et lui fit vouer toute son activité au travail. Levé à 5 heures, il se rendait à 6 heures à son laboratoire, où il revenait encore l'après-midi. A 8 heures, son paquet d'observations sous le bras, il passait du laboratoire dans la salle de malades et y faisait la visite. Il y cherchait des sujets d'étude, comme au laboratoire il cherchait des moyens de parfaire ses diagnostics et d'améliorer sa thérapeutique. Ainsi avait-il fait de sa vie de médecin deux parts : l'une consacrée à l'examen des malades et à l'instruction des élèves, et l'autre à la recherche scientifique : exemple imité depuis par l'élite des cliniciens, mais qu'à cette époque il y avait quelque nouveauté à proposer.

Il aimait à dire que si Laënnec et ses successeurs immédiats n'avaient pensé qu'anatomiquement, le clinicien devait désormais penser physiologiquement. Disciple de Claude Bernard, il avait vu les merveilleux progrès de la physiologie. Il avait compris que la lésion n'est pas la maladie, que c'est le trouble des fonctions qui fait les symptômes, que certaines lésions en apparence importantes ne tiennent pas en réalité le premier rôle sur la scène pathologique et que ce premier rôle peut appartenir à quelque lésion plus obscure ou même invisible à nos moyens actuels de recherche, « lésion vraie, disait-il, bien différente de la lésion grossière que l'on constate sur la table d'autopsie et qui n'est, le plus souvent, que le mur derrière lequel il n'est passé quelque chose ».

C'est qu'il avait vu et connu personnellement un grand nombre des savants qui avaient contribué à guider la médecine dans la voie du progrès : Cruveilhier, Chevreul, Cl. Bernard



Brown-Séquard, Vulpian, Charcot, Virchow, Cohnheim, Pasteur. Il avait vu naître et prendre un merveilleux essor la microbiologie ; il avait assisté au magnifique développement de la médecine expérimentale, de l'histologie, de la chimie biologique, de la neurologie. Il avait pris lui-même une part aux progrès de ces sciences nouvelles ou renouvelées.

Aussi était-il de ceux qui estiment que la médecine doit ouvrir ses fenêtres toutes grandes à la lumière de toutes les sciences. Rien de ce qui étudie la vie et les phénomènes qui s'accomplissent dans l'être vivant, sain ou malade, ne pouvait selon lui rester étranger au clinicien éclairé. En un mot, il était, avant tout, biologiste.

Ayant cette haute conception de la tâche dévolue au clinicien, il avait obtenu l'adjonction à son service hospitalier de ce qu'il appelait un laboratoire synthétique, c'est-à-dire d'un ensemble de laboratoires affectés respectivement à la physique médicale, à la chimie, à l'anatomie pathologique, à la bactériologie.

Bien qu'il eût l'esprit porté vers les synthèses et les idées générales, il sentait trop le besoin de la précision dans les détails pour négliger l'importance des spécialités techniques. Tant dans la pratique du laboratoire que dans celle de la clinique, il faisait appel aux spécialistes, et il dirigea lui-même plusieurs de ses élèves vers les applications spéciales de la pathologie : Garel vers la laryngologie, Lannois vers l'otologie, et aussitôt après la découverte de Röntgen, il fit installer, pour le confier à Destot, un laboratoire de radiologie destiné non seulement à la pratique hospitalière, mais aussi à l'enseignement.

Profondément érudit, lisant couramment l'allemand et l'anglais, Lépine, se tenait au courant des publications étrangères et doublait ainsi d'une bibliographie étendue les fructueuses trouvailles de son originalité inventive.

Aussi ses leçons étaient-elles fortement documentées, et la clinique s'y appuyait toujours sur une pathogénie soigneusement étudiée.

Au contact de Charcot, son maître, et de Bouchard, son aîné, il avait gardé quelque chose de la fréquentation de ces deux hommes qui, de façon très différente, ont marqué de leur puissante empreinte toute une génération médicale.

Charcot avait poussé très loin l'analyse clinique, la fondant sur le rapport des lésions et des symptômes, non pas seulement à la manière des organiciens, mais en joignant à la notion de l'organe malade celle de la fonction troublée, c'est-à-dire en y mêlant les données physiologiques ; car en appliquant aux localisations nerveuses la méthode qu'il nommait anatomo-clinique, il faisait appel à la physiologie non moins qu'à l'anatomie.

Bouchard avait fait renaître l'humorisme. Il cherchait dans la chimie le secret des maladies. Les déchets de la nutrition cellulaire et les poisons microbiens occupaient dans ses théories pathogéniques la plus large place.

Lépine se tint, si l'on peut dire, entre les deux, associant à la chimie, négligée par Charcot, l'anatomie pathologique un peu trop reléguée dans l'ombre par Bouchard et réservant à la microbiologie le haut rang qu'elle venait de conquérir.

L'œuvre médicale de Lépine est considérable et je ne saurais entreprendre d'analyser ni même d'énumérer toutes ses publications, tant elles sont nombreuses et tant sont variés les sujets qu'il a traités.

C'est à lui qu'on doit la découverte des centres vaso-moteurs du cerveau, celle des centres régulateurs de la tension artérielle et du rythme cardiaque, celle des centres de la sécrétion salivaire, du centre cérébral des mouvements du pouce, du centre masticateur, la description des troubles vaso-moteurs des membres dans la pneumonie (1867), celle de l'hémiplégie pleurétique (1875), l'étude des canaux périvasculaires de l'encéphale (1867) et de leurs altérations dans les méningites (1869). Son travail sur la paralysie glosso-labiée d'origine cérébrale, appelée paralysie pseudo-bulbaire et due à des lésions des fibres reliant l'écorce cérébrale au bulbe, vint doter la neuropathologie d'un chapitre nouveau.

Nombre de substances toxiques et médicamenteuses ont fait de sa part l'objet de recherches biologiques en vue de leur application à la thérapeutique. Telles sont, par exemple, la caféine dont il a fait ressortir l'utilité à doses élevées, la digitaline et la strophantine, l'atropine, le sulfonal, le salol dont il a dénoncé les dangers à dose massive dans les maladies infectieuses où l'on avait tenté de l'administrer comme antiseptique interne, le salicinaphtol, le benzoate de soude, la terpine qu'il fut le premier à employer. Il fit connaître les propriétés colorantes de certains antipyrétiques, surtout de l'antipyrine et de l'acétanilide, utilisées jusque-là seulement contre la fièvre.

Précédant Grancher et Thaon, alors que la théorie de la dualité de la phtisie régnait en Allemagne et faisait quelques adeptes en France, il apportait à celle de l'unité de la tuberculose des preuves anatomo-pathologiques en étudiant l'histologie de la pneumonie caséeuse.

Avant que l'on connût le pneumocoque, il professait que la pneumonie n'est que la localisation pulmonaire d'une maladie générale et il tentait de la combattre en faisant de curieuses expériences sur les effets de l'iodure de potassium.

L'un des premiers il montra l'intérêt clinique de l'analyse chimique du suc gastrique. Dans une série de notes et de mémoires, il étudia les troubles de la sécrétion rénale, l'excrétion de l'urée, du phosphore, du soufre, des carbonates, celle des alcaloïdes toxiques. L'un des premiers encore, il fit des recherches sur la toxicité des urines.

Ses travaux sur la sécrétion rénale et l'étude qu'il fit de la pathogénie de l'albuminurie lui donnaient une compétence particulière pour annoter une traduction, faite par Edelmann en 1884, du *Traité des maladies des reins* de Bartels. Il arriva même que ses annotations, remplies de vues originales, furent à leur tour traduites en allemand et commentées par Senator. Déjà l'article que Lépine avait écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique*, sur la pneumonie, avait connu l'honneur d'une traduction allemande et d'une édition séparée à Vienne.

Dans le domaine de l'hématologie, plusieurs de ses mémoires traitent des anémies, de l'alcalinité du sang et de la question, nouvelle alors et qui s'est tant developpée depuis, de la résistance des hématies et de l'hémolyse.

Convaincu que les réactions de l'organisme sont le fait essentiel de l'état morbide, il consacra plusieurs travaux à la fièvre, à sa production expérimentale, à son rôle parfois utile pour la défense de l'organisme. Il étudia la suractivité des organes sous l'influence du chauffage artériel, la thermogenèse d'origine pancréatique, les effets des rayons X sur les actes nutritifs.

C'est sur les troubles de la nutrition que s'est porté, d'ailleurs, son principal effort scientifique, et c'est au diabète qu'il a consacré la partie la plus importante de son œuvre.

Les causes et la nature du diabète ont déjà depuis longtemps fait couler beaucoup d'encre et suscité beaucoup d'expériences. Mais la source de ces discussions n'est pas très d'être tarie et chaque jour voit paraitre sur le sujet de nouvelles recherches. Dans ce flot débordant, la part de Lépine n'est pas près d'être engloutie : elle mérite mieux qu'une simple mention.

Les anciens, dans ce qu'ils appelaient diabète, avaient observé surtout l'abondance excessive des urines. Vers le milieu du XVI[e] siècle. Trincavella, de Venise, pensait, comme ses prédécesseurs, que les boissons passaient telles quelles dans les urines des diabétiques, parce que les reins de ces malades étaient impuissants à les retenir ; mais il ajoutait comme preuve qu'il avait trouvé aux urines d'un malade le même goût qu'à ses tisanes. Puis, après cette remarque — qui ne manque pas, si j'ose dire, d'une certaine saveur — il faut attendre près d'un siècle pour que de nouveau reparaisse, dans une observation de Thomas Willis, la notion d'une matière sucrée contenue dans l'urine diabétique et reconnaissable à son goût mielleux, seul réactif dont la clinique disposât alors. Ainsi se trouvait désormais distingués le diabète dit sucré ou mielleux (*diabètes mellitus*) et le diabète dit insipide ou polyurie simple. Un siècle encore s'écoule et Dobson, toujours par le même moyen, découvre que le sang des diabétiques renferme aussi cette substance sucrée : important progrès, car il fait dépendre le diabète non plus d'une maladie des reins et d'un désordre local, mais d'une altération des humeurs et d'une maladie générale.

Nous sommes en 1775 : la chimie scientifique sort de ses limbes. En 1806, Dupuytren et Thénard démontrent, par la fermentation de l'urine et la distillation de l'alcool qui en résulte, que cette urine diabétique renferme du sucre, mais un sucre peu sapide, que Chevreul, en 1815, reconnait identique au sucre de raisin ou glycose.

D'où vient ce sucre ? Tiedmann et Gmelin, en 1821, découvrent la transformation digestive de l'amidon en glycose, et Bouchardat, soumettant les diabétiques à la restriction des féculents alimentaires, obtient souvent des succès thérapeutiques. Un grand pas est franchi ; mais bientôt la question réalise avec Cl. Bernard de nouveaux et importants progrès.

Remarquons qu'à cette époque la recherche du sucre réducteur, facile dans l'urine, l'était beaucoup moins dans le sang. Elle se faisait avec la liqueur de Barreswill ; il ne fallait pas moins de 20 cent. cubes de sang ; l'outillage pour la récolte de ce sang laissait à désirer ; le dosage ne donnait pas une entière sécurité. Il n'est de nos jours aucun expérimentateur qui se contenterait de cette technique et l'on obtient aujourd'hui des résultats bien plus exacts avec quelques gouttes de sang seulement. N'en admirons que davantage les travaux de Cl. Bernard qui ont apporté dans la question du sucre sanguin et du diabète des données fondamentales. N'est-ce pas une fois de plus la preuve que, dans les sciences, s'il faut une bonne technique pour obtenir des résultats précis, la méthode a plus d'importance que la technique. Un bon outil aide à faire le chef-d'œuvre, mais que vaut l'outil sans le maître ouvrier ?

Dans une série de recherches qui s'échelonnent de 1848 à 1855, mais qu'il ne devait jamais abandonner tout à fait jusqu'à la fin de sa vie, c'est-à-dire pendant une vingtaine d'années encore, Cl. Bernard montre que l'organisme animal produit du sucre non seulement, comme on le soutenait généralement, avec des aliments végétaux, mais aussi avec de la chair musculaire ; que ce sucre se forme dans le foie et qu'il se trouve toujours à peu près au même taux dans le sang, parce que sa mise en réserve à l'état de glycogène dans le foie et sa production par le foie aux dépens de ce glycogène se règlent sur les besoins de l'organisme. Dans le diabète, suivant l'illustre physiologiste, cet équilibre se rompt et le sang renferme trop de sucre parce qu'il s'en forme avec excès dans le foie.

Grâce au renom de son auteur, cette théorie fut assez généralement adoptée. Pourtant, à l'encontre de cette opinion, Bouchard, dès 1873, reprenant une ancienne idée de Mialhe, soutient que le diabète résulte non pas d'une surproduction de sucre hépatique, mais d'une insuffisante consommation par les tissus. Lépine adopte cette opinion et dès lors ne cesse, jusqu'au terme de sa carrière, d'en poursuivre, par des expériences et des observations cliniques, la vérification.

En juin 1889, une découverte sensationnelle fait époque dans l'histoire du diabète : von Mering et Minkowski provoquent le diabète chez le chien par l'extirpation totale du pancréas ; mais ils ne donnent de ce fait considérable aucune interprétation. Lépine entrevoit aussitôt que le pancréas produit quelque chose d'utile à la combustion du sucre et qu'il agit à la façon des glandes vasculaires sanguines, que nous appelons plus couramment aujourd'hui endocrines. Idée féconde et singulièrement juste, défendue depuis par maints biologistes, illustrée par nos éminents compatriotes MM. Laguesse et Hédon, lauréats de ce jour, mais qui devait attendre plus de trente ans encore la découverte de l'insuline pour s'imposer à tout le public médical. Ne soyons pas trop surpris d'un tel délai : le praticien, sceptique en matière de théories, attend volontiers pour leur accorder sa consécration qu'elles aient reçu le baptême thérapeutique. Oserai-je ajouter seulement qu'il n'est peut-être pas toujours bien exigeant sur la qualité du baptême et qu'il se contente parfois trop aisément de promesses et d'affirmations verbales, qui rappellent plus la manière intéressée de Gorenflot que la pureté rituelle d'une eau lustrale ?

Cherchant à prouver que le diabétique pèche surtout par insuffisante utilisation du sucre, Lépine étudie avec Barral la destruction du sucre dans le sang et l'attribue à un ferment glycolytique contenu dans les globules et dont le défaut rendrait compte du diabète. Mais cette recherche de la glycolyse sanguine est délicate et sujette à erreur ; c'est un phénomène cadavérique, accompli hors de l'organisme. Se passe-t-il de même pendant la vie ? S'il n'est guère douteux que l'organisme emploie des ferments pour utiliser le sucre, de même que la plupart des autres corps qu'il décompose, on admet que cet acte nutritif n'a pas lieu dans le sang, mais dans les tissus. Néanmoins, si la démonstration d'un ferment glycolytique est difficile à donner, la réalité de l'insuffisance glycolytique dans le diabète s'est trouvée confirmée par nombre de travaux ultérieurs encore que le mécanisme de la glycolyse, c'est-à-dire de la décomposition du glycose dans l'organisme, ne soit pas aussi simple qu'on l'imaginait d'abord.

Enfin, comme cette imperfection de la glycolyse ne se rencontre pas seulement chez les diabétiques, mais qu'on peut la déceler encore à de plus légers degrés et de façon souvent transitoire dans beaucoup d'états pathologiques, Lépine s'est rangé à l'opinion qui fait du diabète non pas à proprement parler une maladie, mais un syndrome, « type provisoire, dit-il, que l'on démembrera dès qu'on saura bien distinguer les éléments morbides qui le constituent ».

Au cours de ses recherches, Lépine s'aperçoit que tout le sucre du sang n'est pas libre et qu'il en existe, en outre, une réserve à l'état de combinaison : c'est ce qu'il appelle le sucre virtuel, dont avec Boulud, il cherche le moyen d'obtenir, par des réactions chimiques, la mise en liberté. Aujourd'hui l'on reconnaît qu'il y a dans le sang, du sucre en combinaison protéidique : ce sucre protéidique n'est sans doute pas le même que celui que Lépine appelait sucre virtuel, mais il n'en reste pas moins que Lépine avait vu juste en affirmant que tout le sucre sanguin n'est pas libre.

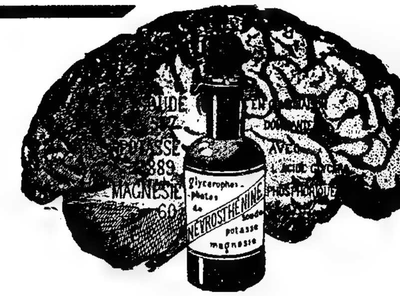
Ses études cliniques, chimiques et expérimentales sur la question du diabète avaient fait l'objet d'un nombre considérable de publications éparses en divers recueils scientifiques. Aussi Lépine, avançant dans sa carrière, comprit-il la nécessité de les réunir en un livre qui parut en 1909, sous le titre de *Diabète sucré* : ouvrage magistral où se trouvent non seulement l'ensemble de ses travaux, mais ceux de quantité d'autres auteurs, avec une critique très serrée de tous les faits connus.

Après cette œuvre maîtresse, fruit de vingt années de recherches originales et de méditations, il eût pu s'arrêter avec honneur dans cette voie laborieuse. Mais il ignorait le repos et, continuant ses travaux sur ce sujet qui le passionnait, il fut amené à faire de nouvelles publications qu'il rassemblait en un second livre quand la mort le surprit. Publié par les soins de son fils, ce livre sur le *Sucre du sang* ajoute au précédent un complément des plus utiles.

Ce n'est pas seulement le problème de la pathogénie du diabète qui fit l'objet de ses investigations. On peut dire qu'il n'est pas dans l'histoire de cette maladie complexe un seul chapitre auquel il n'ait apporté quelque contribution intéressante. Il étudia le mécanisme de toutes les glycosuries, les lésions, les symptômes de la maladie, ses complications diverses et notamment l'acétonémie et le coma, préconisant les injections intraveineuses de bicarbonate de soude qui sont restées, jusqu'uax applications récentes de l'insuline, le moyen le plus efficace de combattre ces accidents redoutables.

Dans cette longue suite de patientes recherches sur un sujet des plus difficiles, que de nombreux auteurs ont envisagé de façons très différentes, où se posent à chaque instant des problèmes non résolus de physiologie, de chimie, d'anatomie pathologique et de clinique, beaucoup n'ont pas vu d'emblée tout l'intérêt des conceptions de Lépine. Leur attention s'est fixée plutôt sur certains détails, sur quelques points controversés ; ils n'ont pas toujours dégagé les parties fondamentales de l'œuvre et parfois ont accordé plus de crédit à des travaux moins solides, mais qui s'écartaient moins des idées généralement reçues. Il semble bien qu'une suffisante justice n'ait pas été rendue à Lépine. Or, si l'on considère l'ensemble de son œuvre et les points essentiels de sa conception du diabète, comment ne pas être frappé de la justesse de ses idées et de l'admirable intuition qui lui fit prévoir ce que d'autres ont ensuite précisé ? Avoir discerné que tout le sucre du sang n'est pas libre, qu'il en existe hors du foie une réserve importante, que le diabétique utilise mal ce sucre, que le pancréas fournit une sécrétion interne indispensable à la bonne utilisation du sucre et qui est en défaut dans le diabète : n'est-ce pas avoir fait acte de novateur, n'est-ce pas avoir montré aux chercheurs la bonne route, n'est-ce pas avoir semé le bon grain et mérité une place éminente parmi les illustrations médicales de notre époque ?

Un instant Lépine avait songé à revenir à Paris. En 1891, à la mort de Régnauld, la chaire de pharmacologie de notre Faculté étant devenue vacante, il fut question de l'y appeler. En même temps qu'un enseignement approprié à sa haute valeur et à ses





titres scientifiques, il eût retrouvé dans la capitale, avec une situation médicale digne de sa légitime renommée, le service hospitalier auquel il avait conservé ses droits. Un interne avait même été choisi par ses amis et agréé par lui. Mais la règle inflexible du roulement ne lui eût laissé que le dernier service de la liste. Il ne put se résoudre à quitter celui de l'Hôtel-Dieu de Lyon, aménagé selon ses désirs comme un modèle. Et puis, devait-il laisser ses vieux parents en qui se concentrait une grande part de ses affections ? Il refusa l'offre et, une seconde fois, il fut perdu pour notre Faculté.

Il faut le regretter pour Paris ; peut-être aussi le doit-on regretter pour le principe, car il est bon qu'entre les Facultés des diverses régions s'établisse un courant d'idées et un échange d'opinions. Les Facultés et les Ecoles doivent cultiver leur originalité propre. Elles doivent se distinguer entre elles, *facies non omnibus una*, sans perdre toutefois cet air de famille, *qualem decet esse sororum*. Mais ces différences désirables doivent avoir pour corollaire la diffusion de ce qui fait leur mérite propre, car, si les mêmes fruits ne peuvent mûrir sous tous les cieux, il est bon que partout on en puisse goûter la saveur. Les Lyonnais précisément, qui passent pour être quelque peu jaloux de ne pas ressembler en tout au « Français moyen », ont avec beaucoup de raison envoyé quelques-uns de leurs professeurs, tels des missionnaires, enseigner en d'autres villes pour y répandre le renom de leur foyer intellectuel. Les séjours successifs du professeur Bard à Genève et Strasbourg ont été un excellent exemple, qui semble trouver aujourd'hui des imitateurs moins rares que naguère.

Lépine, qui eût honoré toute autre Faculté, était fort connu à l'étranger par ses travaux personnels. Il s'efforça d'ailleurs, de propager au dehors la science française en prenant part à de nombreux congrès et en dirigeant d'importantes publications médicales. Il présida, en 1905, à Liége, le Congrès des médecins de langue française.

Avec Charcot et Vulpian, il avait fondé la *Revue de Médecine* ; puis avec Grancher, Strauss et Joffroy, sous la direction de Charcot, il fonda en 1889, les *Archives de médecine expérimentale*, qui, pendant les trente et un ans de leur existence, furent l'objet de sa constante sollicitude. C'est comme secrétaire de la rédaction de ce recueil que j'eus avec lui des relations particulièrement agréables et que je pus apprécier le prix de sa collaboration active et de sa direction avisée.

Notre Compagnie l'avait élu correspondant en 1887, puis associé national en 1896. Il était aussi correspondant de l'Institut. Mais, mieux que ces honneurs mérités, l'hommage qui lui fut fait d'un livre jubilaire, en 1911, après sa retraite professorale, témoigne de la haute estime et de la profonde admiration que professaient pour lui ses élèves, ses collaborateurs et ses collègues.

Une belle plaquette de Roty, en 1900, a fixé sa physionomie. Sa tête qu'il tenait droite, aux traits fins, au front découvert, surmontée de cheveux un peu longs et rejetés en arrière, portait la marque de l'intelligence et de la droiture. Dans son regard vif et ses yeux profonds se lisait la pénétration de son esprit. Sa barbe courte et de bonne heure blanche, l'expression grave de sa figure, reflétaient l'austérité de sa vie et faisaient songer à quelqu'un de ces bénédictins d'autrefois qui inlassablement poursuivaient jour après jour la tâche depuis longtemps commencée, jamais finie, que plusieurs existences humaines ne suffisaient à remplir.

Lépine appartenait à une famille où les traditions d'honneur, de vertu, de mérite, sont avec soin cultivées. Honneur, vertu, mérite, voilà des mots qui sonnent aujourd'hui avec un timbre un peu désuet à certaines oreilles. J'avoue n'en point connaître et n'en point chercher d'autres qui puissent mieux exprimer les biens précieux qui, dans notre démocratie, quelque mal bâtie que d'aucuns la jugent, forcent l'estime de tous et permettent à qui les possède de s'élever aux charges les plus honorables et les plus utiles.

Voyez les origines de Lépine : elles sont modestes. L'aïeul est un paysan de Chalon-sur-Saône. Le père eût voulu être soldat, mais sa petite taille l'en empêche. Robuste néanmoins, levé à 4 heures et couché après minuit, il travaille sans relâche jusqu'à l'âge de quatre-vingt-sept ans et, quand la sollicitude des

siens le décide au repos, il en meurt au bout d'un an. Sa profession de comptable ambulant consistait à contrôler la comptabilité de plusieurs maisons de soieries de la région. Elle exigeait non seulement une probité scrupuleuse, mais encore une manière de secret professionnel que ses deux fils, dans des domaines très différents, devaient pratiquer à leur tour. Artiste avec cela, il dessinait et peignait sans avoir pris de leçons et composait des comédies dont il amusait ses enfants.

Ce fonds de labeur constant et d'inaltérable droiture, il le transmit à ses fils. La mère issue d'une famille noble de Savoie, émigrée en Espagne pendant la Révolution, y ajouta ses dons de finesse et de distinction. Ses tendances romanesques et quelque peu chimériques ne pouvaient entamer le triple airain des vertus paternelles, mais elle alluma en l'âme de ses fils l'étincelle qui les fit briller dans leurs carrières laborieuses. Rêvant pour eux parmi les gloires celle qui jette le plus d'éclat, la gloire littéraire, elle leur fit faire de solides études classiques. Mais l'aîné eut la volonté de devenir médecin et le second, admissible à l'école normale, se trourna vers le droit.

Chacun suivit sa voie, fidèle à l'idéal héréditaire. Chacun travailla et fit le bien. Chacun s'éleva par son mérite à des situations enviées, ne montant que pour mieux faire. Je viens de vous retracer l'œuvre de l'aîné. Celle de son frère est connue de tous et, dans les hautes fonctions administratives qu'il a longtemps occupées, il s'est montré l'un des meilleurs serviteurs du pays et de l'humanité.

La gloire du nom n'est pas près de s'éteindre. Le fils de Raphaël Lépine, le doyen Jean Lépine, notre correspondant, perpétue à la Faculté de Lyon la renommée paternelle et déjà son fils marche à son tour sur ses traces, continuant à la troisième génération cette heureuse dynastie médicale. Hélas ! le jeune neveu de Raphaël Lépine, au seuil d'une carrière où lui aussi promettait de briller, est tombé pour la France sur la terre d'Alsace. Du moins prouva-t-il, par son sacrifice, qu'il savait comme ceux de sa lignée, honorer son nom, servir sa patrie et dévouer sa vie à la cause du bien.

En saluant cette noble famille, nous pouvons répéter, car nulle n'en est plus digne, le mot fameux d'un des plus nobles ennemis de notre pays, le duc de Wellington, qui, sur le champ de bataille de Waterloo, apercevant notre grand ancêtre Larrey se prodiguant aux blessés sous la mitraille britannique, disait en se découvrant : je salue l'honneur et la loyauté qui passent !

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Séance du 5 décembre 1925

Tricot-Royer présente la suite de ses études sur Saint Hubert, le Saint guérisseur de la rage. Il entretient aujourd'hui la Société des traditions populaires et artistiques qui perpétuent son culte. Dans les Ardennes, des marchands ambulants colportent les images de piété, avec les complaintes et les oraisons contre la rage ; cette imagerie issue de celle d'Epinal se rapproche de celle de Lyon sur le même sujet au début du XIXe siècle. La légende du Saint guérisseur est très antérieure à l'épisode du cerf crucifère ; elle apparaît vers l'an 1000, alors que celle du cerf remonte seulement au XVe siècle, époque à laquelle Saint Hubert semble avoir continué Saint Eustache. Le culte du Saint est resté très vif en Belgique ; la messe est célébrée le 3 novembre à Bruxelles et dans les campagnes, et les dames tentent souvent d'introduire leurs chiens à l'église ce jour-là, pour qu'ils reçoivent du prêtre la bénédiction protectrice.

L'anatomie artistique est sœur de l'Histoire de la médecine. Cette parenté vaut à la société les intéressantes communications de *Meige*, dont celle qu'il commente dans cette séance sur la morphologie des lèvres. Elle dépend en grande partie des dispositions du philtrum, fossette située entre le nez et la lèvre, qui tire son nom des philtres d'amours des anciens et des variations du tubercule médian de la lèvre inférieure, qui sont unis par leur origine embryologique et par leur importance dans la mimique.

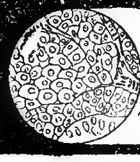
Les grands peintres nous ont laissé des témoignages de leur bonne observation de ces détails anatomiques. Botticelli en les accusant, en a fait les lèvres de ses anges ; Albert Dürer, en en montrant l'effacement, a accusé le masque du portrait si vivant de son père.

Dans certains cas, si la lèvre se relève à droite et à gauche du tubercule médian, la physionomie exprime le dédain, la morgue aristocratique, comme dans le portrait de Botticelli par lui-même, dans un coin d'une *Adoration des Mages.* Nous ne pouvons rapporter toutes les curieuses observations d'Henri Meige. Elles apportent de la précision dans un chapitre dont les physionomistes avaient deviné l'importance, mais où ils s'étaient perdus dans des considérations peu scientifiques.

Après de nombreuses présentations d'ouvrages, la séance continue par une analyse de *Courbon* de *l'anxieux génital de la Cathédrale de Colmar,* montrant bien la part de l'élément érotique et de l'élément psychopathique dans la mimique générale de cette statuette.

Le séance se termine avec une communication de *Marcel Lauselle* sur un manuscrit médical du XVIe siècle contenant diverses œuvres de Guillaume Rondelet (1507-1566) chancelier de l'Université de médecine de Montpellier et ami de Rabelais. Ce manuscrit contient en outre des extraits de Fernel, Saporta, Legras, Suau de Mallara, Jacques de Béthencourt, Denys Fontanon et autres médecins connus de cette époque. Il donne ensuite une bibliographie très complète des éditions de Rondelet et un curieux document inédit qui montre que Rondelet se livra à des spéculations sur le blé, fait qui semble confirmer le caractère prêté par l'auteur de Pantagruel à Rondibilis.

Jean VINCHON.





SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 novembre 1925.

Contribution à l'étude de la pathogénie des accidents cutanés et muqueux du barbiturisme. — MM. ***G. Caussade, A. Tardieu*** et ***Ch. Lejard*** assistèrent à l'évolution fébrile d'un exanthème dû à la phényléthylmalonilurée (gardénal), administrée à doses thérapeutiques. Aux lésions de la peau (papules chaudes, irrégulières, rouges, douces au toucher, sans aspect granité de la peau, disséminées à la face et au tronc) s'ajoutaient la pharyngite diffuse, l'angine pultacée et la conjonctivite légère. Des adénopathies cervicales, sus-claviculaires, axillaires, inguinales et épitrochléennes qui apparurent et disparurent avec l'éruption, plaident en faveur de la nature infectieuse des accidents cutanés déclanchés par ces hypnagogues, ainsi que le soutient M. Milian. Mais l'hémoculture pratiquée en période fébrile demeura négative et un enfant d'un an couché dans un lit voisin, ne subit aucunement l'effet de la contagion.

Des observations antérieurement publiées, il ressort que l'on peut parfois, à volonté, reproduire ces lésions cutanées, en administrant un hypnagogue de la même série, dans les mêmes conditions. Ce fait s'accorde mal avec la notion du *biotropisme* qui devait comporter l'immunité.

En dehors de leur intérêt pathogénique, ces exanthèmes barbituriques sont doués d'une valeur diagnostique certaine et peuvent orienter exactement le diagnostic étiologique lorsque, ce qui est fréquent, l'intoxication larvée simule d'autres affections organiques du système nerveux, le syndrome cérébelleux la P. G., l'encéphalite épidémique, l'alcoolisme subaigu ou les tumeurs cérébrales.

M. ***Lortat-Jacob*** a observé deux cas d'accidents cutanés toxiques par le véronal.

Le pneumothorax thérapeutique double simultané. — MM. ***Rist, Coulaud*** et ***Chabaud*** présentent une série de radiographies de pneumothorax double simultané. Les résultats obtenus sont très encourageants. Il est frappant de constater à quel point la fonction respiratoire reste assurée dans des conditions paradoxales. Les malades dont les 2 poumons sont partiellement collabés vivent avec leur air résiduel et leur air de réserve et leur ventilation pulmonaire peut être rapprochée de celle de l'enfant nouveau-né.

Syndrome de vasodilatation hémicéphalique d'origine sympathique (hémicranie, hémihydrorrhée nasale, hémilarmoiement). — MM. ***Pasteur Vallery-Radot*** et ***P. Blamoutier*** rapportent l'observation d'une malade qui présentait un syndrome très particulier caractérisé par des crises quotidiennes d'hémicranie accompagnée d'hydrorrhée nasale et de larmoiement du même côté. Les auteurs ont pu faire une étude pour ainsi dire expérimentale de ce syndrome, l'intensifier ou le faire disparaître à volonté, enfin avoir sur lui une action durable.

L'intermittence des crises et de multiples troubles vasomoteurs présentés par la malade faisaient incriminer une pathogénie sympathique.

Diverses épreuves ont montré que la vasoconstriction, provoquée par un agent physique tel que le froid ou par une substance chimique telle que l'adrénaline, faisait disparaître l'hémicranie, l'hémihydrorrhée et l'hémilarmoiement. L'application de glace sur le front ou l'immersion d'une main dans l'eau glacée avait une action inhibitrice au bout de 5 minutes. Une injection sous-cutanée d'un milligramme d'adréline faisait cesser en 10 à 15 minutes la céphalée, le larmoiement et l'hydrorrhée ; ces symptômes ne réapparaissaient qu'au bout de 12 à 14 heures. L'injection intraveineuse d'une goutte de la solution d'adrénaline au 1/1000, diluée dans du sérum artificiel, arrêtait immédiatement la céphalée en même temps qu'elle décongestionnait la face et tarissait les sécrétions nasale et oculaire.

Les agents vasodilatateurs avaient une action inverse. Un jet d'air chaud projeté sur la région frontale augmentait la céphalée ainsi que l'hydrorrhée et le larmoiement. L'inhalation de nitrite d'amyle avait le même effet.

Par ces épreuves il était démontré que le syndrome était dû à de la vasodilatation.

Les auteurs se sont demandé si les injections d'adrénaline fréquemment répétées n'auraient pas une action durable. En 7 semaines ils ont fait 20 injections sous-cutanées d'adrénaline. Ce traitement a amené une amélioration manifeste dans l'état de la malade puis une disparition complète des symptômes.

Ce cas présente un intérêt spécial par la discrimination qu'il établit entre les migraines et certaines céphalées. Il donne une démonstration quasi expérimentale des céphalées d'origine vasodilatatrice qui s'opposent aux migraines, syndromes sympathiques d'origine vasoconstrictive.

Introduction à l'étude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. ***Chiray, J. Lebon*** et ***W. Gozlan*** montrent que pour réaliser les conditions favorables à l'étude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage, certaines précautions doivent être

observées tant dans le prélèvement du liquide qu'au cours des examens eux-mêmes :

1° Le dosage des ferments, pour avoir quelque valeur, doit être pratiqué seulement sur du suc duodénal clair, pur, non mélangé de passages gastriques ;

2° Le dosage doit être fait le plus rapidement possible après le prélèvement du suc duodénal afin d'éviter les fermentations microbiennes qui faussent les résultats en déterminant une digestion supplémentaire des tests ;

3° L'activité enzymatique doit être calculée non pas sur un seul échantillon de liquide duodénal, mais sur l'ensemble du suc recueilli au cours du tubage ;

4° Des trois ferments pancréatiques le plus représentatif de l'activité pancréatique est la lipase. Le dosage de la trypsine duodénale présente beaucoup moins d'intérêt. Celui de l'amylase n'a aucune valeur ;

5° En dehors de toute lésion du pancréas, il existe des variations physiologiques dans l'activité enzymatique du liquide duodénal, variations qui rendent difficile l'interprétation des résultats du tubage ?

6° Le dosage des ferments dans le suc recueilli à la suite d'une sécrétion pancréatique provoquée met à l'abri de toute une série de causes d'erreur. Il nous semble présenter un réel intérêt au point de vue de l'estimation de l'activité fonctionnelle du pancréas. Nous ne croyons pas qu'on puisse conclure à une insuffisance pancréatique externe sans avoir étudié ladite sécrétion externe et ses ferments à l'aide de l'une des méthodes excito-sécrétoires que nous étudierons ultérieurement.

Les réactions dyshidrosiformes consécutives à l'ingestion d'acide salicylique. — M. *Lortat-Jacob*.

Deux cas d'hypertension céphalo-rachidienne traités avec succès par l'injection de solutions hypertoniques. — M. *Ph. Pagniez* relate deux observations dans lesquelles il a eu l'occasion d'appliquer avec succès la méthode que l'on doit aux recherches de Weed et de Mc Kibben permettant de faire baisser la pression céphalo-rachidienne par l'injection ou l'ingestion de solutions salées ou sucrées hypertoniques.

L'une de ces observations concerne un homme de 36 ans atteint d'hémogénie avec poussées fréquentes de purpura hémorragique. Au cours de l'une de ces poussées, le malade est pris brusquement de céphalée avec vomissements, sans fièvre et avec un ralentissement du pouls. Cette situation persiste pendant cinq jours empêchant le sommeil et rendant toute alimentation impossible. A ce moment M. Pagniez voit le malade et ayant adopté comme tout à fait vraisemblable le diagnostic d'hémorragie méningée avec hypertension faisait l'ingestion de quarante grammes de glucose dans un demi-verre d'eau que le malade arrive à garder. En deux heures cette céphalée qui résistait depuis plusieurs jours à tous les médicaments usuels disparaît et les vomissements cessent. Grâce à deux autres prises de glucose, la céphalée ne se reproduit plus et la guérison se maintient définitive.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de 16 ans qui trois jours après un violent traumatisme cranien ayant entraîné une légère hémorragie méningée constatée par la ponction présente une céphalée extraordinairement violente avec raideur de la nuque et ralentissement considérable du pouls. Pensant à une hypertension secondaire céphalo-rachidienne, M. Pagniez prescrit l'ingestion d'un purgatif salin concentré. Une heure après l'ingestion et alors qu'aucun effet purgatif n'a encore eu lieu, la céphalée commence à céder. Elle disparait en deux heures et en même temps le pouls qui était à 48 passe à 70.

Bien que l'hypertension n'ait pas intentionnellement été constatée directement par la ponction lombaire dans ces deux cas, l'augmentation de la pression céphalo-rachidienne ne saurait semble-t-il dans l'espèce être mise en doute et les résultats remarquables donnés par l'ingestion de solution hypertonique montre tout le parti qu'on est susceptible de tirer de cette méthode en semblable occurrence. Sa simplicité et son innocuité permettent en tout cas d'en toujours tenter l'emploi et il y aurait tout avantage à y recourir en toute occasion appropriée.

René GIROUX.

BIBLIOGRAPHIE

Introduction à l'étude thérapeutique de la tuberculose humaine par le Dr Justin Roux (*de Cannes*). in-8. Prix : 4 fr. (Paris, Vigot Frères, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine).

L'auteur a établi dans deux précédents travaux que le tuberculeux était le vrai ralenti de la nutrition ; le milieu s'oppose à l'hydrolyse, à l'hydrolyse défaillante. Dans ce 3e mémoire, il commence l'étude de la thérapeutique anti-acide et celle des corps hydrolysants.

La tuberculose pulmonaire. *Etudes de phtisiologie clinique et sociale*, deuxième édition, par Léon Bernard, 2e édition entièrement refondue, 1 volume, 400 pages, 16 figures. (Masson et Cie, éditeurs) : 28 fr.

Dans cette nouvelle édition très dissemblable de la précédente, l'auteur a tenu compte à chaque page des derniers progrès réalisés dans la lutte anti-tuberculeuse. Sans parler des nouveaux chapitres, des additions, des remaniements, bien des ressources ont modifié les conceptions ou les notions qui s'en dégagent.

Guide pratique d'analyses médicales, *par des méthodes simples et rapides. Prélèvements. Technique. Résultats. Interprétation* par Ed. Moreau. 1 volume in-8 écu. 188 pages, 50 fig. Prix : 10 fr. Paris, Vigot, éditeur, 23, rue de l'École-de-Médecine.

Les techniques, choisies parmi les plus rapides et exactes à la fois, sont d'exécution facile et cela sans organisation spéciale, avec un matériel extrêmement réduit, peu coûteux, facile à improviser dans bien des cas et un nombre limité de réactifs aisés à préparer.

A ceux qui ne possèdent ni microscope, ni centrifugeuse, ni étuves, l'auteur indique d'une façon simple le moyen de faire certains premiers examens importants et urgents, pour compléter ou pour confirmer un diagnostic.

La façon de faire le prélèvement, première condition pour l'obtention de résultats exacts, est rappelée.

La marche de l'analyse pour éviter les pertes de temps est notée et les constatations faites en cas de résultats positifs ou négatifs dans les cas normaux ou pathologiques fait suite aux techniques indiquées.

Sont ainsi traitées dans ce précis, les recherches essentielles à effectuer sur le pus, les infections mycosiques, les crachats, le sang, le liquide céphalo-rachidien, les épanchements des séreuses, le sperme, le liquide gastrique, les matière fécales, les urines, l'eau.

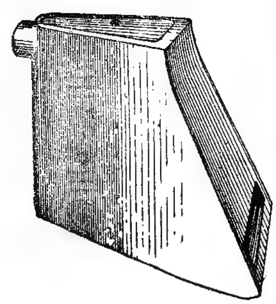
Histoire des eaux minérales de Vichy, *Tome III. Fascicule I*, par Antonin Mallat. 1 volume de 248 pages. (Masson et Cie, éditeurs) : 25 fr.

Cette histoire dont la publication avait commencé en 1909 et en 1910 contient la documentation la plus complète sur l'histoire des eaux minérales de Vichy, celle de ses sources et de ses thermes. On y trouvera d'autre part des renseignements complets sur la législation de chaque époque et sur les médicaments.

A NOS ABONNES

Nous rappelons à nos Lecteurs que MEDICUS 1926 a paru. Nous attirons particulièrement l'attention de ceux dont l'abonnement au Progrès Médical expire fin Décembre sur les avantages offerts par les combinaisons du Progrès Médical, Medicus et la Revue Internationale de Médecine et de Chirurgie mentionnés sur le bulletin ci-inclus.





Le Gérant : A. ROUZAUD.

Clermont (Oise). — Imprimerie Thiron et Cie — Registre de Commerce : Clermont 4264.

FONDÉ EN 1873. — N° 52. Le Numéro : 50 Centimes 19 DÉCEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDODAMAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
41, Rue des Ecoles, PARIS (V^e)
Compte chèques postaux 357.81
Téléphone : Gobelins 30 03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ

France et Colonies	35 fr.
Belgique • Italie	45 fr.
Étranger 1re zone	55 fr.
Étranger 2e zone	70 fr.

Etudiants : Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

SOMMAIRE


prescrivez:

NOUVELLES

Faculté de Médecine de Paris. — THÈSES : 14 *décembre*. — Mlle LEMAIRE (S.). Réaction de fixation dans la tuberculose du rein. — M. BOURY (J.). Etude de l'appendicite au cours de la grossesse. — M. PATLAJAN (E.). A propos d'un cas d'arthroplastie du coude. — M. FLORA (G.). Les accidents cardiaques de l'aérophagie.

Mlle DUBREUILH. Des sérums thérapeutiques épurés. — M. DUCOU. La méthémoglobine (son dosage dans le sang). — M. BERNARD (G). Le sarcome primitif du poumon. — M. ROUCHON. Etude du traitement du cancer de l'œsophage.

15 *décembre*. — (Thèses vétérinaires). — M. BOUCHET. Le surmenage et la jaunisse chez le chien. — M. MGLEJ. Essai sur la vaccination et la sérothérapie. — M. GINIEIS. L'établissement d'élevage du Sidi-Tabet (Tunisie).

17 *décembre*. — M. MARCHAND. Rôle de l'hérédo-syphilis dans le rhumatisme. — Mlle GARDEL. L'avenir des hérédo-syphilitiques. — M. FRITZ. La libération des brides pleurales au cours du traitement de la tuberculose. — M. MOMIROVITCH. Diagnostic des vomiques chez l'enfant. — Mme PASCAL. Sur un cas d'obésité infantile.

M. CHIFFRE (G.). Etude sur les calculs biliaires. — M. SOLENTE. Des indications de la cryothérapie. — M. SANGLIER (H.). Traitement actuel de la dysenterie chronique. — M. BAZOGE. L'hypertension artérielle syphilitique solitaire. — M. WALTER (A.). Des excitants artificiels dans le travail intellectuel.

Mlle MUSTACESCO. Les hémorragies œsophagiennes par rupture veineuse. — M. BOUTTIER. Effets physiologiques de l'histamine. — M. EVRARD (M.). Etude de la capacité vitale chez les cardio-pulmonaires. — M. GAY. Traitement chirurgical des ulcères perforés. — M. COHEN. De la médication arsénicale (traitement de la gangrène pulmonaire). — M. LIBAULT DE LA CHERONNERIE. Etude de l'invagination intestinale du nourrisson.

Faculté de Paris. — Par arrêté en date du 14 décembre 1925, les chaires de bactériologie, de pathologie expérimentale et comparée sont déclarées vacantes.

Un délai de vingt jours, à partir de la publication dudit arrêté, est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

Faculté de Lyon. — M. Cade, agrégé libre près la faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Lyon, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de pathologie et thérapeutique générales (chaire vacante, M. Mouriquand, dernier titulaire).

Médaille commémorative des Frères Maurice et Auguste Polosson. — Les prof. Maurice POLLOSSON et Auguste POLOSSON ont laissé, dans l'École de Lyon, le souvenir de deux grands maîtres et de deux hommes de bien. Leurs collègues, leurs élèves et leur amis ont pensé qu'ils se devaient de conserver leur image. Leur intention est de faire frapper une médaille sur laquelle seront réunis les deux frères, si intimement liés de cœur et d'idées pendant toute leur vie.

Toute souscription à partir de 50 francs donnera droit à la médaille.

La liste des souscripteurs paraîtra dans le *Lyon Médical*.

Adresser les souscriptions au Trésorier du Comité : M. le Professeur PATEL, 3, rue Président-Carnot, Lyon. (*Compte Chèques Postaux* 218-98.)

Concours pour le poste de Médecin-Directeur de la Maternité départementale de Pau. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination du Médecin-directeur de la Maternité départementale des Basses-Pyrénées.

Le registre d'inscription sera clos dans un délai de trois mois à compter du 1er décembre.

Les candidats devront être pourvus du diplôme de Docteur en médecine et ne pourront se faire inscrire que s'ils ont exercé pendant deux ans au moins dans le département. Seront toutefois exempts de cette dernière condition, les Docteurs en médecine qui, quoique récemment munis de leur diplôme, pourront justifier qu'ils ont été attachés pendant une année au moins, à titre d'internes, à un service d'accouchement dans une Faculté ou une Ecole secondaire de Médecine, ou à la Maternité de Paris.

Ecole d'application du Service de Santé des Troupes Coloniales. — Sont nommés professeurs aux chaires vacantes à l'école d'application du Service de santé des troupes coloniales : chaire de médecine légale et de psychiatrie, M. Jauneau, médecin-major de 1re classe ; chaire d'anatomie chirurgicale et médecine opératoire, M. Botreau-Roussel, médecin-major de 1re classe ; chaire de bactériologie, parasitologie et hygiène, M. Keckenroth, médecin-major de 1re classe. (*J. O.*, 25 nov. 1925).

Faculté de Médecine de Lyon. — *Certificat de bactériologie.* — Un cours pratique de bactériologie et de sérologie appliquées au diagnostic et au pronostic des infections s'ouvrira le lundi 11 janvier 1926 au laboratoire de Médecine expérimentale et de bactériologie sous la direction du professeur F. ARLOING et du Prof. agrégé L. THÉVENOT, avec la collaboration de MM. BASSET, BOCCA, CHALIER, DUFOURT, FAVRE, GARIN, GATÉ, LANGERON et LE BOURDELLES. Il comprendra 35 séances de manipulations, de 14 à 17 heures, et se terminera le 1er mars. Droits de laboratoire : 150 francs. Programme affiché dans le vestibule de la Faculté.

Ce cours est sanctionné, si les assistants le désirent, par l'obtention après examen, du diplôme *Certificat de Bactériologie de l'Université de Lyon* créé par arrêté ministériel de février 1922. Il a été délivré en 1925, 35 diplômes.

Se faire incrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine du 1er décembre 1925 jusqu'au 9 janvier 1926 *dernier délai*.

Le nombre des places peut être limité. MM. les docteurs en médecine, les internes des hôpitaux, les étudiants en médecine ayant passé l'examen de fin de 3e année (A. R.), MM. les étudiants en pharmacie ayant 12 inscriptions (A. R et N. R.), MM. les pharmaciens adjoints des hôpitaux et les pharmaciens en exercice ainsi que MM. les vétérinaires peuvent s'inscrire à ce cours qui aura lieu du 11 janvier au 1er mars 1926.

Les personnes n'appartenant pas à ces catégories qui désireraient assister à ce cours doivent en faire la demande à M. le Prof. ARLOING. le Conseil statuera sur les autorisations à donner.

Ecole de Marseille. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale s'ouvrira le 23 juin 1926, devant la faculté de pharmacie de Montpellier.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Ecole de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 24 juin 1926, devant la faculté de pharmacie de l'université de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de chimie.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Droits d'examens. — Les droits à percevoir pour études et examens des aspirants ou doctorat en médecine tel qu'il est organisé par le décret du 10 septembre 1924 sont fixés ainsi qu'il suit :

20 droits trimestriels d'inscription à 60 fr.	1 200 fr.
20 droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr.	200
20 droits trimestriels de travaux pratiques de 30 à 40 fr.	
1er examen de fin d'année, 1 épreuve à	65
2e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
3e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
4e examen :	
1re partie, 1 épreuve à	55
2e partie, 1 épreuve à	55
5e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
3 examens de clinique à 55 fr.	165
Thèse : 1 épreuve à	240

Les droits d'inscriptions, de bibliothèque, de travaux pratiques, acquittés par les élèves des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans les caisses municipales.

Les droits d'examens sont versés moitié dans les caisses municipales, moitié au Trésor public.

Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits d'examen qu'il a versés.

Le Salon des Médecins. — Pour la sixième fois il s'ouvrira du dimanche 14 au 24 mars prochain 1926, comme à l'accoutumée, au Cercle de la Librairie 117 Boulevard St-Germain, Paris (6e). Médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leur œuvres : Peinture, sculpture, gravure, art décoratif. Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire-organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (15e). Joindre un timbre pour la réponse.

Concours pour l'Internat en Médecine et en Chirurgie. — Un Concours est ouvert pour la nomination de quatre internes titulaires et de quatre internes provisoires en Médecine et en Chirurgie à l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce Concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 14 janvier 1926, à 9 heures du matin à l'hôpital.

Hopital Saint-Louis (Service de M. le Dr Milian). — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 13 janvier au 18 février 1926, sous la direction de M. le Dr Milian, avec la collaboration de M. le Dr Gastou, M. le Dr L. Périn, M. Lafourcade, M. Rimé.

Les cours auront lieu le mercredi 13 janvier 1926 et les jours suivants à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pratique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Le droit à verser est de 200 francs. S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'Hôpital Saint-Louis, le matin de 9 heures à 11 heures (sauf le mercredi). Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr Périn.

Nécrologie. — Dr Joseph Arnaud, de La Rochette (Savoie). — Dr Paul Danjou, d'Igé (Saône-et-Loire).

TRAVAUX ORIGINAUX

Le vertige dans les maladies cérébelleuses

Par MM.

F. PIECHAUD et **H. SIMEON**

Médecin des hôpitaux de Bordeaux — Médecin colonial

Il nous faut au début de cette étude, bien fixer le sens que nous donnerons ici au terme vertige si diversement employé selon les auteurs.

Tout d'abord une question se pose. Le vertige peut-il être assimilé au déséquilibre ? Evidemment non ! Et cette négation catégorique s'explique par le fait que le déséquilibre est un phénomène purement physiologique tandis que le vertige est un phénomène de conscience, le premier peut certes accompagner le second mais il n'en est pas toutefois la conséquence inéluctable.

Le vertige tout comme la douleur, la nausée, l'angoisse est en effet une sensation pénible, désagréable, au cours de laquelle il semble toujours au malade que son corps soit animé d'un mouvement apparent de rotation, de bascule, bref d'instabilité ; ou encore que les objets environnants tournent autour de lui. Mais en vérité bien des troubles physiologiques peuvent escorter cette sensation vertigineuse. Ce sont : le déséquilibre avec titubation ou chute, les vomissements, le nystagmus, la pâleur, les lipothymies.

I. Le vertige est un symptôme vestibulaire caractéristique.

L'appareil vestibulaire, comme l'ont montré Quix, Magnus, Rigaud, Bard, etc., est l'organe de l'équilibre. Il comprend :

I. **Le vestibule**. — Segment postérieur du labyrinthe, le vestibule est divisé en deux cavités : utricule et saccule. Sur l'utricule sont branchés les trois canaux semi-circulaires. Dans le saccule et l'utricule se trouvent de petits corpuscules dits otolithes qui sont mobiles et ont une fonction d'excitation pour les macules sacculaire, et utriculaire. L'otolithe de l'utricule s'appelle lapillus, celui du saccule, sagitta. Le vestibule communique par le canal endolymphatique au sac *endolymphatique*. Celui-ci repose à la face cérébelleuse du rocher. Il présente des dimensions assez considérables chez l'homme et sa position dans la loge cérébelleuse, nous l'allons montrer, est des plus importantes et est digne d'être retenue.

II. **Le nerf vestibulaire**. — Né des crêtes acoustiques des canaux semi-circulaires, des macules sacculaire et utriculaire, après interception ganglionnaire par les ganglions de Scarpa et de Bechtereiw, il s'accole au nerf cochléaire pour constituer le nerf auditif ou la VIII paire.

Il traverse ensuite le pédoncule cérébelleux inférieur pour se distribuer vers les noyaux vestibulaires.

III. **Les noyaux vestibulaires**. — Ils occupent le 1/3 inférieur de la protubérance et presque toute la hauteur du bulbe, ils comprennent : les noyaux de Bechtereiw, de Deiters, triangulaire et de Burdach. De ces noyaux partent :

a) Les fibres de la formation réticulaire qui gagnent le cerveau ;

b) Les fibres cérébelleuses. Les unes, *cérébellipètes*, remarquons-le, sont d'existence contestée. Les autres, *cérébellifuges*, admises au contraire par tous les auteurs, descendent des noyaux du toit pour aboutir aux noyaux vestibulaires.

c) Les fibres vestibulo-spinales se rendant aux cellules des cornes antérieures ;

d) Les fibres pour le noyau oculo-moteur externe.

Physiologiquement, on distingue dans l'appareil vestibulaire :

1° *L'appareil des canaux semi circulaires*, destiné à percevoir les mouvements de rotation de la tête ; il donne le sens cinétique.

2° *L'appareil otolithique* percevant les diverses positions de la tête dans l'espace, il donne le sens *statique*.

L'excitation des appareils des canaux semi-circulaires et otolithique suscitera des sensations et des réflexes. Mais parmi les réflexes otolithiques, ceux nés des lapilli produiront la flexion et l'extension des membres, du tronc et du cou, etc. ; et ceux nés des sagittœ, l'abduction et l'adduction des membres, des mouvements de rotation de l'œil, etc.

Tous ces réflexes sont d'origine mésocéphalique, ils persistent en effet, chez l'animal après l'ablation totale du cerveau et du cervelet.

Les réflexes vestibulaires seraient donc indépendants du cervelet.

Pathologiquement, l'appareil vestibulaire provoque le syndrome suivant : *vertige*, déséquilibre, chute vers le côté lésé, signe de Romberg, nystagmus. Mais le vertige demeure le symptôme dominant et le plus caractéristique des lésions de l'appareil vestibulaire. Nous le retrouvons, en effet, dans toute lésion de l'oreille intéressant le vestibule, de même dans les tumeurs de l'acoustique où le nerf vestibulaire est atteint, enfin dans les maladies du bulbe et de la protubérance toutes les fois que les lésions irritent les noyaux vestibulaires bulbo-protubérantiels. Le vertige représente donc bien la douleur de l'appareil, du nerf et des noyaux vestibulaires ?

II. Le vertige est-il de même un symptôme cérébelleux caractéristique ?

Pour répondre clairement à cette question, nous devons étudier ce symptôme dans les différentes maladies du cervelet et essayer d'en donner la pathogénie dans chaque cas particulier.

I. **Le vertige dans les tumeurs du cervelet.** — Le vertige est un symptôme fréquemment relevé dans les tumeurs du cervelet. Weil rapporte la statistique suivante de Bernhardt : sur 211 cas de tumeur intracérébelleuse, le vertige est noté 36 fois, soit dans 17 % des cas. Dans les 8 cas par nous étudiés, nous le relevons 5 fois, c'est-à-dire dans la proportion de 62.5 %.

Le facteur producteur de vertige dans les tumeurs du cervelet est, sans conteste, l'hypertension intracranienne. Le vertige manque, en effet, quand cette hypertension du liquide céphalo-rachidien n'est pas constatée directement par la ponction lombaire, ou quand ses effets sont absents : céphalée, vomissements, torpeur, bradycardie, etc.

Tandis que le vertige est d'une rare constance quand existe l'hypertension intracranienne. Cette dernière reconnaît comme causes : la méningite séreuse enkystée, et la tumeur cérébelleuse elle-même ; elle est d'autant plus marquée dans les tumeurs du cervelet, que toutes ces formations se développent dans l'espace inextensible et très limité qu'est la fosse postérieure du crâne.

Le vertige lié à l'hypertension intracranienne serait classiquement dû à la compression du nerf auditif. Mais cette action sur les voies vestibulaires est secondaire

sinon nulle par rapport à celles que nous allons maintenant étudier.

Rappelons, tout d'abord, la situation somme toute intracranienne du *sac endolymphatique* en communication par le canal endolymphatique avec le *saccule et l'utricule*, ces derniers inclus dans le rocher.

Cette disposition vestibulo-cranienne est des plus importantes, car ce véritable tambour manométrique qu'est le sac endolymphatique, situé dans la loge postérieure du crâne, y enregistrera forcément toutes les variations de pression pour les transmettre au vestibule.

Disons ensuite que la sensation vertigineuse survient quand le malade passe de la position couchée à la position assise, quand il se lève ou lorsqu'il se met en marche etc. Nous nous trouvons alors en mesure d'attribuer cette coïncidence des accès vertigineux avec les changements d'attitude de la tête, à l'action des variations de la pression intracranienne sur le sac endolymphatique. Toute modification de la tension de l'endolymphe aura pour effet de rompre l'équilibre entre la pression du liquide endovestibulaire et celle du liquide périlymphatique. Mais avant que la compensation se rétablisse, les papilles nerveuses du vestibule ont été impressionnées par le passage de l'onde. Et cette excitation anormale des otolithes du saccule et de l'utricule ou des canaux semi-circulaires déterminera, en dernière analyse, la sensation vertigineuse et toutes ses conséquences.

Faisons maintenant une objection : l'opinion classique, avons-nous déjà dit, fait dépendre le vertige de la compression du nerf vestibulaire par l'hypertension endocranienne. Mais remarquons que le nerf auditif (nerfs cochléaire et vestibulaire réunis), le facial et l'intermédiaire de Wrisberg sont enveloppés dans un même manchon arachnoïdien depuis leur émergence jusqu'au fond du conduit auditif interne. Dès lors, on comprend fort mal qu'une compression puisse se faire électivement sur le nerf vestibulaire pour provoquer des vertiges et respecter les autres nerfs du même manchon, puisque troubles auditifs, hémispasme ou paralysie faciale, troubles du goût, sont loin d'accompagner les accès vertigineux. Pourquoi donc la compression par l'hypertension intracranienne n'atteint-elle pas les trois nerfs du même manchon et le nerf cochléaire tout comme le nerf vestibulaire *au même titre par exemple que la majorité des tumeurs de l'acoustique ou de l'angle ponto cérébelleux* ?

C'est sans doute que la compression du nerf vestibulaire dans l'hypertension endocranienne n'est pas en cause dans la pathogénie des accès vertigineux, il faut, ce semble, admettre comme seul facteur producteur de vertiges dans l'hypertension intra-cranienne, l'action de celle-ci sur le sac endolymphatique.

Telles sont les considérations qui nous permettent d'élucider le mécanisme du vertige, grâce à la situation spéciale du sac endolymphatique non seulement dans les tumeurs du cervelet, mais dans l'hypertension intracranienne en général, quelque diverses que soient ses causes.

II Le vertige dans les abcès cérébelleux. — Le vertige existerait dans les deux tiers des cas selon Lemaître. A notre avis il peut reconnaître les causes multiples suivantes :

1° La labyrinthite concomitante ;

2° L'hypertension intracranienne lorsque l'abcès évolue à l'état isolé. Et par analogie aux tumeurs cérébelleuses, on est en droit de conclure que le vertige est engendré par le même mécanisme.

3° La compression directe du sac endolymphatique par l'abcès qui siège d'une manière quasi constante au lobule digastrique. Et nous nous empressons de signaler à ce propos les rapports du sac endolymphatique et du lobule digastrique, l'un est en contact de l'autre par l'intermédiaire des méninges.

III. Vertige dans les hémorragies cérébelleuses. — Le vertige peut se rencontrer mais sa fréquence est loin d'être grande. Sur 6 cas, nous l'avons noté deux fois seulement.

Dans un cas, le vertige ne s'était montré qu'au moment de l'ictus pour ne jamais être ensuite signalé ; or l'autopsie a révélé une lésion à peu près pure du pédoncule cérébelleux moyen *en dedans des noyaux vestibulaires* ; ceux-ci ont été vraisemblablement irrités par diaschysis au moment précis de la production de l'hémorragie. Et dans le second cas, il y avait en plus une abondante hémorragie dans la protubérance.

Quant aux quatre autres cas où le vertige n'était pas du tout constaté, les lésions étaient purement cérébelleuses et intéressaient vermis et lobes latéraux. On voit donc que dans les hémorragies cérébelleuses, quelle que soit la partie du cervelet intéressée, le vertige n'est pas constaté, sauf dans les cas où les lésions sont diffusées jusque dans la protubérance pour irriter les noyaux vestibulaires.

La grande analogie symptomatique (mode de début excepté) que présentent les hémorragies et les *ramollissements du cervelet* nous dispensent de parler de ces derniers. Disons cependant que nous n'avons pas eu l'occasion de relever une seule fois le vertige dans les lésions de ramollissement n'intéressant que le cervelet.

IV. Vertige dans la sclérose en plaques. — Les plaques de sclérose étant très fréquentes au niveau du cervelet au cours de cette maladie, nous estimons donc naturel d'étudier celle-ci dans les affections du cervelet.

Le vertige est très fréquent et très précoce dans la sclérose en plaques, puisque Barré l'a relevé dans 56 % des cas.

Mais la présence du vertige est liée manifestement aux atteintes du système vestibulaire. L'épreuve calorique de Barany, l'épreuve galvanique de Babinski, montrent toujours, en effet, l'atteinte de cet organe et l'autopsie vient corroborer la clinique, en ce sens qu'elle révèle dans tous les cas, en plus des lésions cérébelleuses, la diffusion des lésions dans la calotte pédonculo-protubérantielle et bulbaire. Il n'est donc guère possible de faire abstraction de ces dernières lésions pour attribuer le vertige aux seules altérations du cervelet.

V. Vertige dans les atrophies cérébelleuses. — Les atrophies cérébelleuses, par leurs lésions frappant électivement le système cérébelleux, offrent l'avantage exceptionnel de permettre l'étude du syndrome cérébelleux à l'état de pureté, en éliminant forcément tous les symptômes parasites.

Leur étude nous sera donc fort importante, car elle viendra nous apporter la preuve évidente que le vertige ne doit pas figurer dans le syndrome cérébelleux pur ; *il n'est jamais, en effet, signalé dans les atrophies du cervelet quelle que soit leur variété.* Déjà Babinski déclarait avoir observé de nombreux cas de sclérose cérébelleuse « avec titubation », mais sans vertige ; aussi ne nous trouvâmes-nous pas surpris de ne jamais rencontrer ce symptôme dans tous les cas qui furent rapportés durant ces dix dernières années.

A côté des atrophies cérébelleuses, nous plaçons à dessein *la maladie de Friedreich* ou *hérédo-ataxie cérébelleuse* ;

on sait en effet que cette maladie relève de l'atrophie soit du cervelet dans la forme P. Marie, soit de la moelle, mais dans l'un et l'autre cas coexistent toujours des *lésions bulbo-protubérantielles*. De plus André Thomas, Pierre Marie et Thiers, Lambrior, ont observé des troubles des réactions vestibulaires ; de sorte qu'il est judicieux de penser que le vertige, s'il se montre au cours de cette maladie, est l'indice d'une altération des centres bulbo-protubérantiels de l'appareil vestibulaire.

Conclusion. — En toute logique on est donc conduit à conclure que le vertige n'est pas un symptôme cérébelleux.

Dans les maladies du cervelet il dépend toujours, en effet, d'une atteinte du système vestibulaire. Cette assertion, quelque osée qu'elle puisse paraître, repose toutefois sur des faits tangibles. Résumons-les brièvement.

Dans les tumeurs, le vertige relève d'une action à distance sur l'appareil vestibulaire grâce à l'hypertension intracranienne agissant sur le sac endolymphatique. Et dans les autres maladies du cervelet : hémorragies, ramollissements, sclérose en plaques, maladie de Friedreich, etc., la présence du vertige est toujours due à une diffusion de la lésion jusqu'aux noyaux vestibulaires. Enfin dans les lésions cérébelleuses pures, celles engendrées notamment par les atrophies, le vertige d'est jamais constaté.

Nous croyons pouvoir affirmer *que le cervelet n'est pas un centre générateur de vertige. Ou encore le vertige, symptôme dominant de toute lésion du vestibule, lui appartient en propre ; et n'est pas commun aux lésions vestibulaires et cérébelleuses.*

Diagnostic étiologique du vertige dans les maladies du cervelet.

Le cervelet n'étant pas un centre générateur de vertige, dans toute maladie de cet organe où existera ce symptôme, il sera nécessairement accompagné du syndrome cérébelleux. La recherche des signes propres, des signes « objectifs » de Babinski : asynergie, hypermétrie, adiadococinésie, hypotonie, démarche ébrieuse, etc., permettra donc de mettre en évidence la lésion cérébelleuse. Ajoutons aussi que chez le cérébelleux pur, le signe de Romberg est négatif, tandis qu'il est positif chez le vestibulaire.

Mais reste à déterminer la nature de la lésion.

A. La présence de l'hypertension intracranienne avec son cortège symptomatique : céphalée, vomissements, bradycardie, torpeur et surtout stase papillaire, sera caractéristique des *tumeurs*.

B. Dans les *abcès*, en plus de l'hypertension intracranienne, on aura principalement la *labyrinthite* concomitante et quelquefois la fièvre.

C. Dans les *hémorragies*, le *ramollissement*, la *sclérose en plaques*, la *maladie de Friedreich*, où le vertige n'est plus alors de l'hypertension intracranienne mais l'indice de l'atteinte des noyaux vestibulaires par la lésion cérébelleuse diffusée jusque dans la protubérance ou le bulbe, il faut compléter le diagnostic par la recherche des signes propres à chacune de ces maladies.

BIBLIOGRAPHIE

BARRÉ. — Toubles vestibulaires et sclérose en plaques. (*Revue neurologique*, juin 1924, page 197.)

BERTRAND et ARONSON. — *Revue neurologique*, janvier 1923.

P. BONNIER. — Le Vertige, 2e édition, Masson, 1904.

BREMER. — Contribution à l'étude de la physiologie du cervelet. (*Archives internationales de physiologie*, 15 juillet 1922.)

CHEVAL. — Vestibule et cervelet. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles*, juillet 1922.)

CLAUDE. — Maladies du cervelet. (Chapitre : Séméiologie cérébelleuse, 1922.)

CORNÉLIUS. — Les atrophies croisées du cervelet. (Thèse de Paris, 1907.)

GARNIER et THIERS. — *Bulletin* de la Société médicale des hôpitaux, 8 février 1912, page 145.

GRASSET. — Les maladies de l'orientation et de l'équilibre. (Art. Vertiges, page 199 et *Montpellier Médical*, page 199.

LANNOIS et PAVIOT. — Lésions histolog. de l'écorce dans les atrophies du cervelet. (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1902.)

Mlle KONONOVA. — Atrophie croisée du cervelet consécutive aux lésions cérébrales chez l'adulte. (Thèse de Paris, 1912.)

LAUBRY. — Séméiologie cardio-vasculaire, page 350.

LAMBRIOR. — *Revue neurologique*, 1913.

P. LEMAITRE. — Abcès cérébelleux d'origine auriculaire. (*Archives internationales de laryngologie*, 1922.)

LIAN. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1905, page 661.

P. MARIE. — Atrophie cérébelleuse tardive. (*Revue nenrologique*, 1922. 4 observations.)

DE MARTEL. — *Revue neurologique*, 1922, page 583.

P. MARIE et THIERS. — Réflexes vestibulaires et réflexes de défense dans la maladie de Friedreich. (*Revue anatomique*, 1912.)

DE MASSARY. — Hémorragie cérébelleuse et ramollissement central latents chez un malade mort de méningite cérébro-spinale. (*Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1922.)

G. PORTMANN. — Le sac et le canal endolomphatique Xe Congrès international d'otologie, Paris, juillet 1922 (XXVIIe Congrès annuel d'otologie, Bruxelles, juillet 1921.)

QUIX. — Rôle des otites dans la séméiologie de la maladie de Menière. (Réunion extraordinaire. (Soc. ot. neur. oculistique de Strasbourg, 13 juin 1922.)

STEWART et HOLMES. — Symptomatology of. cerebellar tumours A study of fourty cases, Bruin, 1904.

TOUCHE. — *Bulletin* de la société anatomique, 1900, page 726.)

VERAGUTH. — Rapport sur la sclérose en plaques. (*Revue neurologique*, juin 1924.

VIGGO CHRISTIAN. — Quelques considérations diagnostiques et thérapeutiques sur les tumeurs de la fosse postérieure du crâne. (*Revue neurologique*, 1922. Tumeurs du cerveau, pages 229, 240. 259.)

WEILL. — Des vertiges. (Thèse d'agrégation, 1886.)

Prurit périnéal et syphilis

Par MM. HUDELO et RABUT

La notion, que la syphilis peut jouer un rôle dans l'étiologie du prurit, n'est pas d'acquisition très ancienne.

Si l'on se reporte aux articles de Jacquet, sur le prurit et le prurigo, dans la *Pratique dermatologique*, on y trouve bien mentionnée la syphilis, parmi les causes possibles de prurigo, mais il n'en est pas question, en ce qui concerne le prurit essentiel. Brocq, dans son « Précis-Atlas de dermatologie », admet cependant, à propos de l'étiologie générale du prurit, que, parmi l'hérédité spéciale, qui est à la base du terrain pruritique, la syphilis peut entrer en ligne de compte.

Mais, actuellement, si tous les auteurs sont d'accord, pour trouver l'hérédo-spécificité à l'origine de certains prurigos, la littérature ne mentionne guère son influence, relativement au prurit périnéal. Néanmoins, au cours d'une discussion, consécutive à la présentation par Thibierge et Cottenot, à la Société française de dermatologie, d'un malade présentant des alternances de poussées peladiques et de prurit ano-scrotal, Marcel Pinard demanda si la pelade et le prurit ne sont pas fonctions d'une lésion nerveuse, d'origine syphilitique ou hérédo-syphilitique. Milian, d'autre part, avait déjà signalé l'existence du prurit anal chez les tabétiques ; enfin, plus récemment Gréco, au congrès de Strasbourg, faisait remarquer que la syphilis peut être la cause directe ou indirecte de certains

prurits localisés, en particulier des prurits vulvaire, anal ou scrotal.

Nous avons, à notre policlinique de l'Hôpital St-Louis, recherché systématiquement la syphilis chez 60 malades atteints de prurit périnéal.

Notre enquête a d'abord comporté l'interrogatoire de ceux-ci, dont 14 nous ont avoué avoir contracté la syphilis. Chez les autres, cet interrogatoire, portant sur les antécédents familiaux, et joint à la recherche des stigmates d'hérédo-spécificité, nous a permis, 27 fois, d'affirmer l'existence d'une syphilis héréditaire.

Nous avons, en outre, pratiqué, chez tous les malades, les réactions de Wassermann et de Hecht, et, aussi souvent que nous l'avons pu, l'examen du liquide céphalo-rachidien. La sérologie sanguine n'a été positive que 11 fois; elle nous a, cependant, permis d'augmenter le pourcentage total, puisque trois des réactions positives étaient présentées par des individus, qui n'avaient aucune notion de syphilis acquise et chez lesquels, ni l'interrogatoire, ni l'examen clinique ne nous avaient permis de poser le diagnostic de syphilis héréditaire.

Quant à la ponction lombaire, que nous avons pu réaliser chez 26 malades, elle ne nous a montré qu'une fois une anomalie très légère, portant sur le chiffre des lymphocytes.

Vous avons donc obtenu comme total : 27 syphilitiques héréditaires, 14 syphilitiques acquis, plus trois cas de Wassermann positif, chez des malades ne rentrant *a priori*, dans aucune de ces deux catégories, soit 73 pour cent de syphilitiques.

Une telle proportion ne permet pas de penser qu'il s'agit d'une simple coïncidence et nous croyons pouvoir affirmer que, parmi les causes profondes du prurit périnéal, la syphilis joue un rôle considérable.

Comment peut-on l'expliquer ? Il ne s'agit, sans doute, pas de lésion du névraxe, ainsi que semble le prouver l'intégrité du liquide céphalo-rachidien. Mais on peut admettre que la syphilis intervient par l'intermédiaire, soit d'une lésion viscérale, soit d'une altération du sympathique, des nerfs périphériques et surtout de l'appareil endocrinien, ou encore simplement, grâce à ce nervosisme spécial, qu'elle crée, et sur lequel divers auteurs, et notamment Leredde, ont insisté.

Quoi qu'il en soit, nous avons cherché à en tirer une conclusion thérapeutique, dont les résultats n'ont pas démenti les données fournies par la clinique.

Il était logique, en effet, puisque nous étions sur une piste étiologique, d'y engager le traitement, c'est pourquoi, nous avons soumis nos malades à des cures de novarsénobenzol ou de bismuth. Un certain nombre d'abandons ne nous a permis d'avoir une opinion que dans la moitié des cas. Parmi ceux-ci, malgré un traitement suivi, nous avons enregistré 7 échecs. Mais, chez 25 malades nous avons obtenu des résultats indéniables, se caractérisant par une amélioration parfois rapide, et souvent suffisamment complète et stable, pour qu'on puisse parler de guérison.

La haute fréquence en oto rhino-laryngologie. *Diathermie, haute tension, effluvation, diathermo-coagulation, étincelage*, par Leroux Robert, 1 volume 166 pages 74 figures. (Collection Médecine et Chirurgie pratiques). (Masson et Cie, éditeurs). Prix : 15 fr.

Par sa documentation, la « haute fréquence en oto-rhino-laryngologie » rendra les plus grands services aux médecins praticiens et aux spécialistes, qui tireront de sa lecture d'importants profits pour *toutes les autres branches médicales*.

NOTES D'ÉLECTROTHERAPIE

Les ressources de l'électrothérapie gynécologique

Dans un important mémoire, paru il y a quelques mois, dans le *Journal de Radiologie* (1). M. Laquerrière a précisé un certain nombre de notions importantes pour la thérapeutique électrologique des gynécopathies.

Après avoir rappelé la vogue considérable que connut l'électrothérapie gynécologique dans la seconde moitié du XIX° siècle, à la suite des travaux de Tripier, Apostoli, Carlet, etc., l'A. se basant sur une pratique de 30 années, expose les procédés thérapeutiques les plus simples et qui ont fait leurs preuves.

***

Mode d'action des principales modalités électriques

A) Applications générales.

Statique.

Dans les *aménorrhées* ou les *oligorrhées* on tirera grand profit de l'action emménagogue du bain statique, renforcée par des applications d'étincelles sur les reins, le bas-ventre et les membres inférieurs.

De plus, ses effets circulatoires (anti-anémique) en feront un adjuvant au traitement de certaines génitopathes.

Enfin il combattra les troubles névropathiques liés aux algies d'origine génitale : il agit en effet comme la douche hydrique ; calmant chez les excités, tonique chez les déprimés ; c'est un remède excellent de l'insomnie nerveuse.

Courants de haute fréquence.

Leurs applications générales sont employées dans le traitement de la diathèse arthritique : ces courants seront donc d'utiles adjuvants au traitement des cas d'*utérus arthritiques*.

Leur action hypotensive est plus connue. Ils augmentent l'amplitude du pouls capillaire (Delherm et Laquerrière) : d'où leur utilité dans les troubles congestifs, les stases, les œdèmes pelviens (Stappfer).

Enfin les applications générales de haute fréquence sont emménagogues, mais il faudra les proscrire chez les malades traités pour hémorragie. (Radiothérapie des fibromes par exemple.)

Méthode de Bergonié. — La gymnastique électrique généralisée de Bergonié augmente le flux menstruel chez les obèses. Elle régularise également la nutrition et la circulation.

B) Applications locales.

Courants d'induction.

Faradisation. — Ses principaux effets sont :

1) Une contraction des fibres lisses de l'utérus ;
2) Une action vaso-motrice ;
3) Une action anti-douloureuse.

Les applications sont ordinairement vaginales, très rarement intra-utérines.

Galvano-Faradisation. — La combinaison des deux courants, galvanique et faradique, fait bénéficier de leurs avantages réciproques : elle est indiquée chez les génitopathes constipées.

Le courant sinusoïdal donne des résultats analogues à ceux de la faradisation tétanisante.

---

(1) Notions sommaires d'électrothérapie gynécologique. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*. Tome VIII. Juillet 1924.

Le courant ondulatoire est analgésique et décongestionnant.

Courant continu.

Le courant continu puise son action dans les réactions chimiques qui forment une chaîne ininterrompue d'une électrode à l'autre.

Effets interpolaires :

1° Action analgésique : traitement des algies des plexus sympathiques abdominaux par la galvanisation transabdominale (Delherm.)

2° Action circulatoire : diminution des œdèmes et des stases circulatoires.

3° Action sur la nutrition : augmentation des échanges respiratoires du muscle durant la survie. (Expérience de Guilloz.)

En applications longitudinales (Hirtz), ou transversales (Guilloz), le courant continu provoque la fonte de la graisse et l'augmentation du relief musculaire.

Actions polaires de voisinage (obtenues à l'aide d'électrodes humides, trempées simplement dans l'eau chaude.)

1° Au pôle négatif : vaso-dilatation ;

Relâchement des spasmes et des contractures.

2° Au pôle positif : vaso-constriction ;

Contraction des fibres musculaires lisses ;

Action analgésique.

Actions polaires de contact : (obtenues à l'aide d'électrodes sèches. électrodes de métal nu.)

1° Au pôle négatif : dégagement de soude et d'une mousse d'hydrogène. En prolongeant l'action : production d'escarres molles, peu adhérentes, ressemblant aux brûlures par les bases, et donnant une cicatrice souple et non rétractile.

Ces notions perdent d'ailleurs de leur intérêt du fait que les doses utilisées en gynécologie ne doivent provoquer qu'une *cautérisation légère en surface*.

2° Au pôle positif : dégagement de chlore et d'oxygène.

Alors qu'au pôle négatif les diverses substances utilisées comme électrodes ne sont pas attaquées, il n'en est pas de même au pôle positif où il faut tenir compte de leur nature.

Le charbon, l'or, le platine, n'étant pas attaqués, seule l'action antiseptique de l'oxygène et du chlore entre en jeu.

En application prolongée on obtient également une escarrification ; ses caractères sont ceux des brûlures par les acides : l'escarre est sèche, dure, adhérente et suivie d'une cicatrice solide et rétractile.

L'électrolyse des métaux attaquables (fer, zinc, cuivre, argent) produit un oxychlorure métallique qui se dépose à la surface de la muqueuse où il constitue un pansement médicamenteux et antiseptique.

L'action, d'ailleurs, ne se localise pas en surface, l'ion métal pouvant pénétrer plus ou moins profondément dans la muqueuse.

L'électrolyse du fer a été employée pour son effet coagulant. — celle du cuivre et de l'argent pour ses propriétés antiseptiques.

L'oxychlorure de zinc est également un excellent antiseptique ; mais son action coagulante des albumines est surtout à retenir pour le traitement des hémorragies.

Electrolyses médicamenteuses par des solutions. — A la place de l'électrode attaquable on peut utiliser des solutions médicamenteuses.

L'A. a ainsi traité les ulcérations de la muqueuse par des solutions faibles de bichlorure de Hg. ou de tanin à l'eau.

D'autre part il considère la pénétration de faibles doses de radium comme un bon adjuvant à la radiothérapie des fibromes.

Enfin il a obtenu un effet analgésique appréciable avec des solutions de salicylate.

Applications locales des courants de H. F. — Oudin et Apostoli sont les protagonistes de la méthode (1897).

Actuellement, on utilise les effluves localisées contre le prurit, les dermatoses vulvaires, les infections du vagin et du col.

La diathermie paraît être une méthode très intéressante grâce à ses actions multiples sur la douleur, la circulation et la nutrition locale (aménorrhées, oligorrhées).

Technique.

L'A. rappelle d'abord les précautions indispensables à prendre dans tout traitement gynécologique : asepsie rigoureuse, — stérilisation parfaite des instruments : — enfin le repos au cours du traitement suivant les indications du médecin.

***

A. Applications bipolaires. — Utiliser le courant faradique à fil fin tétanisant : les deux électrodes sont appliquées dans le vagin, rarement dans l'utérus. (Electrode de Tripier : vulvo-vaginale ; — électrode d'Apostoli : vaginale et intra-utérine.)

Distribuer d'emblée la plus forte intensité supportable ; augmenter ensuite peu à peu ; séances de 5 à 15 minutes.

« La rééducation faradique des hyperesthésies et algies est le seul procédé d'électrothérapie gynécologique où il soit permis de provoquer une vraie douleur. »

Applications monopolaires, — *Principe général* : « Les applications d'électrothérapie gynécologique ne doivent jamais être vraiment douloureuses. »

Electrodes indifférentes.— Courant faradique : l'électrode indifférente ne doit pas être trop petite (15 cm. × 18 cm. environ).

Courant continu : l'électrode indifférente doit être aussi grande que possible et parfaitement appliquée. (Plusieurs épaisseurs de serviette éponge et grande plaque métallique malléable pouvant recouvrir tout l'abdomen.)

Electrode vaginale. — Le courant faradique n'ayant pas d'effet chimique la nature de l'électrode est sans importance.

Il n'en est pas de même pour le courant continu : on évitera son action caustique sur les parois vaginales en utilisant une électrode de charbon entourée d'une bande de coton hydrophile, imbibée d'eau bouillie et enduite de vaseline.

Electrodes intra-utérines. — Ces électrodes sont généralement des solides : aussi doit-on protéger le vagin contre leur action caustique.

Les électrodes en charbon d'Apostoli et les électrodes métalliques intra utérines sont spécialement construites pour éviter ce danger.

L'électrode est mise en place à l'aide du spéculum ou mieux au bout du doigt ; on fait passer le courant en augmentant doucement l'intensité, autant que la sensibilité le permet.

Electrolyse de solutions médicamenteuses.— Le tampon décrit plus haut servira aux applications : on le trempe dans la solution médicamenteuse appropriée.

Pour localiser l'action au col, l'A. a fait construire une électrode en forme de cupule isolante qui entoure le col et renferme un tampon de coton imbibé de solution.

Applications des courants de H. F. — Elles se font avec le manchon de verre de Oudin, ou avec les électrodes à vide de différents modèles.

Pour la diathermie une bougie de Hégar, de gros calibre constitue une électrode très pratique.

***

Contre-indications et indications (1)

1) Contre-indications.

a) *Absolues* :

1° Dans les cas où il existe une lésion sur laquelle l'élec-

(1) *Journ. de Radiol. et d'Electro*. Tome IX, juin 1925.

tricité est sans action. (Kystes de l'ovaire, — prolapsus accentué, — déchirures...)

2° Dans les cas où le traitement électrique fait perdre du temps alors que l'opération permet d'obtenir une guérison rapide. (Polype en voie d'énucléation, — cancer...)

3° Dans les cas où il existe une affection suppurée : l'électrothérapie est alors dangereuse.

b) *Relatives* : Les contre-indications relatives sont difficiles à poser : l'électrothérapie devra parfois céder le pas aux procédés moins compliqués (lavages, pansement). On ne l'utilisera qu'après échec de ces médications.

Enfin nombreux sont les cas où le problème thérapeutique prête à discussion. Aussi, avant d'entreprendre un traitement électrique ou de conseiller l'intervention chirurgicale, l'électrothérapeute devra-t-il tenir compte de nombreux facteurs ; ancienneté des lésions, état général de la malade, son âge, manifestations névropathiques,etc.

II° Indications

A) Affections de l'utérus (non néoplasiques)

Endométrites. — S'abstenir d'applications locales dans la période aiguë. Essayer seulement la diathermie comme traitement de l'état phlegmasique: (Un pôle au sacrum, l'autre au pubis.)

A la période subaiguë et dans les endométrites légères les applications vaginales de courant continu (pôle positif actif) sont analgésiques et décongestionnantes. Les courants à état variable sont encore plus efficaces.

Ultérieurement faire des applications intra-utérines avec le pôle positif et l'électrode de zinc antiseptique.

Métrites. — Dans les vieilles métrites chroniques ; faire des applications intra-utérines positives quand les signes d'endométrites sont nets, puis des applications vaginales positives lorsque ces signes s'amendent.

Dans les métrites parenchymateuses anciennes on peut rechercher l'action congestionnante ou sclérolysante du pôle négatif en applications intra-utérines.

Métrite hémorrhagique : traitement symptomatique de l'hémorragie. — On utilisera l'action vaso-constrictive du pôle positif et l'action coagulante du zinc en applications intra-utérines.

Pour arrêter l'hémorragie la première séance devra être intense ; les séances suivantes, destinées à modifier la muqueuse, seront faites à doses plus faibles. (Il faut tenir compte du calibre de l'électrode qui doit entrer à frottement dur.)

Hémorragies de la délivrance. Subinvolution utérine. — S'abstenir dans les cas de métrite infectieuse aiguë post-puerpérale et de rétention placentaire.

Lorsque l'hémorrhagie est liée à l'inertie utérine et qu'il ne paraît pas y avoir rétention de débris, la faradisation vaginale à gros fil, interruptions espacées, séances de 3 minutes, constitue une thérapeutique excellente. (Action hémostatique puissante et rétraction rapide du muscle utérin.)

Métrite du col. — C'est le traitement de l'endométrite totale ; ne pas enfoncer l'électrode au delà de l'isthme.

Dysménorrhée. — Des applications intra-utérines positives (platine ou métaux solubles) modifient l'état de la muqueuse dans les dysménorrhées membraneuses.

Contre les troubles douloureux dus à une atrésie, on aura recours à la galvanisation intra utérine négative.

Dans les dysménorrhées prémenstruelles, dans celles encore où l'écoulement est insuffisant, on activera la congestion par des applications vaginales de faradisation tétanisante en séances longues ou par la galvanocaustique intra-utérine négative.

Au contraire on combattra l'excès de congestion des dysménorrhées avec hémorragies par la faradisation à chocs espacés, en séance courtes, ou par la galvanisation intra-utérine positive.

Leucorrhée. — Le traitement sera celui de la métrite : il faut modifier la muqueuse. Traiter en outre l'état général par la H. F.

Aménorrhée. Oligorrhée. Utérus infantile. Atrésie utérine. — Dans l'aménorrhée liée à un état diathésique, on recherchera l'effet emménagogue commun à tous les procédés d'électrisation générale.

Dans d'autres cas il faudra agir localement et provoquer une congestion du petit bassin soit par la faradisation tétanisante vaginale en séances longues, soit par la galvanisation négative intra-utérine.

Quand ces troubles sont liés à l'existence d'un utérus infantile ou d'une atrésie utérine, l'action heureuse de ces procédés peut se manifester sur ces anomalies elles-mêmes.

B) Fibromes.

L'électrothérapie, complètement supplantée par la radiothérapie dans le traitement des fibromes, conserve cependant sa valeur en présence de cas spéciaux, d'hémorragies graves par exemple.

On utilise deux procédés ;

1° La faradisation vaginale, à chocs espacés, en séances courtes, qui vise surtout le symptôme hémorragie.

2° Le courant continu, avec le pôle positif en applications intra-utérines (méthode d'Apostoli), qui agit par sa double action : anatomique (arrêt de l'évolution ou régression de la tumeur) et symptomatique (arrêt des hémorragies, disparition des douleurs...)

Dans la majorité des cas, les résultats sont durables.

Enfin certains auteurs (Molard, Laquerrière) ont associé avec avantage électrothérapie et radiothérapie. L'électrolyse du zinc, par exemple, permet d'agir de suite sur les hémorragies et la régression de volume du fibrome paraît en même temps accélérée.

C) Prolapsus et déviations utérines.

Dans les cas de malformations récentes on obtient des résultats rapides par la faradisation à chocs espacés.

En présence de malformations anciennes avec phénomènes de sclérose, douleurs et déformations anatomiques importantes, il vaut mieux recourir à l'intervention chirurgicale.

Cependant, dans les cas où ces symptômes ne sont pas trop accentués, la faradisation agira utilement par décongestion locale.

D) Troubles utérins et péri-utérins sans suppuration

Il est en général très difficile de localiser nettement ces affections.

On emploiera alors avec avantage les applications générales de l'électricité (lit condensateur ; méthode de Bergonié),

On recherchera également une décongestion locale par des applications vaginales de courant continu ou de faradisation.

Le même traitement s'appliquera aussi à certaines lésions anatomiques bien déterminées, telles que les salpingites catarrhales, les petites tumeurs péri-utérines non suppurées.

Dans les indurations, les adhérences péri-utérines, on recherchera l'action sclérolysante du courant continu (pôle négatif) action renforcée par l'emploi d'une solution iodurée.

Si les troubles douloureux dominent, les applications négatives de solutions salicylées trouvent leur indication.

E) Troubles du système nerveux génital.

Algies. — Les crises douloureuses de l'hystérie (rares actuellement) seront justiciables des séances prolongées de faradisation bipolaire, vaginale ou utérine, et des séances de révulsion sur l abdomen (étincelles de statique).

Dans les névralgies pelviennes chroniques, dans les topoalgies neurasthéniques, les différents procédés locaux

BIBLIOGRAPHIE

Les Cathédrales. Texte de Marie BAYET. 1 vol. in-8, papier de luxe, couverture en 4 couleurs. 16e volume de l'*Encyclopédie par l'image*. Prix : 3 fr. — Pour paraître en février 1926 : **Les Animaux**. Librairie Hachette, 79, boulevard St-Germain, Paris.

La Fin tragique du Maréchal Ney, par Pierre BOUCHARDON. 1 vol. de la collection *Récits d'autrefois*. Prix : 5 fr. Librairie Hachette, 79, boulevard St-Germain, Paris.

La mort du brave des braves est racontée avec une émotion frémissante dans ce volume, le troisième de la collection *Récits d'autrefois*, où ont déjà paru : Le dix-huit brumaire, par J. Bainville. — La Journée des Dupes, par L. Batiffol. — L'Aventure de la Duchesse de Berri, par Armand Praviel.

Les Femmes du Second Empire, par Frédéric LOLIÉE. 1 vol. in-8 écu, imprimé sur papier alfa et orné de 18 planches hors-texte en héliogravure. Prix : 16 fr. Editions Tallandier, 75, rue Dareau, Paris.

Dans la société brillante et souvent corrompue du Second Empire, les femmes occupent une place de premier ordre. Etincelantes de beauté et d'esprit, remplissant de leurs aventures les chroniques du temps, elles impriment le mouvement et donnent le ton. Retenant et groupant les propos qu'il a entendus, clarifiant les conversations qu'il a écoutées, fouillant lettres et documents écrits, Frédéric Loliée a su composer un livre de vérité personnelle et directe, qui captive à l'égal du plus passionnant roman.

Amours mortes. Belles Amours, par Edmond PILON, in-16. Prix : 9 fr. Plon-Nourrit, 8, rue Garancière, Paris.

Un poète de Marie Stuart : M. de Maisonfleur. — Maucroix et la Marquise de Brosses. — Au Pays de Louise de la Vallière. — L' « Estelle » de Florian : Madame Gonthier. — Une figure d'Alsace : la Baronne d'Oberkich. — Ondine Valmore. Telssont les chapitres du charmant volume dont l'auteur vient d'obtenir le grand prix Lasserre de l'Académie française.

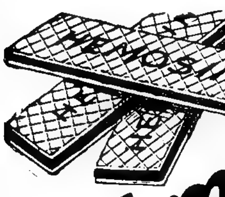
Deux cents locutions et proverbes. Origine et explication, par Eman MARTIN. 1 vol. in-12. Prix : 6 fr. Librairie Delagrave, 15, rue Soufflot, Paris.

Souvent un fait historique, une coutume, une réplique de comédie, ont introduit dans la langue une manière de parler, puis sont tombés dans l'oubli, laissant en usage le mot ou la locution qui leur a dû la naissance. Remettre en lumière ces origines obscurcies en recourant aux souvenirs historiques ou littéraires d'où procèdent ces faits de langage devenus des énigmes, c'est à quoi Eman Martin excellait. Ce sont surtout des explications de ce genre qui ont été réunies dans ce volume, elles forment autant d'anecdotes instructives, et le plus souvent fort amusantes par elles-mêmes.

Les livres d'étrennes de la Librairie Larousse. — Les *Dictionnaires Larousse* gardent leur rang — le premier — parmi les cadeaux utiles ; c'est même un somptueux présent d'étrennes que le LAROUSSE UNIVERSEL en deux volumes, qui compte aujourd'hui 300.000 souscripteurs. A côté d'eux, la célèbre *Collection in-4° Larousse*, où ont paru des ouvrages aussi universellement estimés que la *Littérature française Bédier et Hazard*, *l'Histoire naturelle illustrée*, *le Ciel*, etc. présente cette année deux splendides nouveautés : PARIS ET SES ENVIRONS, pittoresque et vivant tableau du Paris actuel et des campagnes d'Ile-de-France chères aux touristes et aux artistes, et le *Tome* 1er de L'HISTOIRE GÉNÉRALE DES PEUPLES, en trois volumes, l'ouvrage nouveau, fortement documenté, merveilleusement illustré, qu'il faut lire pour comprendre les complications de notre vie internationale d'aujourd'hui. On doit louer les éditeurs de l'admirable présentation de ces grands ouvrages et reconnaître qu'ils traitent avec autant de soin les livres d'étrennes pour la jeunesse. Il y en a d'exquis comme ceux de la série *Contes et gestes héroïques* ; il y en a d'amusants comme les *Albums illustrés en couleurs* ou les *Livres roses* ; il y en a d'instructifs et de divertissants comme les deux beaux volumes de L'AGE HEUREUX : tous sont du meilleur goût. On peut voir ces ouvrages chez tous les libraires ; la Librairie Larousse, 13-17, rue Montparnasse, Paris (6e), envoie sur toute demande son beau catalogue illustré.

En Lisant Balsac, par Remy MONTALÉE, un beau volume de 320 pages in-8° cour. 8 fr. 50. Eugène Figuière, éditeur, 47, rue Campagne-Première, Paris.

Pour qui connaît juqu'en ses détails l'œuvre de Balzac, la lecture, de « En Lisant Balzac » sera remplie de reminiscences, de suggestions, d'incidences qui complèteront pour ainsi dire, leur connaissance, de la Comédie Humaine et qui leur révèlera en outre le vrai caractère de cet écrivain qui a enrichi l'humanité de ses conceptions immortelles. Pour les autres, ignorants encore de l'œuvre de Balzac, elle découvrira un horizon immense, tout un monde d'idées et la joie infinie de trouver dans l'œuvre d'un seul homme la réponse universelle à tous les besoins du cœur et de l'esprit humains.





de douceur seront mis en œuvre. (Galvanisation ou faradisation peu intenses.)

Hyperesthésies. — Faradisation bipolaire en localisant un pôle au niveau du point hyperesthésié.

Les résultats sont souvent inconstants ou de peu de durée par suite de l'état psychique des malades.

BULLETIN DU *PROGRES MEDICAL*

Défense des Psychiâtres

Mon illustre ami, Camille Mauclair, vient de publier chez Albin Michel, un beau livre passionné sur *le Génie d'Edgar Poe.* On connaît l'histoire douloureuse de cet écrivain, fils de mère et de père tuberculeux, mari d'une femme tuberculeuse, obligé de trimer pour mal vivre, ramassé le 3 octobre 1849 dans une rue de Baltimore, terrassé par une congestion due au froid. Son œuvre, écrite dans les conditions de vie les plus cruelles, dans un pays qui ne le comprenait pas et où sa misère et son génie étaient insultés, se tient sans cesse, dans la pensée et dans la forme, à hauteur du génie. Camille Mauclair l'admire avec une vibrante religion. Il nous montre dans celui qu'on étudia comme le type de l'écrivain morbide et du dipsomane usé par l'alcool, un auteur au contraire toujours maître de son inspiration et de son métier, un technicien qu'il compare avec insistance à Léonard de Vinci, un créateur merveilleux dont l'influence se suit dans cette lignée de magnifiques écrivains français qui va de Baudelaire à Paul Valéry en passant par Mallarmé, Villiers de l'Isle-Adam et Marcel Schwob. Comme son merveilleux traducteur, il fut victime de la plus cruelle des incompréhensions. Baudelaire, qui prit plaisir à se noircir, fut pendant vingt-cinq années considéré comme un poète satanique et macabre, un chancre des charniers et des monstres, un comédien lugubre entouré de crânes, de larves, d'ossements, drapé de suaires, apparaissent comme un démon dans les vapeurs de l'alcool et de l'opium, alors qu'il est en réalité « le plus grand esthéticien français, le prince de la critique d'art, le songeur pascalien et l'un des plus parfaits poètes classiques dont la langue française se soit honorée depuis Agrippa d'Aubigné ». Poe ne fut pas comme Baudelaire le créateur de sa mauvaise légende. Son ami Rufus Griswold, exécuteur testamentaire, fit précéder l'édition définitive de ses œuvres d'une préface biographique mensongère qu'on qualifia d' « immortelle infamie ». Comme la génération de 1890 l'a fait en France pour Baudelaire, des amis ardents, par une contre-enquête minutieuse, revisèrent le procès en flétrissant Griswold. L'édition et la biographie de John Ingram (Londres 1880) a clos trente années d'injustice. Mais il a fallu encore l'édition Harrison de 1902 pour reconstituer dans son fond et son architecture la pensée de Poe, tellement Griswold avait dispersé, défiguré et tronqué les écrits du malheureux écrivain.

Camille Mauclair à l'âme d'un chevalier ardent et lucide. Rendant compte ici de son livre : *Servitude et grandeur littéraires*, j'ai souligné sa foi agissante envers ceux qu'il appelle « *Les Miens* », Dès son adolescence, il eut l'intuition que nous ne connaissions en France qu'un Edgar Poe déformé. Sa communion avec l'œuvre entière de ce génie qu'on ne lit que trop fragmentairement, a changé sa plume en lance que son ardeur de réhabilitation lui fait manier avec une terrible vigueur.

Et comme il rencontre sur sa route les médecins, v'lan ! v'lan ! vilaine racaille qui n'entendez rien au génie ! ...

Ah ! mes amis, qu'est-ce que nous prenons pour notre grade !

Mauclair tombe à bras raccourcis sur ce pauvre Lauvrière, qui, dans son volumineux livre sur un *Génie morbide*, en deux volumes, a fait un sort à toutes les billevesées médicales sur Edgar Poe. « Ces deux gros ouvrages sont intéressants à divers titres, dont le moindre n'est pas de montrer la candeur dont peuvent être capables des croyants de la psychiatrie lorsqu'ils entreprennent de soumettre le génie à l'analyse médicale ». Les exagérations accumulées sur le grand écrivain américain, trahison d'un soi-disant ami, incompréhension formidable des médecins, ont tellement choqué Mauclair qu'il voit rouge contre nous tout au long de son livre. il nous accuse de découvrir les gages de la Vésanie dans la moindre fantaisie d'un poète, de ne pas savoir que *le génie authentique est toujours sain.* Ceux qui s'ingénient à contrôler le don littéraire par la physiologie ne courent qu'après des mésavantures. L'incompétence artistique des psychiatres est flagrante. « Je ne méconnais pas la sincérité des psychiatres, ni leur bon vouloir, ni l'utilité et le mérite de leurs travaux, et je ne pousse point la rancune et le souci des privilèges de l'humanité jusqu'à les maudire tous à cause des fâcheux Lombroso, Nordau et Moreau de Tours, dont le règne semble passé. Leurs études ne doivent point oublier la mesure et le tact : elles peuvent apporter d'intéressantes gloses en marge des œuvres et des vies, mais elles resteront, je le crains, au seuil du mystère du génie créateur. Même avec des éléments dits *maladifs*, la nature refait, quand il lui plaît, cette *santé suprême* qui, seule, a le droit de s'appeler génie ; comme avec des fumiers, elle fait tantôt d'honnêtes légumes et tantôt des fleurs merveilleuses — et ces caprices restent les secrets de son alchimie — avec les mêmes hérédités les mêmes maladies et les mêmes vices, elle fait un plat bourgeois ou un grand poète, sans que la physiologie et la critique scientifique puissent dire pourquoi. Quand donc les psychiatres offrent aux écrivains et aux artistes une alliance et une collaboration pour *expliquer* le mystère du génie et sa genèse physiologique, j'estime qu'il est nécessaire que les écrivains et les artistes refusent avec une certaine hauteur où la vanité n'entre pour rien et que commande le respect de ce qui nous domine tous. Nous ne *devons* pas laisser les psychiatres mesurer à leur aune ce qui pour nous, est la plus grande dignité de la vie, et notre religion elle même. Cette religion est dans nos cœurs, ce mystère est pour nous le rayonnement luimême de notre foi, nous n'avons ni le désir, ni la permission de demander le renfort de la science pour élucider notre credo. La science n'a pas davantage à solliciter nos rêves et nos fables pour fortifier ses données expérimentales : il vaut mieux que notre chemin et le sien ne soient pas confondus »

Telle est la page la plus significative pour nous, médecins, du très beau livre de Camille Mauclair. Comme Edgard Poe a été pris pour un dégénéré et un alcoolique dipsomane, comme sa psycho-névrose n'a fait de doute pour aucun des psychiatres qui se sont occupés de lui, à chaque chapitre du livre la médecine-littéraire reçoit à nouveau les verges. L'ennui est qu'elle n'a pas volé la correction qui lui inflige la main infatigable de mon illustre ami.

Voici donc à nouveau posé, et par un des plus grands princes de l'Esprit de notre époque, le rôle du médecin dans la critique littéraire. Une fois de plus les artistes et les écrivains nous ferment la porte au nez.

J'ai cité dans mon « Essai de physiologie littéraire » sur Rémy de Gourmont (1), l'opinion de Gourmont à propos du Dr Chatelain étudiant le « délire de persécution » de J.-J. Rousseau. « Il y aurait donc tout au plus à rechercher comment un fou peut écrire vingt volumes d'une lucidité extrême, L'originalité de la vie, du caractère ou du talent, autant de tares qu'un aliéniste relève avec joie : délire des grandeurs, si l'on rêve de quelque célébrité, délire de la persécution, si l'on souffre malaisément la calomnie. Je ne défends pas Rousseau, je ne l'aime pas mais je l'aime encore plus que M. Chatelain, qui me parait, lui, être atteint, ainsi que nombre de ses contemporains, du délire de la médiocrité ». La mercuriale est dure.

(1) *Rémy de Gourmont vu par son médecin.* Editions du siècle 1924.

Albert Thibaudet, l'éminent critique, n'est pas plus tendre. « Il existe toute une littérature médicale sur la nature des écrivains et des artistes ; elle est d'une misère lamentable, et le seul nom de docteur placé sur un livre de ce genre, nous met en fuite (parfois injustement) et nous fait invoquer le secours de Molière ». Thibaudet a tout de même été gentil de mettre entre parenthèses « parfois injustement ».

J'ai déjà répondu à Mauclair dans un journal du soir (1). Il ne m'a été que trop facile de prouver que si les littérateurs prétendent nous interdire de pénétrer dans leur domaine, ils ne se gênent pas pour fracturer les barrières du nôtre. Nous encombrent-ils assez de leurs élucubrations sur le Freudisme ? Ils « pompent », la plupart, les questions médicales avec une sagesse exemplaire d'écolier et rien ne nous amuse plus que l'assurance avec laquelle ils parlent des névroses et pèsent les proportions d'hérédité. Ils y vont à tout instant de leurs couplets sur la folie et sur les diverses maladies. Dans *l'Enfer* Barbusse fait la pige aux plus sérieux professeurs de pathologie générale et avec quelle candeur ! Cent exemples me viennent sous la plume.

Tout ceci, ai-je dit, est une *question de personnalité*. Pas autre chose. Lombroso, Nordau, Moreau de Tours, Chatelain, ont dit des sottises. C'est la faute à Lombroso, Nordau, Moreau de Tours, Chatelain, et non à la médecine. Moi-même, avec un de mes maîtres éminents, — un maître est toujours éminent — ai écrit des balourdises quand je n'étais pas encore débarrassé de ma cataracte intellectuelle. C'est uniquement mon infirmité et non celle d'un instrument dont je me servais maladroitement. Le psychiatre, quand il disserte de l'imagination, du subconscient, de la rêverie, de l'influence du tempérament sur les créations de l'esprit, est dans son rôle. S'il manie les fleurs de l'intelligence et du génie avec des mains de rustre : « à bas les pattes » ; mais « à bas les pattes » aussi au littérateur qui radote.

Mauclair ne s'est pas gêné pour étudier le rôle de la tuberculose dans l'inspiration littéraire et artistique. Nous avons tous applaudi. Nous avons admiré dans son *Watteau* la force de ses déductions médicales. Et quand, aujourd'hui, nous nous élevons nous-mêmes contre les exagérations des psychiatres d'hier, quand ceux qui parmi nous ont vraiment l'âme d'un écrivain, essayent de se pencher avec religion et modestie sur le génie qu'ils considèrent comme la suprême santé et la progéneresence, pourquoi leur interdire d'ausculter avec tendresse le cœur des grands créateurs ?

Je connais suffisamment Mauclair pour être sûr qu'il saura apprécier comme il convient la contribution *prudente* des médecins à l'étude des conditions de la genèse d'une belle œuvre. Nous ne sommes pas si loin de nous entendre qu'on pourrait le croire après la lecture rapide de son livre sur *le Génie d'Edgar Poe*. Je tire d'une exquise lettre qu'il m'écrivait le 29 novembre dernier, la jolie citation suivante : « Comme c'est amusant que nous nous disputions ! Mais non, nous ne nous disputons pas. Vous avez trop bien compris.... que j'aime, que j'admire, que je donne tout droit de cité aux médecins qui pensent et *sentent en écrivains*. C'est là ce qu'un Lauvrière, un Lombroso ne furent pas .. etc.... ; quand nous reprendrons ces joutes en public, nous serons du même côté de la lice contre les gens qui dissèquent le génie ».

Mauclair s'insurge contre les mots de « dégénéré » et de « morbide » qu'on accole à des hommes qui ont créé des chefs-d'œuvre. Le créateur de chefs-d'œuvre a des droits spéciaux dans la façon de concevoir ses rapports avec de reste des hommes. « Il n'est pas un *dégénéré* mais plutôt un *progénéré*, et le reproche de morbidité n'a aucun sens pour les artistes et les écrivains ».

Nous sommes, certes, du même côté de la lice comme il le dit, car, dans *Littérature et Folie* (1908) et dans *le Génie Littéraire* (1911), je me suis violemment élevé contre le terme de dégénérescence employé à tort et à travers par des confrères maladroits. Dans un chapitre intitulé : « *la progénérescence : physiologie générale* » j'ai écrit : « Nous pensons avoir suffisamment démontré combien peu on pourrait établir de relation de cause à effet entre les manifestations d'ordre supérieur dans les fonctions du langage et les divers épisodes de nature pathologique ou toxique que l'on a pu relever au cours de la vie des grands manieurs de la pensée humaine. Le génie apparaît et se développe, non pas grâce à l'influence de ces divers facteurs, mais indépendamment d'eux, et souvent malgré eux. Ce n'est pas un phénomène de dégénérescence, ce n'est pas une monstruosité ; c'est un développement, plus parfait, de quelque chose qui, pour grandir, *a d'abord besoin d'être normal*.... On peut considérer le génie comme une manifestation naturelle dans laquelle les qualités fondamentales de l'être atteignent un maximum qui reste inaccessible à la masse, et on peut l'envisager comme une synthèse de tout ce que la nature peut produire comme organisation cérébrale. Loin d'y voir un phénomène de *dégénérescence*, il faut au contraire y voir l'expression d'un progrès, une *progénérescence* ; il n'y a rien de plus dans l'homme de génie que dans l'homme normal, si ce n'est une qualité supérieure dans l'équilibre général de l'intellectualité.... *Le génie représente donc un maximum dans une courbe régulière* ».

Nous voilà, noble ami, en réalité tout à fait d'accord ; et, j'espère que vous voudrez bien accepter d'écrire la Préface de mon prochain livre sur *Le Rôle du Médecin dans la critique littéraire*.

Paul VOIVENEL.

(1) *Paris-Soir* 24 novembre 1925.

CORRESPONDANCE

A propos du Bal de l'Internat

J'ai reçu la lettre suivante que je me fais un devoir d'insérer.

Mon cher ami,

On m'avait signalé que ton collaborateur « Taupin » dans le supplément illustré du *Progrès Médical* en date du 30 novembre, me citait parmi « les « Patrons qui avaient bien voulu honorer le Bal de l'Internat « de leur aimable et précieuse présence ». J'avais cru à une plaisante mystification de mon interlocuteur. Mais le numéro susdit du *Progrès Médical* me parvient ce soir, et je constate même que mon nom y est « proclamé pour la postérité ».

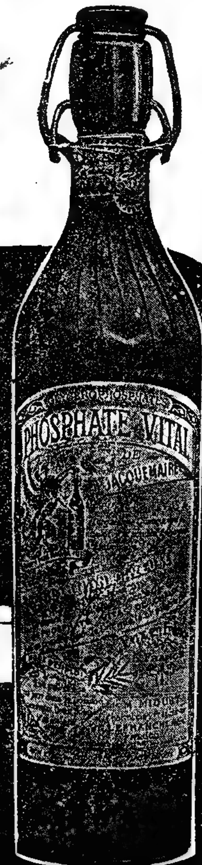
Malgre que je sois en très bonne compagnie, je suis obligé « pour la postérité » de te prier de démentir cette gloire entièrement usurpée : je n'ai pas assisté au Bal de l'Internat.

Je comprends que ton collaborateur ait besoin, pour sauver une manifestation où les éléments étrangers à l'Internat et même à la Médecine, deviennent de plus en plus prépondérants de corser son compte rendu, et de le rehausser de l'approbation de quelques noms de la médecine et de la chirurgie, authentiques ceux-là, fussent-ils les adversaires du Bal de l'Internat dans sa forme actuelle.

Mais c'est peut-être aller à l'encontre de cette réclame devenue nécessaire et qui souligne la désaffection d'un grand nombre, d'user d'une supercherie qui ne trompe personne.

Que veux-tu ? Je ne suis plus encore assez jeune, ni déjà assez vieux pour goûter à sa juste valeur la beauté du Bal de l'Internat. J'avais aussi pensé, au lendemain de la guerre, ayant eu la confidence et le contact de tant d'infortunes et de difficultés dans la vie d'étudiants authentiques, candidats à l'Internat, ou écartés de cette voie enviée par ces difficultés matérielles elles-mêmes, qu'il y avait un meilleur usage à faire de tant d'argent dépensé et gaspillé sans profit pour l'Internat, et sans qu'une telle manifestation rehausse dans l'opinion notre prestige déjà défaillant.

J'ai eu la naïveté de défendre l'idée d'une fête annuelle de


PHOSPHATE VITAL
JACQUEMAIRE

l'Internat, à laquelle pourraient s'associer nos mères et nos femmes, aussi bien que les firmes pharmaceutiques fidèles au Bal de l'Internat, fête qui chaque année assurerait les études et la vie matérielle d'un ou de plusieurs « Pupilles de l'Internat. »

Est-ce vraiment cette pensée, née au contact de la grande pitié de l'Etudiant, qui me vaut cette petite vengeance de ton collaborateur, qu'au souvenir de trop de misères, je n'ai pas le cœur de trouver spirituelle.

Une publicité en vaut une autre. Je te demande l'insertion de cette lettre dans le prochain numéro du *Progrès Médical*.

J. Okincsyc.

Je donne acte à mon collègue et ami Okincsyc de sa très courtoise rectification et je soumets l'idée qu'il défend et qui mérite considération aux organisateurs des fêtes de l'Internat. Nul ne s'associerait plus volontiers que nous à l'œuvre de bienfaisance qu'il propose.

J'ajouterai, au sujet de l'article auquel il fait allusion, quelques explications qui me paraissent nécessaires.

Quelques-uns de nos lecteurs se sont émus de certaines reproductions évidemment un peu osées mais qui, vues sous l'angle médical, n'ont point toute l'importance qu'ils leur attribuent.

Le Comité de Rédaction du *Progrès Médical* avait en toute confiance donné l'hospitalité de son supplément aux plaisanteries et aux satires de nos jeunes collègues de l'Internat, mais il n'ignorait pas que certaines d'entre elles devaient rester dans l'atmosphère assez particulière et toute intime du Bal.

Il jugeait indispensable des modifications ou des suppressions dont une partie seulement put être effectuée en dernière heure. Il est le premier à regretter cet oubli que seuls peuvent expliquer les bouleversements successifs d'une mise au point compliquée et la hâte apportée à une composition difficile et à de trop nombreuses corrections.

Maurice Loeper.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er décembre 1925

La méthode de Fraikoff. — *M. Delbet.* — Cette méthode s'adresse aux ostéites tuberculeuses que son auteur traite par des injections intra-musculaires d'huile additionnée de 1/10e de teinture d'iode. Ce traitement poursuivi pendant 6 à 8 mois amènerait la guérison des lésions. M. Delbet s'est livré à des expériences de contrôle qui montrent que la méthode de Fraikoff n'est pas sans intérêt.

Recherches expérimentales sur les greffes osseuses. — *M. Imbert* a fait une nouvelle série de recherches destinées à étudier les résultats de l'homo-greffe proprement dite sans intervention d'autres facteurs. Il n'a obtenu la réparation de la brèche osseuse dans aucune de ses trois expériences ; on doit donc conclure, conformement à la doctrine classique, que le greffon prélevé sur un animal de même espèce est très inférieur à celui qui est prélevé *in situ* sur l'animal réséqué.

Soins pré-opératoires et anesthésie dans les ulcères gastro-intestinaux en Indo-Chine. — *M. Le Roy des Barres.* — Les points spéciaux sont les suivants :

1° *Avant l'opération.* — Examen du sang indispensable étant donnés la fréquence et la gravité du *paludisme*, même en dehors des périodes fébriles. Nécessité du traitement de la maladie.

Le traitement de la *syphilis*, extrêmement fréquente et donnant des ulcères curables par la thérapeutique médicale.

Le *parasitisme* intestinal presque constant, tel que les ascarides, ont pu oblitérer une anastomose gastro-duodénale.

L'*opiomanie* très fréquente d'autant plus que les douleurs gastriques autorisent l'usage du toxique.

L'*anémie profonde* est telle que des soins appropriés peuvent donner à ces malades une telle amélioration qu'ils refusent l'opération.

2° *Pendant l'opération.* — Ether ou rachi-anesthésie.

3° *Après l'opération.* — Nécessité d'une hygiène alimentaire spéciale étant donné le goût des Indochinois pour le piment et le sel et les poissons salés et saumonés.

Les résultats de deux cents interventions démontrent que dans nos colonies la chirurgie française est dignement représentée et contribue pour une large part à nous attirer les sympathies des indigènes.

Unicité ou pluralité des bacilles lépreux. — *M. Marchoux,* par deux communications antérieures, a fait connaître qu'on peut trouver chez l'homme un bacille lépreux identique à celui de la lèpre du rat. Ce commensal gênant, serait-il pour nous le réservoir d'un virus de plus et la lèpre nous viendrait-elle du rat ? Pour essayer d'élucider cette importante question, l'auteur a inoculé à des rats blancs des bacilles prélevés chez des lépreux authentiques ; les germes ne se sont pas multipliés, mais protégés par leur gaine cireuse ils ont persisté pendant 18 mois aux points où ils avaient été déposés. L'expérience a prouvé d'ailleurs qu'ils étaient morts.

On ne peut cependant pas conclure absolument de ces tentatives infructueuses que la lèpre humaine et la lèpre murine soient deux maladies différentes. Ces germes habitués à l'organisme de l'homme depuis longtemps ont besoin d'une adaptation pour se développer chez le rat. L'adjonction d'un autre germe est peut-être indispensable comme agent favorisant. C'est ce que l'auteur se propose de vérifier. Mais ce sont là des expériences qui demandent plusieurs années parce que le virus de la lèpre, quand il se développe, le fait avec une extrême lenteur.

Elections. — *MM. Sabrazès* (de Bordeaux) et *Pic* (de Lyon) sont élus membres correspondants nationaux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 novembre 1925

Insuffisance surrénale aiguë au cours de l'appendicite. — *M. Michon* rapporte une observation de *M. Aumont* (de Versailles). Une jeune fille de 16 ans fut opérée d'appendicite aiguë. L'appendice était rétro-cæcal et adhérent. Il fut enlevé, mais le moignon ne put être enfoui, un drainage par mèches fut laissé et l'évolution fut d'abord normale. La température pourtant ne fit qu'ébaucher une défervescence au 8e jour, car dès le 10e jour elle approchait 40°, puis se maintenait avec des oscillations irrégulières, le pouls était faible. Au 20e jour, chute brusque à 36°6 en même temps qu'éclatait une douleur atroce. Le diagnostic posé fut celui d'insuffisance surrénale aiguë. Une transfusion de 600 cc. pratiquée d'urgence fut suivie d'un résultat remarquable. Dès le lendemain, la température était normale et la guérison suivit rapidement.

Périduodénite. — *M. Basset* apporte 10 observations de *M Hertz* (de Paris) de valeur d'ailleurs très différentes. Dans 7 cas l'origine de la périduodénite peut être rapportée à l'appendicite, 3 fois en raison d'une appendicite évidente et les 4 autres en raison de lésions appendiculaires notables. Les 3 autres cas se rapportent : 1 fois à une cholécystite, 1 fois à une lésion congénitale et la dernière observation semble de cause inconnue.

Il faut encore relever dans ces observations que dans 3 cas les ganglions étaient hypertrophiés, preuve certaine de la nature inflammatoire. Dans 3 cas, on pratiqua l'appendicectomie, dont une fois avec cholécystectomie ; dans 5 cas une gastro-entérostomie dont les indications peuvent être discutées (dans 2 de ces cas l'appendicectomie fut impossible malgré les lésions appendiculaires) et qui fut une fois associée à une énervation gastrique ; et dans les autres cas une cholécystectomie.

M. Basset insiste sur l'utilité d'une péritonisation parfaite et au besoin d'une opération de drainage gastrique ou duodénal.

Gastrostomie. — *M. Proust* rapporte 7 cas de *M. Lowers* (de Courtray) de gastrostomie par le procédé de Tavel au moyen d'une anse grêle exclue et abouchée à l'estomac et à la paroi. Ce procédé est relativement dangereux chez les cancéreux avancés en raison de sa complexité. Il donne un canal large et continent. Dans un cas de rétrécissement cicatriciel, il a permis l'examen endogastrique, le cathétérisme, puis la dilatation complète, actuellement la bouche de gastrostomie ne sert plus que d'orifice de sûreté en cas de spasme.

Priapisme. — *M. Mouchet* présente une curieuse observation de *MM. Doire* et *Jean* (de Toulon). Un enfant présentait une image radiographique anormale rétro-pubienne rappelant un corps étranger de la vessie ou du rectum. Il s'agissait en réalité d'une image d'un bulbe uréthral opaque, correspondant à un priapisme marqué.

Traitement de l'estomac biloculaire. — *M. Cunéo* rapporte une observation de *M. Pauchet* (de Paris). Ce dernier, chez une malade présentant un estomac biloculaire, avait pratiqué, d'une part, une gastro-gastrostomie entre les deux poches et, d'autre part, une gastro-entérostomie avec jéjuno-jéjunostomie complémentaire. Mais deux ulcères peptiques se développèrent, l'un au niveau de la gastro-gastrostomie, l'autre jéjunal. M. Pauchet, dans une deuxième opération, réséqua toute la région des anastomoses. Le résultat opératoire fut excellent et se maintient depuis deux ans.

M. Cunéo pense que la gastrectomie partielle est le traitement de choix des estomacs biloculaires. Quant à la double implantation du jéjunum pratiquée dans ce cas par M. Pauchet pour rétablir la continuité gastrique, M. Cunéo la préfère à la gastro-entérostomie en Y qui expose à l'ulcère peptique. Le résultat final de cette implantation se rapproche beaucoup du Polya et M. Cunéo décrit les points de technique qui facilitent sa réalisation.

Sacralisation douloureuse de la Ve lombaire. — *M. Basset* a observé chez une jeune femme des douleurs lombaires droites croissantes faisant penser à un mal de Pott. La radiographie montra une sacralisation bilatérale très étendue. Le caractère paroxystique de la douleur, surtout au cours de certains mouvements qui s'accompagnaient de craquements, amena à l'intervention. Celle-ci consista en une résection de la partie moyenne de la Ve lombaire, ce qui libéra nettement les troncs nerveux. La guérison fut parfaite et pourtant une radiographie ultérieure montra le peu d'étendue de la section.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 23 novembre 1925

Transmission du virus tuberculeux par voie transplacentaire chez la femelle du cobaye tuberculisée avec un filtrat de produits tuberculeux humain. — *MM. F. Arloing* et *A. Dufour*, en utilisant le filtrat de produits humains de tuberculose infantile, ont obtenu 1 fois sur 3 l'infection tuberculeuse du fœtus chez un cobaye femelle gravide. Ce fœtus pesant 35 gr. et ainsi arrivé aux deux tiers de sa vie intra-utérine a présenté des bacilles de Koch parfaitement identifiables dans les ganglions lombaires. Un second fœtus ne présentait pas de bacilles tuberculeux.

Ainsi le virus qui a traversé la bougie filtrante est susceptible, au moins dans certains cas, de passer au travers du placenta et d'être retrouvé dans le système lymphatique du fœtus. Ces faits qui confirment ceux obtenus par MM. Calmette, Voltis, Nègre et Boquet, sont susceptibles d'influencer les conceptions classiques sur l'hérédité tuberculeuse.

Reproduction expérimentale de la lèpre chez les singes inférieurs. — *M. Reenstierna*, en partant de lépromes humains, très riches en bacilles de Hansen, est parvenu à reproduire ces lépromes chez une douzaine de singes appartenant aux espèces *Macacus Sinicus* (Bonnet chinois) et *Macacus Rhesus*. Après une incubation de 37 à 45 jours, consécutive a l'inoculation sous le peau, dans la muqueuse nasale, et, chez l'un des sujets, dans la testicule, l'auteur a vu apparaître des nodules, atteignant le volume d'un pois à celui d'une noisette, qui persistèrent pendant 40 à 62 jours. Chez deux Bonnets chinois, inoculés une seconde fois, les nodules se montrèrent après 19 et 22 jours ; la durée de l'incubation était donc abrégée, ce qui est d'accord avec les observations déjà faites en 1906 par Ch. Nicolle.

Mme PHISALIX.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 novembre 1925.

Opérations précoces en chirurgie biliaire. — *M. V. Pauchet.* — L'opération précoce dans la calculose vésiculaire a pour but de prévenir les perforations de la vésicule, de supprimer des crises pénibles, mais surtout de prévenir la possibilité d'une oblitération du cholédoque, Il faut faire la cholécystostomie chaque fois qu'il y a une crise aiguë ou quand, par suite de l'état général, l'opération paraît grave. La cholécystite calculeuse à froid est justiciable de la cholécystectomie qui peut même être partielle dans les cas difficiles.

Traitement des déformations et asymétrie thoracique par les exercices intensifiés du spiroscope. — *M. Pescher* montre comment ce spiroscope remédie aux déformations et corrige les asymétries thoraciques en établissant entre les deux poumons la solidarité des vases communicants.

Ictère par rétention consécutif à un abcès de la tête du pancréas à allure pseudo-cancéreuse. — *MM. René Gaultier, Sarles et Lœvenbruck.* — A propos de ce cas clinique, les auteurs insistent sur la rareté de ces gros abcès de la tête de pancréas, à allure pseudo-cancéreuse, cysto-adénomes supposés. Ils insistent sur l'importance des méthodes de laboratoire qui permettent de les déceler : examen du sucre dans les urines (diabète pancréatique de Lancereaux), recherche du syndrome coprologique d'hypostéatolyse (syndrome décrit par le Dr René Gaultier en 1905) ; tubage direct du duodénum sans instillation préalable de cholagogues, et enfin, l'examen radiologique de la vésicule biliaire. D'un diagnostic précocement posé dépend une intervention chirurgicale utile.

M. Péraire présente un travail sur les **fractures méconnues de la colonne vertébrale sans symptômes médullaires et un minimum de symptômes physiques.** Ces fractures n'étaient diagnostiquées autrefois que par la constatation des déformations vertébrales survenues tardivement. Elles étaient et peuvent être encore méconnues parce qu'elles n'empêchent pas la reprise des occupations habituelles des malades. Leur diagnostic ne peut se faire que par la radiographie. Le pronostic doit être toujours réservé à moins d'appliquer de suite un traitement opportun : traction continue, immobilité et corset plâtré. Le traitement continué longtemps évitera les complications osseuses avec déformations progressives et considérables, spondylite traumatique, complications médullaires à échéance plus ou moins tardive, souvent irrémédiables.

M. Schmitt appelle l'attention sur l'importance des électrodes en électrothérapie. Faute de s'être entendus sur les conditions que devaient remplir les sondes destinées au traitement des rétrécissements de l'urèthre, les urologistes et les électriciens sont arrivés à des résultats contradictoires et l'électrolyse n'occupe pas la place qu'elle mérite. L'auteur l'emploie dans tous les cas où il faut pratiquer une dilatation : avant une application de radium dans le nez, l'utérus ou le rectum. De même, dans le traitement des hémorroïdes saignantes avec des électrodes larges, on n'obtient l'arrêt des hémorragies qu'au bout de quelques séances, alors que l'étincelage avec une pointe fine produit un effet presque instantané.

Au point de vue de l'hygiène, la nature des filaments des lampes à incandescence est à considérer : les filaments métalliques contenant de l'osmium, de l'iridium et du platine émettent des rayons U-V et X nocifs pour la vue. A. LAVENANT.

BIBLIOGRAPHIE

Conférences de clinique médicale pratique, par le Dr Louis RAMOND médecin de l'Hôpital Laënnec. (Vigot frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris). 4e SÉRIE : I. *Phelgmàtia alba dolens* : Etude clinique et thérapeutique. — II. *Les abcès sous-phréniques.* III. *Les néphrites aiguës* : causes, signes, diagnostic et traitement.— — IV. *La maladie d'Addison* : étude clinique et thérapeutique. — — V. *Œdème aigu du poumon.*—VI. *Le diagnostic d'une épistaxis et son traitement.* — VII. *Erythème noueux.* — VIII. *Insuffisance aortique* : signes et diagnostic. — IX. *Paralysie faciale.* — X. *Le diagnostic de la fièvre typhoïde.* — XI. *Les arthropathies tabétiques.* — XII. *Anévrysmes de la crosse de l'aorte* : étude clinique. — XIII. *Les cirrhoses alcooliques du foie* : formes cliniques. — XIV. *L'emphysème pulmonaire.* — XV. *Le diagnostic de la paralysie générale au début.* 25 fr.

Grâce à leur forme vivante, due au dialogue en quelque sorte établi entre le lecteur et l'auteur à propos d'un fait clinique, ces conférences se lisent comme un roman, instruisent en distrayant. Aussi retrouveront-elles certainement auprès du public auquel elles s'adressent (praticiens, étudiants, candidats aux divers concours de médecine, internat, hôpitaux), le même succès qu'auprès des auditeurs qui les ont écoutées.

Les angines de poitrine, par le Dr Louis GALLAVARDIN. 1 vol. 180 p. Masson et Cie, éditeur : 25 fr.

L'auteur présente une étude, la plus récente et la plus complète, sur l'angine de poitrine qui dans ses éléments clinique et anatomique est poussée aussi loin qu'il se peut à l'heure actuelle. Elle se compose d'une première partie reproduisant le rapport si complet de l'auteur au Congrès de Nancy et d'une deuxième qui expose les pièces justificatives : observations avec autopsies qui appuient les conceptions et conclusions.

Il s'agit, quoi qu'en dise l'auteur dans sa sincérité, d'un véritable traité de l'angine de poitrine où l'on peut mesurer le trajet parcouru et le terrain gagné en précision scientifique depuis la lettre de Rougnon à Lorry et les traités spéciaux de Desportes, Jurnic et Gelmian pour n'en citer que quelques-uns.

E. PALLASSE.

Lee grands syndromes oto-rhino-laryngologiques, par André MOULONGUET (1 volume 524 pages 109 figures. Doin éditeur, prix : 50 fr.)

Il aurait été vraiment dommage que ce livre n'eût pas été écrit car il remédie admirablement à une lacune d'enseignement oto-rhino-laryngologique je ne saurai mieux faire son éloge que de dire qu'il est en oto-rhino-laryngologie ce qu'a été pour notre génération médicale, au point de vue chirurgical, le manuel de diagnostic de Dupley, Rochard et Demoulin.

C'est le guide sûr qui permettra aux praticiens et même à beaucoup de spécialistes de six semaines de se débrouiller dans le dédale de cette pathologie spéciale. En effet ce n'est pas un nouveau manuel O.R.L. se bornant à exposer successivement dans un ordre classique les différentes affections de cette spécialité, mais l'auteur s'est posé en face du problème clinique : étant donné un malade qui vient consulter pour tel ou tel grand symptôme (obstruction nasale, fétidité de l'haleine, surdité, bourdonnement d'oreille, etc), à quelle maladie faut-il attribuer cette lésion et quelle est la meilleure thérapeutique médicale ou chirurgicale à envisager.

Soit par exemple le cas d'un malade atteint de dyspnée laryngée, un premier chapitre expose les signes qui permettent d'établir ce diagnostic (abaissement du larynx pendant l'inspiration ; tirage sus-sternal, prédominance de la dyspnée pendant l'inspiration, etc.) et de différencier les dyspnées laryngées des autres dyspnées d'origine pleuropulmonaire, circulatoire, trachéobronchique, pharyngique.

Le diagnostic de dyspnée laryngée établi, quelle en est la cause ! Le problème se pose différemment selon que l'on est en présence d'un enfant ou d'un adulte et, dans chacun de ces cas, selon qu'il s'agit d'une dyspnée d'allure aiguë ou d'allure chronique.

La dyspnée d'allure aiguë de l'enfant peut être due à une diphtérie laryngée, à une laryngite striduleuse, à une laryngite aiguë, à un spasme de la glotte, à un corps étranger ou à une brûlure du larynx.

Une dyspnée d'allure chronique relève d'un stridor laryngé congénital, d'une papillomatose diffuse du larynx, d'une sténose cicatricielle ou d'une syphilis laryngée héréditaire.

Des chapitres clairs et précis sont consacrés à chacune de ces entités nosologiques, exposant les signes généraux et locaux qui permettent d'en faire le diagnostic puis donnant de façon détaillée les règles modernes de leur thérapeutique médicale ou chirurgicale.





Ce même plan est suivi pour les rhinorrhées, les épistaxis, les dysphonies, les dyspnées trachéobronchiques, les dysphagies, les otalgies, les écoulements d'oreilles, les otites moyennes suppurées compliquées etc.

Quelques brèves notions d'anatomie, de physiologie et de sémiologie spéciale facilitent au lecteur la compréhension du sujet sans qu'il ait à consulter son Testut ou son Poirier.

Cet ouvrage clair, illustré de nombreuses figures et schémas, et qui n'est encombré d'aucune bibliographie me paraît devoir prendre place dans toute bibliothèque médicale et être bien souvent consulté avec fruit.

Traité théorique et pratique de Psychanalyse par le Dr Ernest JONES Traduit de l'anglais par le Dr S. JANKELEVITCH. Un volume in-8 de la Bibliothèque Scientifique : 50 fr. Payot, 106, boulevard Saint-Germain. Paris.

M. le Professeur Jones, disciple orthodoxe de Freud, s'est attaché à exposer dans ce *Traité*, en faisant abstraction de toute discussion dogmatique, l'état actuel de la psychanalyse, ce qui, en cette branche nouvelle et déjà si féconde de nos connaissances, peut être considéré comme définitivement acquis, tant au point de vue des prémisses théoriques que des applications pratiques. Mettant à profit sa vaste érudition, citant à chaque instant des faits empruntés à son expérience personnelle, déjà suffisamment longue. M. Jones a réussi à écrire un livre d'une lecture facile et agréable, malgré l'aridité de certaines questions qui y sont traitées, un livre qui, tout en se proposant de servir de guide aux médecins et aux éducateurs dans leurs tâches spéciales, est de nature a intéresser également les profanes cultivés, possédant déjà quelques notions de psychanalyse. Spécialistes et profanes trouveront en effet, dans ce *Traité*, un résumé aussi complet que clair et intelligent de la vaste littérature que cette nouvelle orientation de la psychologie a suscitée depuis plus de vingt ans et des données qui semblent se dégager définitivement des recherches innombrables et des discussions souvent passionnées qu'elle a suscitées.

Dans la Fôret Normande, par Edouard HERRIOT, 1 vol, in-16, broché : 9 fr. Hachette, éditeur, 79, Boulev. St-Germain, Paris.

L'ouvrage que publie M. Edouard Herriot est la vivante évocation d'une de nos plus riches provinces : La seule liste des chapitres donnera une idée de l'intérêt du livre : *Le Pays et la Race. Aux temps héroïques. Un Parthénon chrétien. Regards sur la Renaissance. Le tourment de M. Rancé. Un couteau de quarante sous (Marat et Charlotte Carday).*

Comme il est beau.. L'Enfant, par Gérard d'HOUVILLE. Premier volume de la collection « Les Ages de la Vie ». Un vol. in-16, broché : 5 fr. Hachette, éditeur, 79, Boulevard St-Germain, Paris.

Pour paraître dans la Collection : *Le Jeune Homme*, par François MAURIAC. — *L'Homme*, par H. DUVERNOIS. — *Le Vieillard*, par H. LAVEDAN.

Les aventures de Tchitchikov ou Les Ames mortes, de Nicolas GOGOL, poème, traduit avec une introduction et des notes par M. Henri MONGAULT (seule traduction intégrale, conforme au texte russe, donnant l'historique de l'œuvre, les principales variantes et les passages supprimés par la censure). Ouvrage accompagné d'un portrait de l'auteur et de quelques illustrations documentaires. En deux tomes, *Bossard édit.* — Ce ne sera pas le moindre titre de M. Henri Mongault à la reconnaissance des lettrés que de leur avoir révélé, dans la précieuse « Collection des textes intégraux de la littérature russe », l'œuvre à coup sûr la plus représentative du génie comique de Nicolas Gogol. Ce n'est là que la première partie d'une sorte d'épopée « de la platitude, de la bassesse humaine », à laquelle Gogol rêvait de donner une conclusion édifiante, sur le mode sublime ou mystique. Il n-a pas réalisé le dessein dont il attendait le salut de son âme. Mais son effort, qui tint de la torture intellectuelle, ne fut pas sans profit pour sa gloire, car ce que ses amis sauvèrent des *Ames mortes* le préserve de toute contestation quant à la place qui lui est due parmi les grands scrutateurs de la débilité humaine.

PYTHAGORE. **Les Vers d'Or. Hiéroclès.** Commentaire sur les vers d'or des Pythagoriciens. Traduction nouvelle avec prolégomènes et notes, par MARIO MEUNIER, Un beau volume in-16 sur papier alfa : 15 fr. L'Artisan du livre, 2, rue de Fleurus, Paris.

Les *Vers d'Or* sont un petit catéchisme poétique, un court manuel dans lequel les Pythagoriciens ont succinctement renfermé la plus pure substance de leur morale, la fleur choisie de leurs plus beaux préceptes. Tous les matins en se levant et tous les soirs avant de s'endormir, ils avaient pour habitude de les lire, de les méditer, d'en faire le thème de leur examen de conscience, afin, dit Hiéroclès « de faire paraître comme vivant en eux les dogmes qu'ils contiennent » et de manifester, par leur conduite pratique, la sainteté de la vénérable doctrine dont ils étaient l'expression.

Dans le courant du V[e] siècle de notre ère, Hiéroclès d'Alexandrie, un des derniers et des plus zélés représentants de la pensée antique, écrivit sur ces *Vers d'Or* un enthousiaste et lumineux commentaire. « Remarquable par la simplicité du langage, écrivent MM. A. et M. Croiset, cet écrit se fait goûter aussi par l'élévation morale, par la sincérité du sentiment religieux. » Tout en s'attachant avec un savoir exact et profond à commenter chaque vers en particulier, Hiéroclès divise en trois parties son exégèse des *Vers d'Or* des Pythagoriciens. Dans la première (vers 1 46), en commençant par la piété que l'on doit aux *Dieux*, aux *Héros* et aux *Génies terrestres*, il nous enseigne la philosophie pratique, ou l'exercice de la vertu morale. Cette sagesse active doit nous préparer à la connaissance de la vérité, nous orienter vers elle et nous en donner le désir et l'amour. Dans la seconde (vers 46-57), Hiéroclès nous parle de la philosophie contemplative, nous apprend à nous unir, par l'exercice de notre intelligence, à l'intelligence divine, et nous indique la voie qui nous arrache aux douleurs de la vie séparée pour nous mener, en nous conduisant à ressembler à Dieu, aux indicibles joies de la vie unitive. Dans la troisième et dernière partie (vers 57-71), en accord avec les aspirations mystiques de son temps mais conservant malgré tout, jusque sur les hauteurs où nous conduit son génie, un équilibre bien grec, Hiéroclès nous entretient de la philosophie initiatique, ou des moyens de donner à notre corps lumineux la pureté qui lui sied, afin qu'il aide notre âme à remonter vers les Dieux.

Résumant toutes les sagesses antiques, ce commentaire en garde toutes les profondeurs, tous les secrets et toutes les lumières. En s'appliquant à le retraduire en français, M. Mario Meunier fait œuvre originale. En effet, la traduction qu'en publia A. Dacier en 1706 est non seulement fautive, mais encore illisible.

De plus, en cherchant, dans ses prolégomènes et ses notes, à situer en son cadre la pensée d'Hiéroclès, à la ratacher à celle des sages dont il fut le dernier écho, M. Mario Meunier atteint deux résultats : il nous renseigne sur l'état de la sagesse antique au déclin du paganisme ; il nous rend sensible la *chaîne d'or* qui de Pythagore à Platon, de Platon à Proclus et de Proclus à Hiéroclès, relie et rassemble en une magnifique synthèse les éléments les plus hauts et les plus compréhensibles de la doctrine qui fut et qui demeure la tradition de l'Occident. Nous mourons aujourd'hui de l'avoir oubliée.

Brillat-Savarin Conseiller à la Cour de Cassation, Gastronome et gastrologue, par Fernand Payen, in-12, 62 p. : 3 fr. Peyronnet, éditeur rue de Valois, Paris.

Les Editeurs J. Peyronnet et C[ie], publient la jolie conférence qu'a faite sur cet ancien conseiller magistrat aux heures d'audiences, un maître du barreau, écrivain au sortir du prétoire, homme d'esprit et lettré toujours.

Le roman des oiseaux, par Georges Ponsot. Un volume in-16 : 8 fr. (Les éditions G. Grès et Cie, 21, rue Hautefeuille, Paris.)

Le *Roman des Oiseaux*, c'est la belle et simple et aussi la tragique histoire des oiseaux de chez nous, de nos terroirs qui chantent dans leur roman, l'éternelle chanson de la vie, de l'amour, de la faim et de la mort. Toute la gent ailée s'en donne à tire-d'ailes. Le moineau Tiennot mène le bal. Cailles, perdrix, canards sauvages et domestiques, poules d'eau, poules de fermes et corbeaux, buses, corneilles, merles persifleurs, ténors, rossignols, traversent le *roman des oiseaux* en un vol charmant et bariolé. L'aigle étend sur eux la majesté de sa domination. Et dans ce livre chanteur et enchanteur, tout ne finit pas par des chansons. Tout, dans la vie des poissons, des insectes, des oiseaux et même des hommes finit par le drame. Par ce temps de prétentieux romans, qui veulent être sociaux, lisez ce petit livre, clair, écrit simplement, sans recherche d'effets, en cette langue française qu'on torture et qui geint d'être si souvent mise à la question. C'est un livre qu'on ne ferme pas avant d'avoir parcouru la dernière page, sans fatigue, comme on boit d'un vin clair et qui rajeunit les sens. Une originalité et peut-être une qualité : il peut être mis entre toutes les mains. Livre des grands et des petits. Chacun y trouvera son compte et son plaisir. C'est une fable. La fable ne sourit-elle pas à tous les âges ?

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

La circulation sanguine périphérique, par A. Dumas, in-8, 380 p., fig., dans le texte et hors-texte : 40 fr. (Doin).

Les rhinites et les sinusites purulentes de l'enfance. Etude anatomique et clinique, par J. Terracol, in-8, 144 p., 17 fig. : 14 fr., n° 16, des **Monographies oto-rhino-laryngologiques internationales.** (Les Presses Universitaires de France).

Essais sur la mort. La mort et la biologie. par Henry de Varigny, in-16 : 12 fr. (Alcan).

Les Médecins et le droit civil. Etude de Jurisprudence, par André Graven, in-8 : 15 fr. (Librairie Dalloz).

Le Gérant : A. ROUZAUD.

FONDÉ EN 1873. — N° 53. Le Numéro : 50 Centimes 26 DÉCEMBRE 1925

Le Progrès Médical

HEBDOMADAIRE

ADMINISTRATION

A. ROUZAUD
1, Rue des Ecoles, PARIS (V°)
Compte chèques postaux 357.81
Téléphone: Gobelins 30 03

ABONNEMENTS :
avec le SUPPLÉMENT MENSUEL ILLUSTRÉ
France et Colonies .... 35 fr.
Belgique • Italie.......... 45 fr.
Etranger 1re zone.......... 55 fr.
2e zone.......... 70 fr.
Etudiants :
Réduction de 5 fr. sur les prix ci-dessus

Les abonnements partent du 1er de chaque mois.

Les bureaux de Rédaction sont ouverts les Lundi et Vendredi, de 5 h. 1/2 à 6 h.

R. C. Seine 230 790

SOMMAIRE

NOUVELLES

Concours de l'externat. — Liste des candidats nommés, classés par ordre de mérite :

1. MM. Baumann (Jean), Tavennec (M.-J.), Delay, Peney, Klotz, Haïk, Rudler, Mlle Abramson, MM. Cretziano, Rousseau (G.).

11. Henrion, Rist, Puymartin, Parnet, Mlle Poulain, MM. Cottet, Maroger, Mlle Valentin, MM. Nomblot, Fiehrer.

21. Auzeloux, Villoutreix, Jusseaume, Debuire, Mme Falguière, MM. Menjot, Barbat, Bousser, Langlois (L.), Mme de Pierredon,

31. MM. Limasset, Thorel, Boudin, Guichard, Lévy (R.-S.), Iliovici, Mlles Symkievicz, Baguette, MM. Robert (J.-R.), Reboul,

41. Mlle Smirnoff, MM. Hurez, Sabourin, Prost, Gopcevich, Sambron, Toulemonde, Laquerrière, Schwartz, Pautrat,

51. Deslandres, Lieffring, Mencière, Rachelsberg, Barrier, Cohen-Bacrie, Lachter-Pachter, Camena d'Almeida, Beauchesne, Mlle Chapiro,

61. MM. Butaud, Arnal, Quériault, Grozieux de Laguérenne, Macé de éLépinay, Coen, Vinceneux, Hubert (L.), Advenier, Pougin,

71. Mlle Gagneur, M. Belêtre, Mlle Jeannocopoulo, MM. Barneville, Barrat, Mlle Cligny, MM. Jauneau, Jalley, Courtial, André,

81. Meillaud, Bridot, Kenesi, Boutteau, Mlle Bogoraze, MM. Lefebvre, Boursat, Mlle Mercier, M. Lemaître, Mlle Lang,

91. MM. Auzepy, Kindynis, Cabrit, Felsenswalb, Mlle Danzig, MM. Périer, Sabetay-Marucus, Le Garrec, Tardif, Mezger,

101. Pouzergues, Mlle Kaz, MM. Moureau, Lemaître (André), Mlle du Bouchet, MM. Bons, Bonte, Mornas, Filloux, Bérard,

111. Viala, Hélion, Dutray, Langre (de), Bonnet (P.), Catalette, Batier, Sergent, Mlle Fagnière,

121. MM. Massier, Laude, Mlle Moret, MM. Pescarolo, Pyt, Lepart, Lepart, Parienté, Bourdial, Brimont, Pierre,

131. Schimtt, Sidi, Blondeau, Delteil, Guyon, Gluck, Fron, Robert (P.-J.), Parienté, Sénéquier,

141. Bruneau, Durieux, Mlles Roussy, Chapiro (Rachel), MM. Martin (J.-P.), Gorelik, Decante , Shouzer, Lannegrace, Baqué,

151. Winz, Loisel, Mlle de Peretti, MM. Damon, Desbœuf, Poirier, Rousseau (G.-M.), Mezard, Merlaud, Augereau,

161. Delorme, Mlles Bresson, Douville de Franssu, MM. Lauprêtre, Bloch (L.-G.), Judde, Raoul-Duval, Durand (H.-M.), Piel, Guybert de la Bausserie,

171. Le Guay, Brulin, Boutet, Zhâ, Bardin (P.), Hermabessière, Goutallier, Rouher, Mlle Pissard, MM. Cailleux,

181. Masset, Lerolle, Sifflet, Jouis, Mlle Jammet, MM. Attaix, La Mouche, Robert (Y.-T.), Mlle Lataste, MM. Hutin,

191. Casalis, Judet, Ferrière, Masselin, Grangé, Jomain, Munié, Defaix, Chevalier (P.-L.), Tesnière,

201. Foucaud, Leboulanger, Testu, Frain, Mlle Neumann, MM. Hogarth, Makluff, Cherubin, Mlle Derombies, MM. Souilhé,

211. Cottin (P.), Boucomant, Thomann, Brizard, Stoclet, Raganeau, Mlle Bordachar, MM. Werner, Couallier, Boyer,

221. Dumas, Dulot, Lafay, Leroy, Garnier, Mlle Gliksman, MM. Meisel, Woringer, Jung, Magat,

231. Haïk (H.-E.), Mlle Rœderer, MM. Bosc, Giard, Mlle Boucabeille, MM. Meidinger, Gignoux, Mlle Vimeux, M. Gibert, Mlle Dupont,

241. M. Timsit, Mlle Brunel, MM. Henriquez, Courbil, Leca, Laoüenan, Wechsler, Gencel, Boisramé, Conso,

251. Bechet, Lainé, Sliosberg, Angeras, Mlle Herr, MM. Victor, Lellouch, Arnaud, Dubois, Achard,

261. Pellegrin, Nigay, Courtois (J.), Patey, Mlle Leconte, M. Oppenot, Mme Yeu, Mlle Saint-Cene, MM. Catonné, Bogoraze,

271. Voignier, Salgo, Lindemann, Jurist, Mlles Lépine, Loriot, MM. Dauban de Silhouette, Durin, Kotchoura, Archambaud,

281. Gluck, Prunet, Gérard, Deschamps, Mlle Pinel, MM.Bamas, Polacco (E.), Delaby, Maleplate, Delaborde,

291. Mathis, Vautrin, Faguet, Goliger, Leblanc, Goulet,Bellière, Faucher, Mlle Domela, MM. Marx,

301. Touzard, Amante, Sévin, Pollak, Guillermon, Chaput, Clavel, Guerlot, Couty,, Mlle Kuntz,

311. M. Samama, Mlle Lavroff, MM. Durmeyer, Odru, Chambon, Melun, Mestre, Conte, Jodin, Brémont,

321. Leven, Karmann, Demailly, Carbonell, Solignac, Ayrignac, Baillot, Alaroze, Nazarian, Jacobé,

331. Cabaille, Gasne, Mlle Berger, MM. Valençon, Draillard, Cocagne, Gauthier (R.), Mme Robert, MM. Saullière, Rondepierre,

341. Etchebarne, Ducœurjoly, Grégoire, Lewin, Valois, Bercovici, Dreyfus (M.), Lucas, Ronceray, Fourès,

351. Binès, Filliozat, Magnin, Tellier, Lahaussois, Mlle Delon, M. Gastaud,

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours pour la nomination de cinq internes titulaires, dont un dans le service d'oto-rhino-laryngologie et de plusieurs internes provisoires, s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le 9 février 1926.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'administrateur délégué, 7, rue Pierre-Larousse (XIVe) avant le 1er février 1926.

Hôpitaux de province. — BORDEAUX. — Le concours d'oto-rhino laryngologiste adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Retrouvey.

Faculté de médecine de Paris. — THÈSES. — 19 décembre. — M. GIBARD. Etude de la syphilis articulaire. — M. MANESSE (J.). Etude du traitement du cancer de l'utérus. — M. GAUTHIER (P.). Etude des rapports de l'intoxication gravidique et des accidents cardiaques.

21 décembre. — M. LOUBRY. Infections pulmonaires (point de départ intestinal). — M. DIAZ GARCIA. Etude sur la sympathicotonie péri-artérielle (traitement des ulcères). — M. FRILLEY (F.). Les cures de désintoxication comparées pour la morphine et le tabac.

Journées médicales Tunisiennes (Pâques 1926). — I. *Congrès.* — Vendredi, samedi, dimanche et lundi de Pâques. (2-5 avril). — *a*) Le Congrès durera 4 jours, à Tunis, les séances auront lieu au Pavillon Municipal du Belvédère, où sera organisée une Exposition d'hygiène et des industries se rattachant à la médecine, la chirurgie et la pharmacie. *b*) Les questions médico-chirurgicales mises à l'ordre du jour sont : 1. Chirurgie gastro-duodénale ; 2. Fièvre méditerranéenne ; 3. Prophylaxie et traitement de la rougeole ; 4. Le trachome.

Vendredi, matin : arrivée des congressistes.(Réception logement) ; 14 h. 30, ouverture du Congrès et de l'Exposition, sous la présidence du Ministre Resident Général ; 16 h., 1re séance du Congrès ; 21 h., Fête Arabe (chez son Excellence Sidi Dinguizli et son frère le Dr Dinguizli) après visite des Souks, illuminés.

Samedi, 3, matin : Visites : Hôpitaux, instituts, abattoirs, etc. ; après-midi, 2e séance du Congrès : 21 h. 45, Réception des congressistes à la Résidence générale.

Dimanche 4, Pâques. 1° Excursion (offerte aux congressistes) à Carthage ; 2° Excursion libre : Ruines de Dougga, de Thuburbo-Majus ; Korbous ; sour du golfe de Tunis en mer ; 20 h., représentation au Théâtre Municipal.

Lundi 5, matin et après-midi, 3e et 4e séances du Congrès ; 20 h., Banquet de clôture offert par le Comité aux congressistes.

II. — *Tourisme.* (Excursions libres à partir du mardi 6 avril). — A.— Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, Excursion de 4 jours :

Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunis ; samedi 10, visite de Tunis et départ le soir à 17 heures pour la France. — Mardi 6, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9, samedi 10, dimanche 11, B. — Excursion de 6 jours : Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gafsa, Tozeur Nefta, Sbeïtla, Kairouan, Tunis ; lundi 12, visite de Tunis ; mard 3, Départ pour la France par Bizerte à 8 heures du matin.

Les congressistes auront en outre la faculté de visiter Tunis, Le, Bardo, Sidi bou-Saïd, La Marsa, Carthage, le dimanche de Pâques s'ils ne participent pas à d'autres excursions ; le lundi (en dehors des séances du Congrès) le samedi et le lundi suivants.

(Des tarifs très sensiblement réduits seront obtenus pour les circuits touristiques et dans chaque ville des Congrès locaux seront organisés pour faciliter les excursions aux congressistes).

Durée d'absence : Calculée au départ de Paris, l'absence des congressistes aura une durée de seize jours avec le grand circuit touriste (6 jours B) et de douze jours avec le petit circuit touristique (4 jours A).

Adhésions au Congrès. — Les médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et vétérinaires, internes et externes des hôpitaux, étudiants et exposants peuvent adhérer, dès maintenant, comme membres participants aux *Journées médicales*.

La cotisation individuelle est fixée à 100 francs pour les adhérents de Tunisie. Les membres de leur famille (femmes et parents ou enfants) seront admis au tarif réduit de 50 francs par tête.

Les médecins de la guerre et de la marine, les vétérinaires militaires et leurs familles n'auront à acquitter que 50 francs de cotisation individuelle.

Les internes des hôpitaux et les étudiants en médecine bénéficieront d'une cotisation exceptionnelle réduite à 40 francs.

Les congressistes étrangers à la Tunisie auront à acquitter une cotisation fixée uniformément pour eux et leurs familles à 40 francs par personne.

Une carte personnelle donnant droit aux fêtes, excursions, représentation théâtrale, banquets, etc., sera délivrée à chaque conbressiste. Elle permettra également aux congressistes étrangers de généficier des réductions sur les chemins de fer et bateau.

A. — *Renseignements pour des congressistes venant de France.* — Les réductions consenties aux adhérents du Congrès, qui recevront (en temps utile) une carte donnant droit à ces avantages, ne sont pas encore exactement connues — les grands réseaux français n'ont pas encere fait connaître les réductions consenties (le comité d'organisation escompte au moins 30 %).

Cependant, à titre d'indication le comité d'organisation fait connaître que : le prix du passage Marseille-Tunis-Marseille sera de 624 fr. en 1re classe et de 440 en 2e classe.

Sauf nouvelle réduction qui pourrait être obtenue ultérieurement. Les prix ci-dessus comportent déjà 20 % de remise sur les prix totalisés de l'aller et du retour ordinaires.

Pour arriver à Tunis le jour même de l'ouverture du Congrès, les congressistes devront s'embarquer à Marseille par le paquebot de la Compagnie Générale Transatlantique du mercredi 31 mars 1926 (départ à 17 heures).

Le retour s'effectuera : 1° par le paquebot quittant Tunis le samedi 10 avril, à 17 heures, pour les congressistes ne prenant part qu'à l'excursion de 4 jours en Tunisie ; 2° par le paquebot quittant Tunis mardi 13 avril (via Bizerte), pour les congressistes prenant part à l'excursion de 6 jours en Tunisie.

Les congressistes ont intérêt à retenir par lettre leurs places le plus longtemps possible à l'avance en s'adressant pour le voyage aller : à la Compagnie Générale Transatlantique, quai de la Joliette à Marseille ; pour le retour à la Compagnie Générale Transatlantique, rue Es-Sadikia, à Tunis. Bien spécifier la classe et le nombre de places (Dames ou Messieurs).

B. — *Excursions de 4 et 6 jours en Tunisie.* — Le prix, approximatif, de l'excursion de 4 jours (Tunis, Sousse, El-Djem, Sfax, Gabès, Kairouan, Tunis) sera de francs 650 environ, tous frais compris, chemin de fer, auto, hôtel, restaurant (sauf les vins), sauf augmentation du coût général de la vie.

L'excursion de 6 jours (Tunis, Sousse, El-Djem, Sfaxe, Gafsa, Tozeur, Nefta, Sbeïtla, Kairouan, Tunis) coûtera approximativement 950 francs environ, tous frais compris, sauf augmentation du coût général de la vie.

N. B. — (Ces prix comportent une réduction de 30 % sur les prix du voyage ordinaire).

C. — *Congressistes venant d'Algérie et de Tunisie.* — La carte de congressiste ou une lettre d'invitation permettra d'obtenir à la gare de départ d'Algérie ou de Tunisie un billet plein tarif. Le retour sera effectué gratuitement après visa de la carte ou lettre d'invitation.

Toutefois l'impôt de 20 % dont sont passibles, en Tunisie, les porteurs de billets à prix réduits devra être acquitté avec le prix du billet, au départ. (La réduction consentie est donc de 30 %).

D. — *Séjour à Tunis.* — Les hôteliers n'ont pas encore donné leurs prix, ceux-ci étant naturellement sujets à variations avec le renchérissement croissant de tout.

La liste des hôtels, restaurants, avec prix ne pourra être fournie utilement qu'en février 1926.

Actuellement on peut fixer le prix moyen de journée (hôtels modestes) à Tunis à 50 francs par personne (sans engagement).

Le comité d'organisation pense pouvoir faire mettre à la disposition des congressistes des lits dans les internats des Lycées et Collèges, à des prix très modérés. Il donnera, en temps opportun, la nomenclature complète des restaurants avec leurs prix.

×

Pour inscriptions, ronseignements et souscriptions, s'adresser au Docteur F. Gérard, secrétaire du Comité, 100, rue de Serbie, à Tunis.

TRAVAUX ORIGINAUX

Standardisation de la définition de la débilité mentale et de ses degrés (1)

Par le D. Th. SIMON

Médecin de la colonie d'enfants de Perray-Vaucluse

Une définition de la débilité mentale se heurte à trois difficultés : 1° l'extension donnée à ces deux mots par la pratique courante ; 2° le caractère relatif de la débilité ; 3° l'emploi de ce terme chez les enfants.

I

La débilité mentale dans la pratique courante.

Il n'y a peut-être pas en aliénation de mots qui soient d'un usage plus courant que ceux de débilité mentale : il n'y en a peut-être guère non plus, en dehors des mots de dégénérescence et de démence précoce, dont on fasse davantage abus.

La conception la plus classique consiste à envisager la débilité mentale comme l'impossibilité de former des idées d'une certaine complexité. Elle est une faiblesse de l'intelligence, celle-ci comprend l'ensemble des opérations par lesquelles l'esprit acquiert la connaissance, perçoit, comprend, et forme, d'après ces perceptions, et à l'aide de leurs souvenirs, des idées qui soient appropriées au monde extérieur, qui y correspondent et qui conduisent également à des conclusions pratiques adaptées. Notre idée de l'intelligence implique en effet une notion d'objectivité, à la fois justesse et réussite. On dirait aussi qu'elle suppose une construction déterminée du cerveau, construction qui, — degrés à part, — serait commune à tous les hommes. Le cerveau est partiellement conçu comme une sorte d'automate à la Vaucanson, et le cerveau des débiles serait un automate avec des pièces moins nombreuses ou plus frustes, en sorte que les pensées en demeureraient plus élémentaires ou plus gauches. Et de là deux conséquences : d'une part des acquisitions restreintes : d'autre part, en présence de situations nouvelles, une difficulté toute spéciale d adaptation. C'est dans ces deux conditions que la débilité mentale s'apercevrait le plus nettement.

Nous constatons, chez l'enfant ou l'adulte que nous disons débiles, une manière d'être différente de celle que nous avons coutume d'observer : l'enfant ne manifeste pas aux âges habituels ses capacités ordinaires : sa marche, son langage surtout, présentent des retards plus ou moins notables ; plus tard il n'offre pas à l'instruction un terrain propice : l'adolescent ou l'homme fait se montrent de même incapables des travaux courants : ils ont besoin pour se conduire d'une tutelle. Et nous rapportons ces états à une faiblesse de l'esprit.

A côté de la forme précédente, de beaucoup la plus importante, existent d'autres variétés, ou tout au moins les cliniciens ont pris l'habitude d'étendre, peut-être par analogie, les mots débilité mentale à d'autres situations.

Dans la forme habituelle nous jugeons cliniquement de la débilité mentale par une certaine qualité inférieure des idées émises. Il arrive que nous retrouvions cette qualité inférieure dans certains délires, et, par là, nous sommes inclinés à déclarer débiles les esprits qui construisent ces délires, par contraste avec les conceptions délirantes mieux systématisées d'autres affections mentales. D'autre part ces délires pauvres et grossiers paraissent aussi fréquemment s'installer sans effort ; les idées qui les constituent semblent, quelque absurdes qu'elles nous apparaissent, être acceptées sans résistanee. Autre fait qui donne une impression de débilité mentale, modifiant ici, il est vrai, l'acception de ces deux mots telle que nous l'avons esquissée plus haut. Nous serions maintenant en présence d'une double faiblesse : faiblesse d'une intelligence qui se trouble pour les causes les plus minimes ; débilité devient alors synonyme de *déséquilibre* : et impuissance des idées justes à réduire les idées délirantes, c'est-à-dire *faiblesse des représentations* qui devraient à notre sens corriger ces dernières.

Rencontrons-nous encore quelque adolescent ou quelque adulte qui ait gardé la mobilité de l'enfant, son inattention habituelle, son passage fréquent d'une idée à l'autre, ou un abandon trop aisé aux manifestations émotives, — tous caractères également féminins, — volontiers nous étiquetons encore ces sujets débiles mentaux un peu comme tout à l'heure parce que nous y voyons survivre des caractères de l'enfance, parce que nous admettons chez ces sujets l'absence d'un élément d'inhibition dû habituellement à la maturité et qui aurait ici manqué son développement.

Un dernier défaut de l'esprit a mérité enfin la même appellation de débilité mentale. C'est *la sottise*. Le sot est caractérisé par le contraste de certaines affirmations (qu'il émet généralement pour combler ses ignorances) avec ses idées habituelles (généralement apprises). Il énonce avec importance des opinions ridiculement absurdes, le plus souvent dans des conditions où il ferait mieux de rester silencieux. Et c'est en quelque sorte *cette faiblesse de son jugement* que nous qualifions débilité. De nouveau en s'appliquant à cette inconscience, débilité mentale prend donc un sens assez spécial.

Réfléchissons-nous cependant comment, du sens primitif d'impossibilité d'aboutir à des idées suffisantes pour assurer l'adaptation sociale, les mots débilité mentale ont pu servir à désigner ces formes diverses, il n'est pas malaisé de reconnaître qu'ils résument des caractères qui sont en effet communs à toutes ces situations. Ce qui nous fait dire débilité mentale c'est d'abord un *abaissement des productions psychiques* : — c'est en second lieu que cet abaissement nous paraît *habituel en même temps qu'assez général* : une sottise ne fait pas un sot, mais seulement la répétition de ce travers d'esprit ; — enfin cet abaissement doit être *rapporté par nous à un manque d'évolution* du sujet chez qui nous le constatons : le débile selon l'expresssion d'Esquirol, est un pauvre de naissance. Ce sont là autant de traits de la débilité mentale proprement dite. Alors, à toutes les situations qui réunissent cet ensemble de caractères l'étiquette débilité mentale s'est trouvée logiquement étendue (1).

II

La débilité mentale, notion relative.

Nous avons résumé les diverses acceptions sous lesquelles on utilise les mots : débilité mentale. Et, certes, décrite de cette manière un peu générale, à grands traits cliniques, ou avec le secours de vues hypothétiques et de comparaisons qu'on sait grossières, mais destinées toutefois à faire deviner ce qu'on soupçonne, la débilité mentale peut paraître constituer un chapitre assez défini.

Dès qu'on serre cependant la question d'un peu près on s'aperçoit que tout y est flou. A peine est-il besoin de l'indiquer pour ce qui est de la sottise, de l'absence d'inhibition que nous avons signalée, ou du déséquilibre. Il est trop évident que nous jugeons là par une im-

(1) Rapport au 1er *Congrès général de l'Enfant*. Genève, 1925.

(1). Par pendant à la débilité mentale on a décrit quelquefois, à la suite d'un auteur anglais, Pritchard, une débilité des sentiments. L'existence de celle-ci comme forme pathologique nous paraît assez douteuse. Personnellement nous assimilerions plutot l'insensibilité dont on prétend la caractériser (quand cette insensibilité n'est pas d'origine sociale) à l'absence de sens musical, ou à la cécité, plutot qu'à la débilité mentale. Et, de toutes façons, cette faiblesse affective ne paraît nullement pouvoir se confondre avec le trouble intellectuel que nous étudions. Elle ne porte pas d'ailleurs le même nom puisque Pritchard, son créateur l'a baptisée *imbécillité morale*. Aussi la considérons-nous comme ne rentrant aucunement dans le cadre de ce rapport.

pression générale, et par une comparaison avec un état normal qui ne nous apparaît qu'assez vaguement. Arrêt de développement moyen, avons-nous dit, mais quel est le signe d'un développement moyen ? pouvoir imparfait des idées, mais comment apprécier la force de ces éléments pour l'apprécier suffisante ? On se heurte sans cesse à une absence de limitation, et, il faut bien le dire, sur tous les points qui précèdent, nous ne sommes en état de fournir aucune précision satisfaisante. Chaque fois le coefficient personnel de l'aliéniste entre en jeu et il suffit de parcourir quelques certificats pour juger des écarts de grandeur de ces coefficients.

***

Comprise comme l'impossibilité de former des idées d'une certaine complexité, la débilité mentale est restée longtemps, comme dans ses autres formes, victime de ces descriptions par plus ou par moins, qui traduisent certes les faits, mais qui ne permettent pas de s'entendre à leur sujet. Nous avons pu avec Binet sortir des formules vagues. Je me permettrai donc de rappeler ici les points de repère auxquels nous nous sommes successsivement arrêtés. Reconnaissant trois degrés aux états inférieurs de l'intelligence, idiotie, imbécillité et débilité proprement dite :

L'idiot, disions-nous, est *incapable de communiquer par la parole avec ses semblables* :

L'imbécile en devient capable mais *il reste inapte à communiquer avec ses semblables par écrit* :

Le débile peut enfin utiliser lecture et écriture.

Cette première classification avait donc avec le langage une base objective. Elle laisse en dehors d'elle, pour la débilité, les cas où l'on se trouverait en présence de sujets illettrés.

Les étapes établies grâce au procédé que nous avons imaginé avec Binet pour la mesure du développement de l'intelligence nous ont permis de doubler les définitions précédentes en y apportant d'autres précisions :

L'IDIOT *ne présente qu'un développement intellectuel inférieur à celui d'un enfant de deux ans.*

L'IMBÉCILE *a un développement intellectuel supérieur à celui d'un enfant de deux ans mais qui ne dépasse pas celui d'un en- d'un enfant de sept ans.* Dans ce groupe on peut établir d'ailleurs *deux autres subdivisions*, d'abord *de trois à cinq*, puis *de cinq à sept*. La première correspond à ce que nous pourrions appeler une *imbécillité profonde* ; la seconde peut être dite *imbécillité légère*.

LE DÉBILE disions-nous enfin, *présente un développement intellectuel supérieur à celui d'un enfant de sept ans.*

Remarquons, en passant, qu'un niveau de 7 ans est à peu près celui que nous avons trouvé plus tard comme nécessaire à l'acquisition de la lecture, ce qui confirme la limite que nous avons marquée plus haut entre les degrés d'imbécillité et de débilité mentale.

Ajoutons enfin qu'aux étapes fixées comme nous venons de le dire correspondent des activités sociales différentes;

L'IDIOT peut prendre un objet, marcher, s'asseoir, se lever, mais il est incapable de se suffire ; on doit parfois l'alimenter, on doit toujours l'habiller, faire sa toilette.

L'IMBÉCILE peut manger seul, se laver les mains, s'habiller, etc.

LE DÉBILE est, dans nos services hospitaliers, utilisé d'une manière constante.

La proportion des éducables et des sujets susceptibles de rendre des services s'accroît d'ailleurs régulièrement avec le niveau mental, passant de 4 % pour les sujets qui ont un niveau de 4 ans, à 25, 65 et 75 % pour les niveaux de 5, 6, et 7 ans jusqu'à atteindre enfin 100 % avec les niveaux de 8 ans et plus.

Nous avions laissé un peu imprécise la *limite supérieure de la débilité mentale*, c'est-à dire la frontière avec l'intelligence normale. Dans une communication à la Société médico-psychologique, en mars 1921, j'ai essayé de fixer celle-ci. De l'étude d'adultes internés pour débilité mentale, ou pour affaiblissement intellectuel simple, c'est-à-dire sans délire, il nous a paru ressortir qu'un niveau mental de 9 ans paraît le niveau le plus élevé avec lequel la vie au dehors devient incompatible. Un niveau de 10 ans serait au contraire suffisant et n'entraîne pas l'internement. Nous avons donc proposé de considérer 10 ans, comme le premier niveau normal, et de distinguer dans la débilité mentale deux groupes : une *débilité mentale profonde*, comprenant tous les sujets dont le niveau mental est supérieur à celui des enfants de 7 ans, mais inférieur à un niveau de 9 ans, et une *débilité mentale légère*, comprenant ces sujets dont le développement mental est de 9 ans ou supérieur à celui d'un enfant de cet âge mais sans atteindre le développement mental d'un enfant de 10 ans.

Revenons maintenant un instant, à la lumière de ce qui précède, sur les formes de la débilité mentale auxquelles nous avons fait allusion au début de ce rapport, nous sommes amenés à une remarque curieuse qui est la suivante. C'est à savoir que, dans la sottise, dans la débilité à figure d'infantilisme ou de déséquilibre, les conséquences sont habituellement légères. Lorsqu'elles existent seules, ces débilités donnent à l'individu qui les porte une note péjorative, mais elles paraissent compatibles avec la vie sociale, en sorte qu'on n'a pas éprouvé le besoin d'y introduire des degrés et qu'on ne leur applique pas les termes d'imbécillité ou d'idiotie, tandis que le mot de débilité, qui ne traduit avec le normal que la différence la plus faible, leur convient assez bien (1).

Terminons enfin cette partie par une considération propre à montrer tout ce que contient de conventionnel les définitions de l'idiotie, de l'imbécillité ou de la débilité que nous avons données plus haut. De 9 à 10 ans, disons-nous, débilité mentale légère... De 9 à 10 ans parce que, dans les conditions de notre vie d'aujourd'hui, un niveau mental de 10 ans parait susceptible d'assurer une vie indépendante. Il va de soi qu'il y a là, malgré les statistiques qu'on peut trouver à l'origine de ces opinions, un repère assez flottant. La limite d'adaptation n'est pas si acérée qu'elle ne présente pas de frange. Mais il y a plus grave. Considérons, *dans un milieu d'élite*, un sujet qui n'atteindrait qu'un niveau de 10 à 11 ans. Nous avons là de nouveau tendance à voir dans cet arrêt, fût-il à 11 ans, je le répète, la conséquence de quelque action pathologique, et par conséquent de nouveau tendance à parler de débilité. Bref, nos conceptions psychologiques et nos conceptions nosographiques ne se recouvrent qu'imparfaitement.

III

La débilité mentale dans l'enfance

Admettons que soient réglés les problèmes de délimitation que nous venons de passer en revue, il demeure une dernière question ; c'est l'application qu'il convient ou non de faire à l'enfance des termes débilité, imbécillité, idiotie, comme indiquant des degrés différents de la faiblesse d'esprit. Il s'agit d'arrêt du développement, c'est donc dès le jeune âge qu'il peut vraisemblablement être question d'arriération à moins de supposer des arrêts brusques à des niveaux donnés. Mais à quel écart avec

(1) Nous avons eu l'occasion de prendre quelques niveaux d'intelligence dans ces cas particuliers de débilité. Est-ce hasard ? nous n'avons guère rencontré que des niveaux assez bas, supérieurs à dix ans certes, mais peu, niveaux de 11 ans, 11 ans 1/2 seulement. Chez des adolescents que leur caractère entraîne à des fautes de conduite pour lesquelles leurs parents viennent consulter nous avons eu également la surprise d'une constatation semblable. Nous nous demandons par suite aujourd'hui s'il n'y aurait pas quelque relation entre la valeur des idées et leur force, — si, notamment, pour permettre la vie au dehors sans tutelle, des niveaux de 10 ou 11 ans ne devraient pas s'accompagner tout au moins d'autres conditions de maturité générale.

l'âge moyen dans l'enfance attribuer le mot débilité ? à quels écarts consacrer les termes plus graves ?

Sans doute conviendrait il de répondre qu'on considérera comme *débiles* les enfants dont le retard est tel que leur intelligence d'adulte n'atteindra pas 10 ans, comme *imbéciles* ceux dont l'intelligence d'adulte ne dépassera pas 7 ans, et ainsi de suite. Malheureusement nos recherches quant à l'évolution intellectuelle des enfants ne permettent pas encore de formuler quel retard entraîne telle ou telle conséquence déterminée.

Afin d'échapper à ces difficultés, divers auteurs ont essayé de définir la débilité mentale et ses degrés par ce que Stern a appelé le *quotient d'intelligence*. Si l'on calcule celui-ci d'après les points de repère que nous avons formulés, on aboutirait à peu près au tableau suivant :

L'idiotie s'étendrait jusqu'aux quotients de 0.15. — *L'imbécillité* comprendrait les quotients de 0.15 à 0.45. — *La débilité mentale* les quotients de 0,45 à 0.70 : — 0.70 correspondrait à un *premier niveau normal* : 0,90 à *un niveau moyen*.

Hélas ! le quotient ne reste pas stable, lui non plus, au cours de l'évolution d'un sujet : peut-être en raison de l'imperfection encore existante de nos échelles de mesure, peut-être aussi pour d'autres causes plus profondes. La valeur d'un quotient, comme d'un retard, est variable selon l'âge. Malgré ses avantages le quotient d'intelligence n'apporte donc pas encore la solution du problème.

***

Essayons pourtant de conclure. La débilité mentale, avons-nous dit, embrasse *cliniquement* tous les cas où nous avons, en présence d'un sujet, l'impression d'un arrêt dans son développement mental, quelle qu'en soit la modalité, infantilisme, déséquilibre ou faiblesse d'esprit proprement dite. Nous proposerions de continuer de réserver le terme de DÉBILITÉ MENTALE à *l'ensemble de ces situations qui n'altèrent que légèrement l'activité intellectuelle* des sujets qui les présentent, en faisant suivre cette étiquette de quelques mots qui en caractérisent la variété, et surtout *en ajoutant au mot débilité le niveau intellectuel* dont cette débilité s'accompagne.

Lorsque l'abaissement de niveau est le fait dominant, — c'est-à-dire dès que le niveau mental est inférieur à un niveau de 10 ans — nous préférerions les étiquettes *d'idiotie, d'imbécillité* ou de *débilité intellectuelle*. La relativité de ces manques de développement exige tout à la fois des conventions et des descriptions précises. Il faut trancher dans une matière où tout est progressif. Il faut le faire avec netteté. La comparaison avec les niveaux d'intelligence que l'enfant atteint successivement, — ou, plus grossièrement, l'état du langage, — permettent le mieux ces classifications. Nous pensons donc qu'on voudra bien se rallier aux règles pratiques que nous avons formulées.

Pour les enfants enfin nous proposerions d'adopter, jusqu'à expérience plus complète, l'étiquette général *d'arriération intellectuelle*, en rappelant l'âge de l'enfant et *plaçant, à côté du mot arriération, le niveau, ou le quotient d'intelligence*, constaté à la date même de l'examen (1).

(1) Après réunion d'une commission composée de MM. Claparède, Cramer, Erwin Lazar, Mlle Muchow, Dr Th. Simon, le texte suivant fut proposé et adopté à l'unanimité par le *premier Congrès général de l'enfant* dans son assemblée plénière du 28 août 1925 :

La DÉBILITÉ MENTALE est caractérisée par une infériorité des productions psychiques, globale et habituelle ; elle est attribuable à un manque de développement du sujet chez qui on constate cette infériorité, quelle qu'en soit l'origine, intellectuelle ou affective.

En dehors de cette définition générale, il faut aujourd'hui renoncer à une exactitude plus grande sauf des conventions pratiques, et notamment relatives au niveau intellectuel :

1° CHEZ LES SUJETS DE PLUS DE 15 ANS il y a *débilité intellectuelle* lorsque le développement intellectuel reste inférieur à celui d'un enfant de dix ans tout en atteignant au moins celui d'un enfant de 7 ans ; — il y a *imbécillité*, si le niveau d'intelligence reste inférieur à celui d'un enfant de 7 ans ; — *idiotie*, s'il reste inférieur à celui d'un enfant de 2 ans.

2° Pour désigner l'état des ENFANTS DE MOINS DE DIX ANS, qui ont un âge intellectuel plus bas que leur âge réel, ou celui des SUJETS AGÉS DE DIX A 15 ANS, QUI N'ONT PAS DIX ANS D'INTELLIGENCE, le terme *arriération mentale* est préférable, en faisant suivre l'âge de l'enfant du niveau mental ou du quotient d'intelligence.

Formation d'acides aminés dans les épanchements,

Par M. LOEPER, J. DECOURT et A. LESURE.

Les acides aminés du sang ne proviennent pas seulement de la désintégration des albumines alimentaires, mais aussi de la désintégration des albumines propres des tissus.

Ils peuvent naître également des exsudats inflammatoires ou mécaniques.

Il y a fort longtemps que les cristaux de tyrosine et de xanthine ont été constatés dans les liquides septiques et surtout dans les liquides gangréneux, mais le dosage des acides aminés n'y a point été, à notre connaissance, systématiquement pratiqué.

Nous avons donc entrepris quelques recherches que nous rapporterons brièvement :

Tout d'abord trois pus, l'un de pyopneumothorax, l'autre d'abcès froid tuberculeux, le troisième de pleurésie purulente à pneumocoques qui donnentres pectivement pour 1000 :

0,031, 0,035 et 1,86 d'acides aminés.

Le pus tuberculeux contient donc, ainsi que l'avaient déjà annoncé Jochmann et Fiessinger, beaucoup moins de produits aminés que le pus des suppurations banales.

Il n'est pas nécessaire qu'un liquide soit purulent pour contenir des acides aminés. Les liquides séro-fibrineux en sont assez riches ainsi que le montre le tableau ci-dessous :

H. pleurésie inflammatoire.................	0,084
C. — tuberculeuse	0,08
D. — —	0,11
B. — —	0,10
V. pleurésie chez un cardiaque..............	0,049
N. pleurésie hémorragique.................	0,19

L'épanchement mécanique donne des chiffres moins élevés que l'exsudat inflammatoire et la pleurésie hémorragique donne plus que la pleurésie sérofibrineuse.

Il n'est pas impossible que les acides aminés contenus dans ces liquides puissent dialyser de la circulation sanguine. L'équilibre est en effet fréquent entre la richesse de l'exsudat et celle du sang. Mais ils naissent surtout de la transformation progressive des produits albumineux de l'exsudat lui-même. Voici deux preuves de cette hypothèse: tout d'abord le taux de l'amino-acidose varie quelque peu d'un jour à l'autre, au fur et à mesure de la transformation de l'exsudat ; d'autre part la mise à l'étuve d'une certaine quantité de ces liquides, dans des conditions d'asepsie absolue accroît du simple au double l'amino-acidose :

Voici les résultats après 8 jours d'étuve :

	avant	après
N.L. pleural..........................	0,19	0,20
B.L. pleural..........................	0,10	0,18
D.L. pleural..........................	0,11	0,18

Les acides aminés ainsi formés proviennent sans doute à la fois de la lyse des éléments cellulaires et de la masse albumineuse. La proportion en est plus considérable dans les liquides sanglants qui sont plus riches à la fois en cellules rouges et en albumine.

	avant l'étuve	après
B. Liquide sanglant................	0,13	0,30
D. Liquide sanglant................	0,12	0,28

Et cela ne peut étonner puisque le sang lui-même, en autolyse aseptique, produit une forte quantité d'acides aminés et en protéolyse septique une proportion plus forte encore (jusqu'à 1 gr.)

Nous conclurons donc :

1° Qu'une source d'acides aminés importante réside à l'état pathologique dans la protéolyse des exsudats ;

2° Que cette protéolyse peut être septique et aseptique, la première résultant sans doute de l'action des microbes et des ferments leucocytaires et la seconde des ferments leucocytaires et des ferments propres de l'exsudat.

Formation de soufre dans les épanchements,

Par M. LOEPER, J. DECOURT et J. TONNET,

La désintégration progressive de la molécule albumineuse ne donne pas seulement naissance à des acides aminés. Elle engendre aussi de fortes proportions de soufre.

Nous avons dosé le soufre dans les liquides purulents ou non purulents par la méthode du chlorure de baryum qui nous a paru plus précise et plus pratique que celle du chlorate de potasse et du sulfate de benzidine que nous avons employée jadis (1).

Donc les résultats obtenus :

	ST	SA	SN	Rapport $\frac{SN}{ST}$
H. pleurésie inflammatoire.....	0,11	0,068	0,042	38 %
V. pleurésie mécanique........	0,097	0,07	0,027	27 %
F. pleurésie cardiaque.........	0,098	0,073	0,025	26 %
N. pleurésie hémorragique......	0,087	0,064	0,017	19 %
F. pyopneumothorax..........	0,13	0,068	0,069	50 %
D. abcès froid...............	0,068	0,055	0,013	19 %
M. pleurésie purulente à pneumocoques	0,151	0,13	0,021	14 %

Ainsi, de même que les acides aminés, le soufre est en assez forte proportion dans les épanchements. Il est plus abondant dans les liquides inflammatoires que dans les liquides mécaniques, et plus élevé aussi dans le pus infecté que dans le pus tuberculeux.

Les liquides hémorragiques ne sont guère plus riches que les liquides séreux.

Il existe un certain parallélisme entre l'accroissement des acides aminés et l'accroissement du soufre.

Si nous considérons maintenant le coefficient d'oxydation de ce soufre, nous constatons qu'il peut être moins élevé dans les épanchements purulents que dans les épanchements séreux, puisqu'il n'atteint guère que 30 % dans un exsudat purulent, et dépasse en général 70, dans les exsudats séreux.

La richesse en soufre des épanchements est attribuable à la fois à la protéolyse septique et à l'autolyse aseptique. En effet, dans un liquide pleural, recueilli aseptiquement et mis à l'étuve pendant quelques jours, le soufre total s'accroît de 10 % et cet accroissement porte presque exclusivement sur le soufre non oxydé.

(1) M. LOEPER, OLLIVIER et TONNET. — *Soc. de Biol.*, juin 1925 et *Progrès Médical*, août 1925.

On peut donc admettre qu'une source appréciable de soufre réside dans l'autolyse des exsudats et que cette autolyse a, comme celle des acides aminés, une double origine septique et aseptique.

L'autolyse aseptique conserve au soufre formé ses rapports d'oxydation normaux. L'autolyse septique peut augmenter notablement le soufre neutre.

LETTRE DE PROVINCE

L'hôpital de la Croix-Rousse

Ma dernière lettre au sujet des réformes hospitalières à Lyon date de bientôt quatre ans.

Nombre de choses que j'avais indiquées dans cette lettre courte et concentrée se sont trouvées d'accord avec les faits, notamment pour l'utilisation des bâtiments ; l'hôpital Saint-Louis est devenu une caserne de pompiers et les Minimes, rendus à la ville, sont devenus une école, mais, par contre on aurait acheté le pensionnat des Maristes à Saint-Genis-Laval pour en faire peut-être un sanatorium.

La suppression de deux services de médecine générale qui a causé des injustices particulières au bénéfice de l'intérêt général, ce qui ne pouvait se faire autrement, paraît-il, a eu les plus heureux effets d'abord sur les services de médecine voisins qui se sont trouvés surchargés et ensuite sur le budget des hospices où la ville ne participe plus que pour 7 à 8 millions environ par année.

Nous parlerons aujourd'hui en cette courte chronique, seulement de l'hôpital de la Croix-Rousse dans ses deux parties actuelles qui commandent avec une égale facilité l'éloge et le blâme.

***

L'hôpital de la Croix Rousse est bâti dans un quartier un peu éloigné en bordure de la ville.

Son périmètre de recrutement s'étend sur les 1er, 4e et 6e arrondissements. D'accès peu facile, il n'est ni périphérique ni urbain.

Il n'est pas considéré comme périphérique par l'administration, puisqu'il n'y a pas comme pour le Perron ou Debrousse une voiture spéciale pour y conduire les chefs de service : il n'est pourtant pas urbain pour la Faculté puisqu'il n'y a pas d'élèves stagiaires même dans le service des maladies contagieuses C'est un hôpital pour ainsi dire de quartier. Il est destiné à demeurer même après la construction légendaire de Grange-Blanche.

Sa construction relativement récente, sa situation sur une petite éminence, entourée de cours, non en bordure sur une rue, en faisaient un établissement dont on disait du bien et qu'on envisageait comme pouvant suffire encore aux besoins actuels.

Il se compose essentiellement de deux corps de bâtiment disposés chacun en équerre et reliés par deux galeries à chaque étage ; des galeries vitrées courent aussi sur la face postérieure orientée au sud-ouest. Les bâtiments sont massifs, à deux étages et comportent de grandes salles de 60 lits comme on les faisait à cette époque. Il n'y avait jadis qu'un chef de service par salle, depuis on a divisé les lits de chaque salle de manière que chaque médecin puisse avoir un service composé d'hommes et de femmes. De plus, chaque moitié de l'hôpital contient des malades d'un seul sexe, cette division paraissant présenter des garanties pour la discipline et la surveillance. Dans chaque salle, il n'existe qu'une seule chambre d'isolement pour un malade.

A côté de ce corps de bâtiments massifs, il existe une annexe formant la maternité, et un autre hôpital d'isolement qui est séparé de la maison-mère par une ruelle

sur laquelle sont jetés deux ponts pour les voitures et les piétons. Cet hôpital destiné autrefois aux cas de variole a vu sa destination se compliquer et se compléter par sa transformation en hôpital de maladies contagieuses.

Nous reviendrons plus loin sur ces deux formations qui constituent la partie moderne intéressante de l'hôpital.

***

L'hôpital de la Croix-Rousse offre assez le genre d'hôpital avant tout administratif.

La cour antérieure, comme toute les cours dites d'honneur est naturellement, comme bien l'on pense, interdite aux malades.

Il n'existe là qu'une porte d'entrée par mesure de surveillance pour que chacun puisse passer devant le garde qui contrôle et qui fait le rapport pour l'administrateur qui n'y est pas.

Il existe des portes et des grilles qui faciliteraient la rapidité des communications, elles sont ou fermées ou ouvertes dans des limites horaires très courtes, peu pratiques. C'est ainsi que le chef de service de l'hôpital de contagieux passe devant une grille fermée qui serait un raccourci commode et entre dans son service après avoir fait tout le tour de l'hôpital.

Le concierge véritable qui est sur la rue, ne sert à rien pour la journée, il ne fonctionne que la nuit pour le locataire ou le client attardés. La cour d'entrée seule a un peu de verdure et de gaité relative.

Les cours postérieures bordées de murs, plantées d'arbres, sont tristes, sans horizon, sans distraction et en réalité peu fréquentées, du reste les bancs y sont rares.

Les galeries sont préférées des malades, elle leur servent de fumoir, mais les vitrages ont des parties mobiles mal jointes, le froid y circule en maître : l'hiver elles constituent un défilé redoutable où l'on ne peut cheminer que chaudement vêtu.

***

Il est donc facile de décrier cette partie de l'hôpital et de montrer les défauts de la construction et de l'aménagement.

Pour la construction, on peut dire que sa disposition en rend difficile toute transformation réclamée par des idées nouvelles.

Les salles sont immenses, 60 lits. L'hiver dernier, elles ont abrité 80 à 90 malades. On a supprimé il y a deux ans un service de médecine en surchargeant ceux qui restent. Le personnel n'a pas été augmenté en proportion et la qualité des soins non plus.

Les rideaux qui entouraient la tête des lits ont été enlevés par mesure d'économie sans du reste consulter les chefs de service. Il en résulte une promiscuité plus grande entre des misères qui sont déjà assez tristes par elles-mêmes et qui n'ont pas besoin de se comparer. Quand un malade va sur la chaise percée il est bien en vue de tous les autres et de tous les visiteurs des deux sexes. Les cabinets d'aisance soin loin ; le seau hygiénique paraît encore l'objet nécessaire et obligé dans ces vastes salles.

Il y a peu de temps encore on ne cirait plus les parquets, ils n'en étaient pas plus propres. Tous ces détails résultaient de mesure d'économie sur l'entretien et le personnel.

Dans ces salles, nous l'avons dit, il n'y a qu'une sœur cheftaine pour deux chefs de service ; il leur est donc très difficile de faire la visite en même temps ce qui doit pourtant arriver. Le matériel est commun et la responsabilité divisée empêche de contrôler son emploi.

Dans chaque salle, il n'existe qu'une seule chambre d'isolement commune aux deux chefs. Si un malade fait du bruit, il faudrait le placer dans cette chambre, or elle est située au dessous de la chambre de la cheftaine qui par suite de ce voisinage va passer des nuits sans sommeil. On conviendra que sur 60 malades il y a plus d'un agité et bruyant, et des chambres nombreuses d'isolement complet seraient nécessaires.

Il va sans dire que je ne considère pas comme tels, ces boxes avec cloisons vitrées à 2 mètres de hauteur qui existent dans les salles on ne sait pourquoi, qui trop étroites, encombrantes, diminuent la place et ont des prétentions isolantes ridicules.

Il s'agit avant tout de combattre les défauts de la salle commune ; ce serait donc au moins des cloisons opaques qu'il faudrait, mais elles ne supprimeraient pas le bruit qui est dans les grandes salles un inconvénient majeur.

Nous avons dit que les malades sont groupés par sexe, côté est les hommes, côté ouest les femmes. Cela a l'inconvénient de trop séparer les deux parties d'un service, et d'obliger le personnel médical à une promenade un peu longue qui diminue forcément le temps de séjour auprès du malade. Il est question de resserrer davantage les divers éléments des services, mais la division des salles apparaît coume la mesure indispensable ou sinon la mesure sera insuffisante.

Il y a eu une tentative de grouper les malades tuberculeux. J'ai reçu même un matin de printemps l'ordre impératif de déménager mes tuberculeux du premier étage où ils guérissaient moins bien qu'au 2e, malgré mon désir contraire, il paraît que mon opinion n'avait aucune importance, mais deux mois plus tard, les tuberculeux se réinstallèrent, toujours sans mon avis naturellement, dans ces salles dont ils n'ont pas bougé depuis.

L'indigence de l'installation de ces services de médecine se complète encore par l'insuffisance de locaux pour le service médical.

J'occupe actuellement un service de médecine générale avec un cabinet de quinze mètres carrés, exactement 3 m. 40 sur 4 m. 50, pour toute installation, logeant les placards à observations et à matériel, l'interne les externes, le laboratoire, les appareils. On voit ce qui reste d'espace libre.

On a fait à l'un de mes collègues, il y a quelque temps, un laboratoire et un cabinet, installation modeste où il n'y a pas de quoi s'enthousiasmer ; mais il s'agissait il est vrai d'un service de tuberculeux et pour cette spécialité nous savons qu'à l'heure actuelle on ne marchande ni l'augmentation des externes, ni les laboratoires, ni la radioscopie. La médecine générale n'a pas droit aux mêmes attentions, elle n'est pas encore devenue une spécialité.

Dans les salles de médecine, il n'y a pas encore d'éclairage convenable ; il existe quatre becs de gaz. Il s'y voit un double fil électrique médian au plafond, en trolley où l'on peut prendre de l'éclairage avec une perche.

C'est exactement le même système que lorsque j'étais en première année dans cet hôpital en 1895 il y a trente ans. L'interne zélé qui, le soir, veut prendre une observation, faire une saignée ou une ponction, renonce facilement devant l'insuffisance de l'éclairage.

Qu'ajouterais-je encore ? Que la radioscopie est loin des salles, on doit renoncer à y transporter des malades aigus en hiver, à cause des galeries ouvertes. Dirais-je enfin qu'il n'y a qu'un ascenseur, souvent en panne et qui sert plus à la cuisine qu'au personnel et aux malades ?

Que cet ascenseur est à un bout de l'hôpital loin de l'entrée et que les malades font souvent un long trajet inutile pour arriver au port ?

***

Vous pourriez croire que le visiteur devant cet hôpital quasi moderne ne verra que ce tableau sinon sombre tout au moins gris comme les bâtiments eux-mêmes.

Il existe heureusement les deux annexes fraîchement

installées où l'on promènera le visiteur en lui faisant éviter les galeries mal jointes au sol bitumé raboteux, le trolley électrique des salles sans rideaux, où l'on voit d'un bout à l'autre les malades faire leurs nécessités et salir un plancher rarement ciré.

***

L'hôpital de maladies contagieuses est tout blanc, tout frais, avec des salles petites, des chambres d'isolement nombreuses, un chauffage, un éclairage parfaits, laboratoires multiples, salle d'opérations, radioscopie, personnel nombreux. Il a été relativement facile d'aménager l'ancien hôpital d'isolement, car les bâtiments récents s'y prêtaient par la simplicité de leur construction.

Il y a peut-être lieu de craindre que les locaux soient un peu petits en face d'une épidémie un peu étendue. De fait, les érysipèles sont déjà dans une baraque en bois, ce qui paraît un peu proviscire à l'heure actuelle pour des malades fébriles qui ont bien droit à la pierre et à la brique comme leurs frères.

Il n'en reste pas moins vrai que cet ensemble constitue un des services de médecine les mieux aménagés des hôpitaux, qu'il forme une entité médicale autonome où le chef peut travailler avec plaisir et commodité pour le plus grand profit des malades.

***

La maternité de la Croix-Rousse vient de s'inaugurer récemment.

Elle a succédé à une autre, très petite, par l'adjonction d'un grand bâtiment à deux étages où la multiplicité des locaux que je demande a reçu une exécution assez large. Les chambres d'isolement sont nombreuses, pour les tuberculeuses, pour les infectées, pour les femmes en travail, pour l'opération césarienne, des chambres pour nourrissons avec lavabos et bains à profusion, un ascenseur pour desservir les étages, bref on a la sensation que le chef de service a eu ce qu'il pouvait désirer et qu'il peut, le cas échéant, réaliser des transformations d'après son expérience ultérieure.

Nous ne sommes pas de ceux qui croient qu'un voyage en Allemagne peut apprendre l'hospitalisation d'une façon définitive. Il y a toujours à transformer et il faut des locaux transformables, il faut satisfaire le plus possible le chef de service qui peut avoir des idées intéressansantes. Bien installé, il restera plus longtemps par matinée et plus longtemps sans chercher de mutation ; les malades dans le premier cas, l'administration dans le second y trouveront leur compte.

La maternité de la Croix-Rousse représente dans ce genre le service le mieux installé dans les hôpitaux.

Nous pensons toutefois qu'avec le service des maladies contagieuses, ils seront d'un entretien beaucoup plus coûteux que les services anciens.

Là comme dans beaucoup d'autres choses le progrès n'est pas une économie.

***

Il reste encore beaucoup à faire dans l'hôpital de la Croix-Rousse.

L'administration a sans doute ses heures pour agir, mystérieuses et profondes, variant suivant les hommes et les nécessités du moment.

La médecine générale, nous l'avons dit, est actuellement négligée. On ne dépense guère pour elle. On me refusait récemment un marteau à réflexes, sous prétexte que j'en avais déjà un et que c'était bien suffisant pour le service.

La médecine générale est effacée par la spécialité, sans doute parce qu'elle est destinée à disparaître et qu'elle se fait avec rien.

C'est une des raisons pour lesquelles l'administration n'hésite pas dans les suppressions de services à choisir des services de médecine générale anémiés au préalable par l'instauration des services spéciaux.

Le nombre des malades ne diminue pas mais ils sont répartis différemment, c'est à cette méthode que je dois d'avoir déjà changé deux fois de service malgré moi et ceci n'est peut-être pas fini. Il faudrait probablement pour rester stable procéder d'une influence ou d'une manière que je ne possède pas.

Aussi, je n'ai pas la naïveté de croire que j'écris pour les temps actuels.

Je ne puis être un réformateur ou un redresseur de torts ; on s'aperçoit rapidement qu'on est un don Quichotte luttant contre des moulins à vent. Je suis simplement un enregistreur des méthodes administratives d'une époque.

E. PALLASSE,
Médecin des hôpitaux de Lyon,

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 4 décembre 1925

Maladie de Recklinghausen : monoplégie atrophique du membre inférieur droit : tuberculose pulmonaire. — MM. *Babonneix*, *Touraine* et *Pollet* présentent un homme de 28 ans, atteint de neurofibromatose typique, bien que les troubles psychiques soient réduits au minimum. L'intérêt de ce cas, en dehors d'une tuberculose pulmonaire évolutive, réside dans l'existence d'une monoplégie du membre inférieur droit, survenue à l'âge de deux ans, et qui est à la fois atrophique et spasmodique. Paralysie infantile de type anormal ? compression de la moelle, soit par la colonne vertébrale déviée, soit par un nodule intra-rachidien ? Hérédo-spécificité ? Toutes ces hypothèses peuvent être discutées.

M. *Laignel-Lavastine* a déjà observé plusieurs malades ressemblant à celui qui est présenté. Il en suit un, actuellement, chez qui existe des lésions osseuses (de calcification) en dehors des lésions cutanées.

L'évolution anatomique et clinique des endocardites. Les facteurs biologiques de cette évolution. — M. *Maurice Renaud.* — Après avoir montré que l'anatomie permet de concevoir les lésions apparemment différentes des endocardites comme les modalités d'un même processus, et que la clinique n'autorise pas une distinction nettement tranchée en endocardites bénignes et en endocardites malignes ; estime que l'expression clinique de toutes les endocardites dépend au premier chef de complications qui sont elles-mêmes fonction de facteurs biologiques dont il va faire l'étude.

L'endocardite ne crée pas la bactérihémie, dont elle est ellemême déjà une conséquence, mais en permettant la facile multiplication des germes dans les thromboses et favorisant leur dissémination par les embolies, elle l'entretient et l'accentue. L'endocardite est un *relai pour l'infection et un foyer de surinfection*.

Si le germe est virulent et pyogène, l'organisme est atteint brutalement et la vie est rapidement incompatible avec les désordres qui atteignent tous les organes. Il en est ainsi dans la fièvre puerpérale.

Si l'atteinte est moins brutale, la maladie évolue comme une affection subaiguë, ou chronique entrecoupée de poussées subaiguës, et la mort ne survient souvent qu'à l'occasion d'une localisation accidentelle (généralement méningo-encéphalitique). Si cette localisation malheureuse ne survient pas, les lésions se cicatrisent les unes après les autres, et rien n'empêche, en théorie, de se produire une guérison que l'observation montre rare, mais possible.

La bactérihémie est toujours signe de haute gravité. Son



Rhino-Capsules
DE
LENIFORME
Huile antiseptique non irritante
dosée à 5 ou 10 0/0 d'essences antiseptiques
pour auto-injections nasales
CORYZA - SINUSITES
Rhinites - Laryngites - Trachéites
ÉCHANTILLON : 26, RUE PÉTRELLE
PARIS (9e)

absence, si elle témoigne toujours d'un certain degré d'immunité, ne prouve pas que l'endocardite soit déshabitée.

Dans la plupart des cas où l'endocardite a une marche lente et torpide c'est que ses conséquences se développent par surinfection, chez un individu déjà infecté, et en état de défense active sinon d'immunisation relative.

Les réactions variables de l'organisme expliquent les formes de la maladie. La qualité du germe et la spécificité prétendue de certains (tel le Str. viridans), ne font intervenir que des notions vagues, car la virulence est toujours en rapport entre un germe et un organisme donnés.

Pour faire le pronostic d'une endocardite, il importe donc de tenir le plus grand compte de la sévérité de l'état infectieux et d'analyser minutieusement ses manifestations (et son retentissement sur tous les organes, dont les lésions, une fois constituées, évoluent indépendamment de celles de l'endocarde.

Malgré les mauvaises conditions anatomiques, les processus d'endocardite peuvent guérir ; mais nous n'avons nul moyen direct de suivre et de constater leur cicatrisation. Il importe d'être toujours très réservé quand on parle de celle-ci.

Cette étude montre qu'il faut envisager les endocardites sous un double aspect, en tant que *conséquence* et *cause* d'un état morbide.

En quoi l'atteinte de l'endocardite va-t-elle modifier la marche de l'état infectieux ? Va-t-elle le rendre immédiatement grave en diffusant le virus, ou va-t-elle seulement l'entretenir et le faire durer sur un mode subaigu ? (endoc. rhumatismale, endoc. lente).

Comment ensuite la marche de la maladie, ses complications (telles les emboliee cérébrales, les lésions rénales) vont-elles retentir sur la lésion endocarditique ? lui laisseront-elles le temps de se cicatriser ?

Voilà les questions auxquelles il faut répondre si on veut interpréter directement un cas donné.

En dégageant les grandes lignes de l'évolution des processus endocarditiques, on saisit ceux-ci dans leur continuité, et on relie aisément tous les faits les uns aux autres. On apprécie la valeur des facteurs de cette évolution, on arrive à la compréhension précise et à l'interprétation correcte de tous les cas particuliers.

Etude anatomoclinique sur un cas de maladie osseuse de Recklinghausen. — MM. ***Georges Guillain, Ivan Bertrand, Garcin,*** présentent une malade de 36 ans chez laquelle on constate les signes cliniques et radiologiques d'une maladie osseuse fibrokystique généralisée de Recklinghausen.

Ils insistent sur l'existence chez cette malade de phénomènes douloureux précédant et accompagnant les poussées évolutives osseuses, douleurs d'une grande acuité sur lesquelles nombre d'auteurs en général n'attirent pas suffisamment l'attention.

Ils mentionnent aussi l'hyperthermie localisée au niveau des tuméfactions osseuses perceptibles à la palpation digitale et objectivée par la thermométrie qui montre l'augmentation de 3° au niveau de la zone malade. Cette hyperthermie que l'on observe au niveau des déformations osseuses de la maladie osseuse de Paget ne semble pas avoir été mentionnée dans la maladie de Recklinghausen.

Des ensemencements sur milieux aérobies, anaérobies et milieux champignons ont été pratiqués après une biopsie de cette malade. Tous ces examens ont été négatifs.

Un examen anatomo-pathologique du fragment prélevé par biopsie sans décalcification a permis de montrer des phénomènes très spéciaux caractérisés par : 1° l'existence d'un labyrinthe cavitaire résultant de la fonte du tissu médullaire, ce labyrinthe s'infiltre jusque dans les moindres canaux de Havers. Il est tapissé par un endothélium formé aux dépens des fibres conjonctives médullaires. Il est rempli par un liquide à faible teneur d'albumine ; 2° la fibrose médullaire d'un type spécial, fibroglique avec disparition des diverses lignées hématogènes ; 3° des hemorragies interstitielles à divers stades de résorption ; 4° des myéloplaxes et des ostéoclastes qui jouent un rôle important dans les phénomènes de resorption modelante.

Il semble donc que le diagnostic histologique de la maladie de Recklinghausen puisse être fait avec les caractères spéciaux qui viennent d'être mentionnés.

Traitement des poussées aiguës ou subaiguës du rhumatisme chronique par l'association du traitement salicylé et iodé. — MM. ***S. I. de Jong*** et ***Madeleine Wolff*** ont observé un certain nombre de malades chez qui l'association du traitement salicylé par la bouche et du traitement iodé sous forme d'injections, notamment d'iodure de sodium à forte dose, a donné un résultat particulièrement rapide en ce qui concerne la sédation des douleurs. L'association salicylate-iodure semble sans effet marquant dans le rhumatisme articulaire aigu des jeunes. Les cas favorablement influencés ont été surtout des cas de réveil chez d'anciens rhumatisants aigus ou de poussées subaiguës chez des rhumatisants chroniques adultes ou âgés. Chez ceux-ci l'injection d'iode ou d'iodure de sodium à forte dose dans une région voisine de l'articulation douloureuse, combinée à l'emploi du salicylate de soude en ingestion, a été beaucoup plus efficace que l'emploi de chacun de ces médicaments fait séparément.

A propos d'un cas de fièvre typhoïde (Intérêt de l'examen tardif des hémocultures en milieu non bilié. Interprétation nouvelle de l'électivité des milieux biliés). — MM. ***S. I. de Jong*** et ***P. Hauduroy*** rapportent une observation de fièvre typhoïde dont l'étude bactériologique permet les conclusions suivantes :

1° Les hémocultures en eau peptonée dans la fièvre typhoïde peuvent n'être positives qu'après plusieurs jours, parfois une semaine. 2° On se rendra compte de la présence des germes dans ces hémocultures tardivement positives par le seul examen microscopique, l'ensemencement sur les milieux habituels pouvant ne donner que des résultats négatifs. Cette anomalie est due à la présence du bactériophage antityphique que l'on prélève dans le sang en même temps que les germes pathogènes ;

3° La bile exerce une action d'arrêt sur le pouvoir lytique du bactériophage. Ainsi s'explique l'avantage, pour un diagnostic rapide, des hémocultures en bile, quand on soupçonne une septicémie être due à un bacille du groupe typhique, paratyphique, coli. L'expérience avait montré l'électivité des milieux biliés, mais l'interprétation de cette électivité doit être corrigée à la lumière de ce fait nouveau.

Varicelle mortelle à forme comateuse d'emblée chez une femme enceinte. — MM. ***Robert Debré, Léry-Solal, Gaston Netter*** et ***Jean Longchampt*** rapportent l'observation d'une primipare, qui au huitième mois d'une grossesse surveillée et jusque-là normale, voit apparaître une éruption discrète de bulles de varicelle. En quelques heures, l'éruption évolue avec une rapidité foudroyante, se généralise à tout le corps, en même temps que parallèlement s'établit un coma de plus en plus profond. L'on observe du trismus, une légère raideur de la nuque, pas de signes de Kernig, ni de signe de lésion en foyer. Les réflexes sont très affaiblis. La ponction lombaire ne montre qu'un excès d'albumine sans réaction lymphocytaire. Malgré la thérapeutique : saignée, injection du sang d'un malade guéri de la varicelle, médication tonique, la mort survient 18 heures après l'éruption.

Les urines examinées en pleine crise n'ont montré qu'une légère couche d'albumine.

L'absence d'albumine avant la crise, l'absence d'hypertension, l'évolution même des accidents éliminent l'éclampsie.

Les auteurs pensent à une forme de varicelle maligne, évoluant sur un terrain spécial (grossesse) et frappant électivement les tissus d'origine ectodermique, peau et névraxe. Ils rapprochent ce cas des constatations récentes sur l'herpès et l'encéphalite, la vaccine cutanée et la neuro-vaccine.

Maladie mitrale et crises d'œdème pulmonaire. Crises d'asthme et arythmie complète paroxystique. — M. ***Magniel.***

Séance du 11 décembre 1925.

Action lipolytique du suc duodénal et pancréatique. — M. ***Binet*** (à propos du procès-verbal) considère que dans la digestion des graisses, le suc intestinal joue un rôle important. La lipase intestinale, comme on peut s'en rendre compte *in vitro*, mélan-

◆◆

gée à la bile permet la digestion des graisses. Le même phénomène se produit chez des chiens dépancréatisés.

Ouabaïne en injections intra-veineuses chez les cardio-rénaux. — MM. *Clerc* et *Bascourret*. — Chez 21 malades atteints d'insuffisance cardio-rénale associée, les auteurs ont pratiqué des injections intra-veineuses d'ouabaïne à la dose d'1/4 de milligr. par jour ; la dose totale étant pour la cure d'un milligr. 1/2 ; eu même temps on dosait l'albumine urinaire ; l'urée sanguine et l'élimination de la phénolphtaléine. Dans ces conditions, après des cures deux ou trois fois répétées, non seulement aucune aggravation de l'insuffisance rénale ne s'est produite, mais encore on a noté dans la plupart des cas une amélioration des troubles dus à la néphrite, spécialement en ce qui concerne l'albuminurie et l'azotémie. Ces résultats montrent que la néphrite, même chronique, ne constitue pas une contre-indication formelle à l'ouabaïne, et qu'il n'y a pas lieu de refuser le bénéfice d'une telle médicamentation aux sujets chez lesquels la défaillance accentuée et chronique du rein se joint à celle du myocarde.

Etude comparative des propriétés hémolytiques du plasma et du sérum des hémoglobinuriques. — MM. *P.-E. Weil* et *R. Stieffel* font une étude parallèle du pouvoir hémolytique du plasma et du sérum des hémoglobinuriques. Ces deux liquides se comportent de façon radicalement distincte.

1° A certaines périodes de la maladie, le plasma est clair, alors que le sérum est hémolysé ;

2° Les épreuves d'Ehrlich et de Donath et Landsteiner donnent toujours des résultats plus nets pour le sérum que pour le plasma.

3° Le sérum d'hémoglobinurique, injecté à la dose de 5 cc, dans la veine marginale de l'oreille du lapin (dose non toxique pour les sérums d'individus normaux), provoque, ou la mort du lapin, ou l'hémolyse suivie d'hémoglobinurie.

Ce pouvoir hémolysant du sérum paraît intimement lié au trouble de la coagulation car, d'une part, les périodes d'hémolyse intense sont celles où le temps de la coagulation est le plus abaissé et où la coagulation se fait le plus mal ; d'autre part, l'épreuve du bain froid (épreuve d'Ehrlich) provoque, en même temps que l'hémolyse un vice important de la coagulation et de la formation du caillot.

M. *Fiessinger*, à propos d'un cas d'hémoglobinurie, pense qu'à côté des hémoglobinuries d'origine sanguine, il en existe d'origine rénale. Chez son malade, existait un ictère hémolytique sans hémolysines et d'hémoglobinurie fut guérie par l'émétine. Dans l'urine on retrouvait des amibes. L'hémoglobinurie était due à une amibiase rénale.

Premiers essais de vaccination anti-tuberculeuse par le B.C.G. (bacille Calmette Guérin). — MM. *B. Weill-Halié et R. Turpin* apportent le résultat de 300 vaccinations personnelles, poursuivies depuis quatre ans et de 4517 vaccinations enregistrées par le laboratoire de l'Institut Pasteur depuis juin 1924.

Les vaccinations effectuées sur des nourrissons observés en milieu contaminé se montent à 400 environ.

La mortalité, par toute cause de maladie, sur l'ensemble des sujets vaccinés, ne dépasse pas 6 %.

La mortalité par tuberculose présumée ne figure que pour 0,5 %. Les auteurs soulignent à nouveau l'innocuité de la méthode. Des constatations ultérieures leur permettront de préciser l'immunité conférée, la date et le mode de vaccinations actuellement à l'étude, les variations de la cuti-réaction chez les sujets vaccinés.

Traitement des infections à bacilles de Ducrey par le vaccin de Nicolle. — MM. *Hudelot et Duhamel* présentent plusieurs malades atteints d'infections à bacilles de Ducrey (chancrelles, adénites chancrelleuses, bubons suppurés, collectés, phagédénisme chancrelleux) guéris ou très améliorés, par le vaccin de Nicolle. Les auteurs insistent sur la rapidité d'action du vaccin, sur la réaction thermique consécutive à l'injection. En général, au bout de 2 à 3 injections, guérison presque complète. On peut faire jusqu'à 6 injections à doses croissantes ; une tous les deux jours. Les injections doivent être faites intra-veineuses.

René GIROUX.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 décembre 1925

Les voies d'accès du rein. — *MM. Legueu et Fey* ont étudié la voie thoraco-abdominale antérieure. Cette voie donne un jour considérable et sa réparation est particulièrement facile. Malgré ses avantages, elle ne semble indiquée que dans certains cas particuliers et surtout pour aborder le pôle supérieure du rein gauche.

Fractures complexes du cou-de-pied. — *M. Louis Bazy* a observé chez un homme, après une chute de 25 mètres, une fracture de Dupuytren s'accompagnant de fracture verticale de l'astragale. Il est intervenu par la voie externe, péronière, de Duval et Gatellier, et a pratiqué l'astragalectomie. Puis il a réuni par une plaque de Lambotte les fragments péroniers et pratiqué le vissage tibio-péronier pour réduire le diastasis. Le résultat fonctionnel a été excellent.

Anévrysme de la région fessière. — *M. Moure* rapporte une observation de *M. Charbonnel* et reprend l'étude de ces anévrysmes qui siègent tantôt sur l'artère fessière et tantôt sur l'ischiatique.

Il s'agissait d'une femme atteinte depuis trois ans de sciatique et qui fut traitée par des injections d'air, à l'aide d'un trocart, dans la fesse. Un anévrysme artériel se développa immédiatement et nécessita bientôt une intervention. M. Charbonnel pratiqua la ligature préalable de l'hypogastrique puis disséqua l'anévrysme adhérent au nerf sciatique et développé aux dépens de l'artère ischiatique. Il le résèqua et lia les deux extrémités artérielles. Malgré une suppuration de la plaie puis des escharres, la malade guérit.

Le pouls lent au cours des affections abdominales. — *M. Sauvé* rapporte cinq observations de *MM. Jeanneney* et *Piéchaud* (de Bordeaux). Il s'agissait de malades atteints de syndrome abdominal aigu (appendicite, contusion de l'abdomen, grossesse extra-utérine, kyste de l'ovaire tordu) avec un pouls lent paradoxal. Il s'agit pourtant d'affections où le pouls joue un rôle important, plus grand que celui de la température, dans les indications opératoires.

Les auteurs ont vu, par contre, dans ces cinq cas, le pouls s'accélérer après une injection de morphine et pensent que cette pratique peut éclairer le diagnostic.

Le rapporteur a repris 61 observations personnelles de réactions péritonéales et a retrouvé 3 cas de pouls lent au-dessous de 60. Ce n'est donc pas un phénomène exceptionnel, mais il serait dangereux d'attendre l'effet de la morphine pour agir ; il faut dans le doute intervenir d'urgence.

Luxations du métatarse. — *M. Kuss* rapporte deux observations de *M. Cochez* et *Piéry* (d'Alger). Le premier blessé présentait une luxation divergente du métatarse qui fut réduite facilement sous anesthésie générale deux heures après. Dans le deuxième cas il s'agissait d'une luxation totale externe qui s'est reproduite aussitôt après la réduction. C'est que dans le dernier cas le Ve métatarsien est également luxé et ne peut maintenir la réduction. Aussi certains auteurs ont-ils préconisé une intervention sanglante pour fixer le Ve métatarsien. Mais le rapporteur reste sceptique sur la valeur des interventions sanglantes dans les luxations du métatarse, dont le pronostic fonctionnel s'améliore considérablement avec le temps.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 4 décembre 1925.

M. *Thévenard* présente une tumeur rétro-péritonéale qui présente cette particularité d'être un lympho-sarcome pur, par conséquent de nature nettement maligne. Elle avait dissocié le méso-côlon iliaque ; ses connexions avec les vaisseaux coliques gauches en rendirent l'exérèse difficile. Guérison opératoire.

Ulcus duodénal. La gastro-entérostomie simple est un traitement insuffisant. — M. *Victor Pauchet* présente le cas d'un homme qui a subi, il y a trois ans, une gastro-entérostomie simple pour ulcus duodénal. Ce malade a présenté, il y a un mois, une hémorragie abondante. L'auteur a pratiqué la résection de l'ulcus duodénal et de la petite tubérosité jusqu'au niveau de l'anastomose. 70 % seulement des ulcus duodénaux guérissent par la gastro entérostomie.

Cette opération ne supprime, d'une façon certaine, ni l'hémorragie, ni l'hyperchlorhydrie, ni les chances de perforation. En présence d'ulcus duodénal, de deux choses l'une : ou le sujet est hyperchlorhydrique ou il est hypochlorhydrique. S'il est hypochlorhydrique, il faut faire le traitement direct, c'est-à-dire le brûlage de l'ulcus et la duodéno-plicature, suivie d'une gastro-entérostomie. C'est l'opération de choix pour les ulcus atteints de perforation aiguë. Si le sujet est hyperchlorhydrique, il faut faire, non seulement la résection du duodénum, mais aussi celle de la plus grande partie de l'estomac. L'opération directe, en cas d'hypochlorhydrie donne une mortalité de 1 %. La résection de l'estomac et du duodénum donne une mortalité de 2,5 %. Au cours de cette opération pour U. D. il ne faut pas manquer d'enlever l'appendice ni d'explorer la vésicule.

M. *Péraire* présente au nom du Dr Maurice Bloch, un travail qu'il intitule : vers la *désintoxication cancéreuse.* Le principe de cette méthode consiste dans l'inoculation aux malades d'une antitoxine prélevée sur les cellules ayant subi la dégénérescence graisseuse néoplasique et préparée par une macération plus ou moins prolongée de ces cellules. Ce traitement a été inspiré à l'auteur par des observations de guérison spontanées de cancer par dégénérescence graisseuse, exceptionnelles il est vrai, et par d'autres non moins convaincantes de tumeurs sarcomateuses, restées bénignes en raison de la présence *de lipoblastes*. A l'appui de sa thèse, l'A. cite douze observations de malades traités par ces *néoliphases*.

Résection totale des deux articulations sterno-costo-claviculaires pour arthrite tuberculeuse. — M. *Dufourmentel* présente une malade chez laquelle il a pratiqué, de 1919 à 1922, successivement, une exérèse de ganglions tuberculeux ulcérés de la moitié droite du cou ; la même opération à gauche, puis une résection en bloc des deux articulations sterno-costo-claviculaires. Après chaque opération, la guérison fut obtenue en 8 jours grâce à l'évidement aussi complet que possible du foyer tuberculeux et à la fermeture de la plaie *sans drainage*. L'A. détaille l'excellent procédé de résection qui fut décrit en 1910 par Ganjoin et insiste sur les résultats constants et rapides qu'il a obtenus dans de multiples cas, grâce à l'abstention de tout drainage. L'opérée qu'il présente n'a pas le moindre trouble de mobilité à la suite de cette importante résection du manubrium et des extrémités internes des deux clavicules et des deux premières côtes.

Ostéochondrite survenue trois ans après la réduction, dans une hanche atteinte de luxation congénitale. — M. *Roederer* attire l'attention sur ces ostéochondrites que l'on voit aussi bien aussitôt après la réduction que plusieurs années après et surtout au moment de la puberté. On pourrait, comme dans le cas présent, attribuer la boiterie revenue à une subluxation, c'est la raideur qui commande seule les troubles observés.

Traitement opératoire du pied creux. — M. *Dupuy de Frenelle* expose le traitement opératoire du pied creux. L'opération comporte trois temps principaux : la correction du talus, la résection du sommet de l'angle ; le relèvement du métatarse. La *correction du talus* se réalise à l'aide d'un tendon de renne qui passé au travers du bord postérieur du tibia et de la tubérosité postérieure du calcaneum, maintient le talon en position normale. Le raccourcissement du tendon d'Achille, qui complète ce temps, s'opère à l'aide d'un tampon de renne faufilé dans le tendon et passé au travers du calcaneum, puis serré en boucle. La résection du sommet de l'angle est complétée par la section de l'aponévrose plantaire rétractée. Le redressement du métatarse est maintenu à l'aide du passage du tendon extenseur correspondant au travers de l'extrémité antérieure du premier et du cinquième métatarsiens. L'extrémité du tendon mis en tension est fixée à l'os et au corps du tendon. Le résultat immédiat de cette opération se maintient intégralement depuis quatre ans.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 décembre 1925.

A propos de l'opération précoce en chirurgie biliaire. — M. *Guelpa.* — Le fait d'extraire les calculs de la vésicule biliaire ne peut constituer le traitement indispensable ni complet de la lithiase biliaire, parce qu'il n'a aucune action sur la production et encore moins sur le retour des concrétions. Ce rôle doit être réservé à la médecine et à l'hygiène qui, dans la majorité des cas, peuvent aboutir au plus complet succès. Ce ne serait que dans les cas exceptionnels que l'intervention chirurgicale devrait aider la médecine pour amener plus rapidement la guérison. Les lithiases doivent être considérées comme des productions goutteuses en vase clos et traitées d'après la même conception, c'est-à-dire désintoxicatton profonde et alimentation hypocalcaire.

Ainsi combattues, les lithiases quoique très lentement, s'atténuent progressivement et finissent par disparaître.

Fractures méconnues de la colonne vertébrale. — M. *Péraire* revient sur l'histoire des fractures méconnues de la colonne vertébrale sans symptômes médullaires immédiats et sur la gravité des symptômes tardifs. Il insiste sur les complications tardives résultant de la négligence des malades et aussi des erreurs de diagnostic. Les cas étiquetés comme des rhumatismes vertébraux n'ont d'autre origine qu'une ancienne fracture méconnue terminée par l'ankylose d'une ou de plusieurs vertèbres avec rétractions ligamenteuses et ostéophytes. Comme traitement, au lieu de la simple immobilisation dès que le diagnostic radiographique est fait, il propose *la ligature apophysaire de Chipault*.

Ulcère gastrique et ulcère duodénal. Présentation de pièces, par M. V. Pauchet. — M. *V. Pauchet* présente trois pièces anatomiques : un ulcère gastrique et un ulcère duodénal de dimensions réduites, diagnostiqués par la clinique seule et traités par la résection large. Les sujets étaient hyperchlorhydriques et la résection large est la condition pour prévenir toute récidive. Elle n'est pas plus grave qu'une gastro-entérostomie, mais elle est un peu plus délicate, car en cas d'ulcus duodénal, il faut sectionner l'intestin au ras du pancréas. L'enfouissement demande alors beaucoup de soins. L'ulcus duodénal est moins profond, moins pénétrant que l'ulcus gastrique. Ce dernier dans le cas présent, détruit la totalité des tuniques.

Cancer recto-sigmoïde extirpé par voie abdominale ((Opération de Hartmann). — M. *V. Pauchet.* — Ce cancer a été extirpé avec succès chez une femme de 73 ans. Il montre la bénignité de ces opérations, sans qu'il soit possible de dire pourquoi. L'exérèse abdomino-périnéale, chez une femme pâle, anémiée, de 73 ans, aurait été très grave. Ces malades soi-disant inopérables autrement que par un anus artificiel deviennent opérables par la méthode de Hartmann qui a l'avantage, sur l'anus artificiel, de supprimer la tumeur.

M. *Sédillot* présente un livre sur l'asthme et la malade de l'observation 27 de ce livre. Jeune femme de 31 ans, asthmatique depuis l'âge de 6 mois. Guérie une première fois à 10 ans, en 1904 par Delthil au moyen de la cure de désintoxication. Cette asthmatique à la suite d'écarts de régime présente d retours d'asthme à 24 ans, 29 ans et 31 ans ; les deux premiè fois, l'asthme s'accompagnait d'une sensibilisation anaphylactique digestive (lentilles, urticaire géant de la face, asthme pulmonaire), la troisième fois, de la même sensibilisation digestive, plus une sensibilisation olfactive à la graine de lin (coryza spasmodique, asthme pulmonaire).

Aux trois fois, le régime de repos hépatique et la cure de désintoxication arthritique (sans aucune tentative de désensibilisation directe) amenèrent en moins d'un mois la dispa-

rition de l'asthme et des sensibilisations. Contre la sensibisation olfactive, il fallut avoir recours à l'opothérapie thyroïdienne.

L'hypertrophie dite compensatrice du rein existe-t-elle ? — M. *Cathelin* fait une communication sur la prétendue hypertrophie compensatrice du rein dont tout le monde parle et que personne n'a jamais vue. Il montre : 1° qu'au point de vue anatomo-pathologique ; 2° qu'au point de vue physiologique ; 3° qu'au point de vue clinique : 4° qu'au point de vue de la patqologie générale et du bon sens, cette hypertrophie du rein restant après néphrectomie n'existe pas, pas plus qu'un œil ne s'hypertrophie après énucléation de l'autre, il en est de même pour tous les organes doubles et mêmes giandulaires de l'organismes.

Sur quelques points personnels concernant la neurotomie rétrogassérienne dans les névralgies faciales (Projections et présentation d'opérés. — M. *J. Bourguet* montre au moyen de projections les modifications qu'il a apportées à cette opération. Le trijumeau qui donne la sensibilité à la face étant constitué par une racine sensitive et une racine motrice il est important de ne couper que la racine sensitive si on ne veut pas avoir un méplat de la face disgracieux. Sa modification a pour but d'épargner cette racine motrice et il présente une malade chez qui il a pu le conserver en appliquant sa modification.

Oxygénothérapie. — M. *Dupuy de Frenelle* utilise l'oxygène sous forme d'inhalation, de courant continu ou d'injections sous-cutanées. L'oxygène en inhalations est employé lorsqu'il est associé à l'anesthésie par le chlorure d'éthyle goutte-à-goutte, il permet d'entretenir le sommeil avec une quantité moindre d'anesthésique. A la fin de l'anesthésie, un courant d'oxygène permet de balayer le chlorure d'éthyle mélangé à l'air résidual. Il facilite l'élimination complète et rapide de cet anesthésique. L'auteur utilise à cet effet un dispositif constitué par une double poire de caoutchouc qui forme détendeur. Ce dispositif est branché directement sur une bouteille d'oxygène. Il permit de débiter le gaz soit en courant continu, soit bulle à bulle par l'intermédiaire d'un pointeau. M. Dupuy de Frenelle utilise le courant intermittent d'oxygène dans le traitement des pleurésies purulentes, de la gangrène pulmonaire et des plaies septiques. Dans certains cas, il fait barboter le courant d'oxygène dans un mélange d'éther-goménol-eucalyptol. Les injections sous-cutanées d'oxygène diminuent l'asthénie respiratoire, remontent le pouls et régularisent le ryihme respiratoire. Elles sont indiquées dès qu'apparaissent les signes précurseurs de la cyanose. Ces infections sont devenues faciles à réaliser pour le médecin, grâce aux appareils d'*Agasse-Lafont* et *Fialip* qui permettent aux médecins de fabriquer instantanément de l'oxygène et sont peu coûteux et simples à manier.

A. LAVENANT.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 décembre 1925.

La prophylaxie de la lèpre. — M. *Thibierge* espère que l'Académie adoptera les conclusions du rapport de M. Jeanselme. Il veut faire allusion personnellement à certaines craintes et à certaines préoccupations que ce rapport a éveillées dans le public.

Il a suffi que l'Académie soit saisie d'un rapport sur les mesures à prendre contre la lèpre pour que quelques personnes se soient imaginées que notre pays était menacé de voir reparaître cette maladie qu'elles croyaient éteinte depuis le moyen âge et qu'il allait de nouveau se couvrir de léproseries.

Il y a donc lieu de préciser la portée du rapport de M. Jeanselme. Il a observé un cas net mais exceptionnel de transmission de la lèpre à un sujet qui n'avait pas quitté la France. La Commission l'a chargé de mettre au point les mesures prophylactiques à prendre.

Ces mesures ont, depuis plus de 30 ans, été débattues à plusieurs reprises dans les conférences internationales de la lèpre, dans les diverses sociétés savantes, sans que jamais il ait été édicté en France de réglementation d'ensemble. Le règlement de police sanitaire du 26 novembre renferme bien au sujet de la lèpre des prescriptions qui pourront être utiles, mais leur application nécessiterait entre les divers services maritimes une coordination qui n'a même pas été esquissée. Les graves lacunes de notre arsenal sanitaire en ce qui concerne la lèpre devraient donc être comblées ; il faut dire bien haut que cette nécessité ne date pas d'aujourd'hui, qu'elle existait tout aussi grande hier, il y a 10 ans, il y a 30 ans, qu'aucun péril lépreux nouveau ne menace notre pays.

Bien plus, l'enquête à laquelle la Commission s'est livrée e dont les résultats sont consignés dans le rapport de M. Jeanselme a montré que le nombre des lépreux vivant en France est *en diminution*. Le petit foyer lépreux, prolongement du foyer ligurien, qui est connu depuis longtemps dans le département des Alpes-Maritimes, est en voie de décroissance continue et cela sans doute uniquement par suite des progrès de l'hygiène générale, car il n'a été pris contre lui aucune mesure exceptionnelle. Les mesures proposées ne sont donc pas dictées par la menace d'une nouvelle endémie lépreuse, on ne doit pas y voir une loi de circonstances imposée par un grave danger immédiat. Elles sont seulement destinées à compléter notre armement prophylactique sur un point où il était resté très incomplet et insuffisant. Nous sommes en droit d'espérer qu'elles accélèreront le mouvement inconstestable de régression des foyers lépreux autochtones et s'opposeront au développement de foyers d'origine exotique.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Jeanselme, L. Martin, Léon Bernard, l'Académie vote un vœu demandant 1° une entente internationale sur la prophylaxie de la lèpre ; 2° l'interdiction aux lépreux de l'exercice de certaines professions.

BIBLIOGRAPHIE

Observation et dessin par Albert MUHLEMANN. 1er volume : *L'alphabet du dessin*, 2e volume : *La grammaire du dessin*, chaque volume in-8°, cartonné : 15 fr. (Darassié, éditeur, 80 rue de Bondy, Paris).

Dans la vie courante, chacun peut avoir besoin du dessin : avez-vous une indication à donner à tel ou tel artisan ? — le plus simple croquis en dit toujours plus long et parle plus clairement à l'esprit que les plus longs discours. Depuis nombre d'années, du reste, le dessin n'est plus, dans nos écoles, traité comme jadis en parent pauvre et ravalé au rôle purement secondaire d'« art d'agrément » qu'il avait tenu longtemps dans les programmes scolaires : on se plait maintenant — et à juste titre, à lui reconnaître, indépendamment des services pratiques qu'il peut rendre, une haute portée éducative et une valeur pédagogique incontestable, dans le cycle des études classiques ou modernes.

Mais si le dessin est un art, il existe aussi une « *science du dessin* qui est *à la portée de tous* et qui permet à quiconque — *pourvu qu'il veuille s'en donner la peine*, — sinon de devenir un artiste, du moins de « *s'exprimer* » *correctement dans cette autre langue écrite qu'est le dessin*.

C'est cette « science du dessin » que l'auteur de ce manuel se propose d'exposer dans les deux volumes : « *L'alphabet du dessin* » et « *La grammaire du dessin* », — *exposé clair, méthodique et concret de toutes les notions fondamentales du dessin à vue et du dessin géométrique*. Prenant l'élève à ses premiers crayonnages, l'auteur lui montre, par suite *d'exercices pratiques méthodiquement gradués*, comment on apprend d'abord à voir, à observer, — puis comment on traduit graphiquement le résultat de ces observations.

Tel qu'il est conçu, ce manuel, sorte de *memento à la fois concis et complet, théorique et pratique*, s'adresse à quiconque s'intéresse aux arts, qu'il soit artiste, professeur, artisan ou simple amateur. *S'inspirant largement des programmes scolaires en vigueur*, il sera un guide précieux pour les *candidats à tous les examens comportant des épreuves de dessin*. Il pourra même, à défaut de professeur, servir de conseiller à qui voudrait apprendre à dessiner ou perfectionner une culture artistique prématurément interrompue.

BIBLIOGRAPHIE

Las deformidades de la Sexualidad Humana, par le Dr Carlos Lagos GARCIA, con 53 laminas y 130 fotographias. Buenos-Aires « El Ateneo ». Casa editoria Libreria Cientifica y literaria de Pedro Garcia. 700 pages dont 96 de bibliographie.

L'œuvre de notre confrère le Dr Carlos Lagos *Garcia* est magnifique à tous points de vue ; magnifique parce qu'elle constitue un relevé extraordinairement documenté et minutieux de toutes les connaissances sur le sujet, magnifique parce que l'auteur ajoute à la documentation par l'exposé de ces découvertes, théories et procédés personnels, magnifique enfin parce qu'un nombre considérable de gravures coloriées et de photographies rend parfaitement clair le texte plantureux de ce livre remarquablement édité et imprimé (1).

Il faudrait une bonne quinzaine de pages en texte serré pour analyser ce monument.

Je ne crois pouvoir mieux faire que d'indiquer les sujets traités et le nombre de pages qui leur sont consacrés. Ainsi chacun pourra-t-il se reporter sans difficultés aux points qui l'intéressent particulièrement :

Introducion, p. 17. — *Les deformidades congenitas en su relaccion con la Embrogonia y la Filogenia*, p. 2). — *Desarollo embriologico del aparato uro-genital*, p. 33. — *La generacion y el sexo*, p. 59. — *El determinismo del sexo* p. 71. — *Las sexos y sus caracteres*, p. 93. — *Les caractères sexuales humanos*. p. 143. — *El hermafroditismo normal*, p. 159. — *El hermafroditismo anormal*, p. 16). — *El verdadero hermafroditismo humano*. *El ovotestis*, p. 173. — *La concepcion del hermafrodita humano*, p. 211. — *La sexualidad y las glaudulas genitales*, p. 217. — *La sexualidad y la hipofisis*, p. 239. — *La sexualidad y la glandula pineal*. p. 253. — *Las capsulas suprarenales y la sexualidad*, p. 259. — *Las anomalias sexuales humanas* : *Consideraciones generales clasificacion*, p. 267. — *La transfiguracion sexual masculino-feminiforme (seudo-hermafroditismo masculino. Androginoïdes)*, p. 367. — *Transfiguracion sexual femino-masculiniforme (seudo-hermafroditismo femino. Ginandroides)*, p. 417. — *Deformidades y transiciones en los caracteres sexuales secundarios*, p. 457. — *La cirurgia en el estudio de las deformidades sexuales humanas transfigurantes*, p. 477. — *Tratamiento quirurgico de las transfiguraciones sexuales*, p. 499. — *Los seudo-hermafroditas en la Sociedad* p. 541. — *Los seudo-hermafroditas y la Ley*, p. 573. — *Bibliografia*, p. 605.

Il va sans dire que chaque chapitre est, en plus de l'exposé des observations, méthodes ou procédés originaux du Dr Garcia, un historique critique des travaux précédents. Ainsi, par exemple au chapitre *Tratamiento quirurgico de las transfiguraciones sexuales*, nous trouvons la description des procédés de Th. Auger, Routier, Duplay, Pousson, Cronacker, Bouisson, Rocher, Bidder et Landerer, Becker, Link, Laurent, Nove-Josserand, Rochet, Ombredanne, etc.

Je ne pense pas que quiconque puisse désormais aborder le sujet magistralement traité par le docteur Garcia sans recourir à l'ouvrage fondamental qu'il nous donne. Le docteur Carlos Garcia qui a déjà beaucoup produit et qui prépare un travail sur les kystes hydatiques du poumon chez l'enfant vient d'apporter avec *las deformidades de la sexualidad humana* une pierre précieuse au noyau scientifique solide et brillant du Buenos-Aires. Dr G. E. de M.

La Revue de l'art. Sommaire du numéro de décembre 1925 :

I. HISTOIRE GÉNÉRALE DE L'ART. Que savons-nous de l'art chinois (I), par H. d'Ardenne de Tizac. — Un chapitre de l'histoire de l'impressionnisme : l'évolution de Manet vers le plein air, par L. Rosenthal. — La Peinture à l'Exposition des Arts décoratifs (*fin*), par A. Warnod. — La Céramique à l'Exposition des Arts décoratifs, par M. Savreux.

II. CHRONIQUES. Les nouveaux chapiteaux romans du Musée du Louvre, par Marcel Aubert. — La collection Du Theil-Chaix Est-d'Auge au Musée de Saint-Omer, par A. Dzarrois. — De Morelli à Barenson par J. Alazard. — Versailles et la Cour de France (P. de Nolhac), par E. de Gauay. — Une Vie de iCité : Paris (M. Pœte), par P. Lavedan. — Table du deuxième tome de 1925.

III. BULLETIN. Notre Tribune : la Grande Pitié des intellectuels et des artistes français. — Actualité : le bi-centenaire oublié de J.-S. Duplessis, par R. Bouyer. — Echos et Nouvelles. — Informations. — Les Expositions. — La curiosité. — La vie artistique à l'étranger. — Le carnet du liseur.

GRAVURES HORS TEXTE : Vase chinois de l'époque néolithique, photogravure. — Talleyrand, peinture par J.-B. Greuze, phototypie. — Le lever de Fanchon, peinture de Lépicié, phototypie. — Emile Zola, peinture d'Edouard Manet, photogravure.

Le numéro : 12 fr. 50. Abonnement : un an ; France : 120 fr. La Revue de l'Art, 28, rue du Mont-Thabor, Paris.

(1) La *Semana Medica* imp. de E. Spinelli. Cordoba 2254 Buenos-Aires.

L'Amour de l'art. Sommaire du numéro de novembre 1925 :

Une Exposition d'art chinois à Amsterdam, par R. Kœcklin. — L'Exposition millénaire de Cologne, par Hans Tietze. — Gimmi, par P. Fiereus. — Siméon, par Cl. Janin. — Dufrénoy, par G. Mourey. — Leydet, par J. Royère. — Chronique : Deux Poèmes. — La Décoration théâtrale. — L'expertise des tableaux et des objets d'art. — Le carton de tapisserie de basse et haute lisse. — Le Palais Azem, à Damas. — Le Mouvement des Arts appliqués. — Le mois artistique.

Hors texte : La Barque d'Odilon Redon (hélio-couleur).

Abonnement : un an : 60 fr. Librairie de France, 170, boulevard Saint-Germain, Paris.

Collection Shakespeare, *textes anglais et français en regard publiée sous la direction de A. Koszul*. — Volumes parus : *Macbeth*. Traduction de J. DEROCQUIGNY, professeur à l'Université de Lille (Prix Montyon, 1923), 7 fr. — *Les Sonnets*. Traduction de Charles-Marie GARNIER (Prix Denfer, 1924), 7 fr. — *Comme il vous plaira*. Traduction de Lucien WOLFF, docteur ès lettres, 7 fr. — *Le Soir des Rois*. Tréaduction de Félix SAUVAGE, 7 fr. — *Le Marchand de Venise*. Traduction de Mme LEBRUN-SUDRAY, 7 fr. — *Roméo et Juliette*. Traduction de A. KOSZUL, professeur à l'Université de Strasbourg, 7 fr. — *Troïlus et Cressida*. Traduction de René LALOU, 7 fr. — *Hamlet*. Traduction de J. DEROCQUIGNY, 7 fr.

Il a été tiré de chaque volume après réimpression, 200 ou150 exemplaires à 25 fr.

Autres volumes ne préparation : Société d'édition « Les Belles-Lettres », 95, boulevard Raspail, Paris.

Collection des Universités de France. — Ouvrages déjà publiés : Pindare, 4 vol., par M. A. PUECH. — Eschyle, tome I, par M. P. MAZON. — Sophocle, tomes I et II, par M. P. MASQUERAY. — Euripide, tome III, par MM. L. PARMENTIER et GRÉGOIRE. — Aristophane tomes I-II, par MM. V. COULON et H. Van DAELE. — Antiphon, par M. L. CERNET. — Lysias, t. I, par MM. GERNET et BIZOS. — Isée, par M. P. ROUSSEL. — Platon, tome I, par M. M. CROISET. — Platon, tomes II et III, par M. A. CROISET. — Platon, tome VIII, par M. A. DIES. — Démosthène, Harangues, tome I, par M. M. CROISET. — Aristote, constitution d'Athènes, apar M. B. HAUSSOULLIER et G. MATHIEU. — Théophraste, caractères, par M. O. NAVARRE. — Callimaque, par M. E. CAHEN. — Plotin, Ennéades, tome I, par M. BRÉHIER. — L'Empereur Julien, tome I, 2e partie, par M. J. BIDEZ. — Lucrèce, 2 vol., par M. A. ERNOUT. — Catule, par M. G. LAFAYE. — Cicéron, discours, tomes I, II, III et IV, par M. H. DE LA VILLE DE MIRMONT. — Cicéron, partitions oratoires et topiques, par M. BORNECQUE. — Cicéron, l'Orateur, par M. H. BORNECQUE. — Cicéron, De l'orateur, tome I, par M. E. COURBAUD. — Cicéron, Brutus, par M. J. MARTHA. — Salluste, par Mlle B. ORNSTEIN et M. J. ROMAN. — Cornelius Nepos, par Mlle A.-M. GUILLEMIN. — Le Poëme de l'Etna, par M. J. VESSEREAU. — Ovide, l'art d'aimer, par M. H. BORNECQUE. — Tibulle, par M. PONCHONT. — Sénèque, de la Clémence, par M. F. PRÉCHAC. — Sénèque, dialogues, tomes I et II, par M. A. BOURGERY. — Sénèque, dialogues, tome III, par M. R. WALTZ. — Pétrone, par M. A. ERNOUT. — Tacite, histoires, 2 vol., par M. H. GOELZER. — Tacite, Opera minora, par MM. H. COELZER, H. BORNECQUE, G. RABAUD. — Tacite, Annates, tomes I et II, par M. H. GOELZER. — Perse, par M. A. CARTAULT. — Juvénal, par MM. P. DE LABRIOLLE et F. VILLENEUVE. — Apulée, Apologie, Florides, par M. P. VALLETTE. — Phèdre, fables, par Mlle BRENOT. — Saint-Cyprien, Lettres, par M. BAYARD. — Saint-Augustin, Confessions, par M. DE LABRIOLLE. — Virgile, Bucoliques, par M. GOELZER. — Eneide (I à IV).

Société d'édition « Les Belles Lettres » 95, boulevard Raspail, Paris.

Madame de Sévigné, *sa famille et ses amis*, par Mme Henriette CELARIÉ. Un vol. in-16 (de la « Collection Ivoire ») avec quatre planches hors texte (Librairie Armand Colin, 103, boulevard Saint-Michel, Paris), broché. Prix : 20 fr.

Au mois de février 1926 sera célébré le tricentenaire de la naissance de Madame de Sévigné. Madame Celarié nous offre à cette occasion un tableau charmant autant qu'exact de sa vie, de celle de sa famille et de ses amis.

Guidée par le goût le plus sûr, l'auteur a réussi à cueillir, dans la volumineuse correspondance de Madame de Sévigné, un bouquet de charmantes anecdotes amusantes ou attendries qui peignent des plus vives couleurs sa famille, ses amis, la société de son temps. Descendant de son cadre doré, Madame de Sévigné redevient une simple femme, profondément bonne et franche. On l'entend parler et rire de tout son cœur, on la voit pleurer, car « les grosses larmes » souvent lui tombent des yeux.

Avec elle, revivent grands seigneurs, bourgeois, provinciaux, et paysans ; elle nous décrit les lieux où elle a vécu : solitude bretonne des Rochers, Hôtel de Carnavalet, paisibles rives de la Loire, cieux ardents de la Provence.

TABLE DES MATIÈRES

La Pagination des articles est indiquée en caractères gras

A

B

C

D

E

F

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

Y

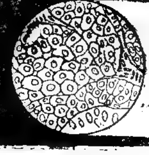
Z

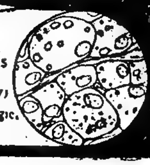
Table alphabétique des Noms d'Auteurs

A

B

C





REVUE DE PRESSE ETRANGÈRE

Pathologie générale

Certaines maladies sont en voie de disparition pour Pedro Farreras (*Revista Espanola de Medicina y Cirugia*, octobre 1925), sans que l'on en sache exactement les raisons. Tel est le cas de la chlorose, de l'hystérie et de la goutte aiguë. La diminution de fréquence de la chlorose tiendrait à l'amélioration du sort des travailleurs, qui consomment davantage de viande et d'aliments riches en fer ; d'autre part on a tendance à serrer de près le diagnostic ; combien d'anémies n'étaient en réalité que le masque de la tuberculose ou du brightisme ! L'hystérie, « névrose artificielle », est plus rare que du temps où régnaient les théories de Charcot ; la guerre, qui aurait dû être si favorable à son développement, n'a produit que des névroses et des psychoses. Quant à la goutte aiguë, elle est en recul par suite des progrès effectués dans le domaine du métabolisme nutritif et endocrinien, et des restrictions alimentaires dues à la cherté de la vie.

Tuberculose

Y a-t-il une crise de l'auscultation ? R. Burnand étudie la crise de l'auscultation en tuberculose (*Revue médicale de la Suisse Romande*, 15 juin 1925) ; il n'admet pas la défaillance de l'auscultation mais bien celle du système d'interprétation adopté par nos devanciers, et s'efforce d'accorder les vieilles méthodes avec les nouvelles. Pour lui le signe stéthoscopique capital, en matière de tuberculose, consiste dans l'*obscurité respiratoire*. « Toutes les lésions, minimes ou étendues, dues à la bacillose, l'induration comme les cavernes, comme les grandes scléroses, se manifestent dans l'immense majorité des cas par l'affaiblissement ou l'abolition du murmure vésiculaire ». La valeur de la rudesse respiratoire ne serait pas à beaucoup près aussi importante.

Doit-on faire le diagnostic de la tuberculose pulmonaire sans auscultation ni radioscopie ? Jan Struthers Stewart, dans une communication faite à la Société médico-chirurgicale de Glasgow (*Glasgow medical Journal*, septembre 1925), classe les symptômes du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire en trois groupes : A. Symptômes de toxémie : fatigue, fièvre, perte de poids, sueurs nocturnes, dyspepsie, neurasthénie ; B. Symptômes pulmonaires : toux, expectoration, hémoptysie, pleurésie ; C. Symptômes laryngés : toux, douleur, aphonie. Le premier groupe indique qu'il existe une intoxication qui se manifeste d'habitude avant les symptômes de localisation des deux autres groupes. Si l'on pousse la pensée de l'auteur jusqu'à ses conséquences extrêmes, il faudra admettre que le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire se fait par les signes généraux bien plus que par les signes fonctionnels ou physiques plus tardifs dans leur apparition. Les praticiens auront plus à gagner qu'à perdre à adopter cette opinion, qui nous paraît assez proche de la vérité clinique et qui leur permettrait de soupçonner la tuberculose à la période la plus favorable pour obtenir des résultats thérapeutiques.

Maladies vénériennes

Le traitement en série de la syphilis. Arthur J. Casselman pose dans l'*American Journal of syphilis* de juillet 1925, les bases du traitement en série (*administrative routine*, en anglais) de la syphilis, tel qu'il est appliqué à New-Jersey. Le traitement se compose de trois cures successives : arsenicale, bismuthique et mercurielle ; chacune dure quatre semaines et ne comprend qu'un seul des trois médicaments. La série recommence sans intervalle de repos, et ainsi de suite. La cure arsenicale se compose d'injections

hebdomadaires sous-cutanées ou intraveineuses de sulfarsphénamine; la dose courante de quarante centigrammes peut être portée chez les sujets tolérants et vigoureux à soixante et même à quatre-vingt-dix centigrammes. La deuxième cure de quatre semaines est consacrée au bismuth ; elle comprend quatre injections intramusculaires de vingt centigrammes de bismuth métallique. La troisième cure, mercurielle, se compose de frictions ; le malade doit utiliser cent grammes d'onguent mercuriel dans le mois. L'iodure est prescrit de façon régulière, les mois impairs, du 1er au 15, aux doses de dix centigrammes à un gramme suivant la tolérance. La durée du traitement varie de un à deux ans et relève des résultats fournis par la réaction de Wassermann. Ce qui fait l'intérêt — et l'originalité — de cette thérapeutique, c'est que le malade ne commence pas son traitement avec un médicament déterminé, mais qu'il reçoit le médicament en cours d'administration au moment où il vient à la clinique ; il prend en somme le traitement au point où il en est. Cette méthode, bien qu'un peu schématique, est susceptible d'être employée dans la pratique médicale pour ses avantages de simplicité, de méthode et d'organisation, à la condition de s'assouplir et de s'adapter aux exigences de la clinique.

La péritonite gonococcique des petites filles ne serait pas une rareté, pour Ricardo Horno Alcorta (*Clinica y Laboratorio*, septembre 1925), qui a observé en 18 ans 136 cas de vulvites, dont 32 avec complications péritonéales par voie ascendante. La symptomatologie est assez spéciale ; l'enfant ressent brusquement une violente douleur dans l'abdomen sans localisation précise ; puis les nausées et les vomissements font leur apparition ; le ventre se météorise et se tympanise ; c'est le tableau de la péritonite banale. Plus tard se manifestent les symptômes plus localisés de la pelvi-péritonite avec troubles de la miction ; la fièvre est modérée (39°), le pouls rapide et petit. Au bout de 3 ou 4 jours tous ces phénomènes alarmants disparaissent aussi rapidement qu'ils s'étaient produits. Le diagnostic ne se fait que par la constatation d'une vulvite blennorragique.

Dermatologie

Le bromure de sodium a été utilisé par voie intraveineuse en dermatologie par feu Lebedjew, de Tachkent (Turkestan). Pierangeli l'a exprimenté à Ancône (*Rinascenza Médica*, 1er octobre 1925) sur 16 cas : 8 eczémas, 2 pityriasis roses de Gibert, 2 urticaires, 1 prurit sénile, 3 prurits névropathiques. Il a pratiqué tous les deux jours une injection intraveineuse de 10, 15 ou 20 centimètres cubes d'une solution à 10 % de bromure de sodium dans du sérum physiologique à 0,85 %. Les résultats ont été décisifs sur les prurits névropathiques, comme on pouvait s'y attendre ; dans les autres cas, seules l'inflammation et la démangeaison ont été améliorées.

Pathologie externe

« **La majorité des médecins praticiens ignore la luxation périlunaire du carpe** », écrit Monnard dans le *Revue médicale de la Suisse romande* (25 octobre 1925). L'auteur a réuni 20 cas, dont 5 seulement avaient été diagnostiqués sur-le-champ. Deux signes font soupçonner cette lésion à la suite d'un traumatisme violent du poignet : l'élargissement antéro-postérieur du carpe et le *blocage* fonctionnel. Une règle absolue consiste à faire radiographier le poignet, de face et de profil. Les complications existent dans 50 % des cas ; ce sont la fracture du scaphoïde ou du pyramidal et l'arrachement de la styloïde radiale ou cubitale. Le traitement consiste dans la réduction immédiate et l'application d'un appareil plâtré ou d'un simple pansement ouaté, avec la main placée en flexion et inclinaison cubitale ; la durée de l'immobilisation doit être courte (8 jours au plus) ; puis on fait de la balnéation chaude, du massage et de la mobilisation.

L'extirpation du semi-lunaire peut se justifier en présence de troubles nerveux rebelles, bien qu'elle ne les fasse pas toujours disparaître.

Ophtalmologie

« **Le praticien est le spécialiste idéal** », a dit le Professeur Osler, car il est bien placé pour *filtrer* les symptômes de chaque cas et localiser l'organe atteint. Fletcher Stiell rapporte cette opinion dans une étude sur les signes oculaires des maladies nerveuses (*Practitioner*, septembre 1925), où il montre combien les notions ophtalmologiques les plus élémentaires sont susceptibles d'aider le médecin, pour l'établissement d'un diagnostic correct et précoce,

dans la migraine, l'épilepsie, le tabès, la paralysie générale, l'encéphalite léthargique, la neurasthénie et l'hystérie. Cet article nous rappelle le succès des conférences de vulgarisation ophtalmologique à l'usage des étudiants qu'avait inaugurées Poulard à l'Hôtel-Dieu quelques années avant le guerre.

Otologie

L'otologie prend parfois la médecine générale en défaut. Watson Williams rapporte, dans le *Practitioner* de septembre 1925, six observations de malades traités sans succès pour les affections suivantes : neurasthénie, mauvais état général, myalgie, troubles mentaux, épilepsie, néphrite aiguë. Les six diagnostics précédents correspondaient à autant d'erreurs ; l'oreille moyenne seule était en cause, comme le montra l'intervention qui fut décisive et détermina une guérison rapide. Conclusion : dans chaque cas d'affection chronique où l'on soupçonne une résorption septique au niveau d'un foyer local, examiner l'oreille ; dans chaque cas d'otorrhée chronique, où se pose la question d'une intervention, prendre en considération non seulement l'état local mais aussi les conséquences possibles d'amélioration de l'état général.

Hygiène

Les rats sont à l'ordre du jour en Amérique. La cité de Louisville (Kentuchy) donne asile à une armée de dix millions de rongeurs ; la menace est telle que le corps médical s'est alarmé ; Jesse I. Whittenberg a formé un comité de dératisation, qui comprend 119 praticiens et les services de l'hygiène publique. En Californie les produits bactériens destinés à la destruction des rats n'ont pas répondu aux espoirs fondés sur eux et ils ont été interdits pour éviter toute erreur et toute contamination des aliments humains (*Journal of the American medical Association*, 10 octobre 1925).

Varia

Notes de thérapeutique. Dans l'hyperchlorhydrie donner un gramme de bromure de strontium après chaque repas (Giacobbi, *Giornale di Clinica Medica*, 31 août 1925). Le bromure agit d'une part en provoquant une forte élimination de Na Cl, l'appauvrissement du sang en ion Cl et la réduction consécutive de la production d'HCl ; d'autre part, en calmant le système nerveux ce qui diminue encore la sécrétion chlorhydrique.

Consultations médicales... à l'usage des médecins. Certains journaux comme la *Rinascenza Medica* consacrent une colonne aux questions posées par les médecins à court de science ou d'inspiration. En voici quelques exemples : questions et réponses (n° du 15 octobre 1925).

1° *Emission de sang par le mamelon.* En dehors de la grossesse, il s'agit de processus inflammatoires chroniques et néoplasiques (soit bénins soit malins). Dans chaque cas procéder à la recherche des nodules mammaires et à leur extirpation, puis à leur examen histologique. Le plus souvent il s'agit d'un adénome. Les résultats de l'examen commandent la thérapeutique.

2° *Cure des chéloïdes.* Les méthodes thérapeutiques sont nombreuses. L'électrolyse et la radiothérapie ne donnent pas de résultats satisfaisants ; l'ablation chirurgicale est contre-indiquée par suite des récidives. Seule la cryothérapie (neige carbonique) est à recommander.

3° *Talalgie.* Dans le cas de blennorragie, repos et pédiluves chauds. Dans le cas d'exostoses, ablation chirurgicale.

Quelques opinions émises à la Société médicale de Genève (avril, mai 1925.)

Si la syphilis se greffe sur la tuberculose, elle donne un coup de fouet à la tuberculose. Lorsqu'au contraire c'est la tuberculose qui se greffe sur la syphilis, la maladie évolue en général vers la sclérose (Thomas).

On voit dans la clientèle beaucoup plus de faux tuberculeux que de bacillaires chez lesquels le diagnostic n'a pas été posé (Guillermin).

Les dents deviennent mauvaises, s'atrophient en quelque sorte, parce que notre alimentation ne demande que peu de mastication (Montandon).

... et à la Société vandoise de médecine (janvier 1925).

Quoique dans la majorité des cas l'hémoptysie soit symptomatique de tuberculose pulmonaire, on ne saurait se contenter de l'aphorisme : hémoptysie = tuberculose pulmonaire. On ne doit pas oublier que d'autres affections (dilatation bronchique, syphilis, lésions mitrales, anévrysme de l'aorte, aspergillose, kyste hydatique, etc). peuvent déterminer ce symptôme. C'est pourquoi le diagnostic étiologique doit être posé (Tecon). J. LAFONT.

BIBLIOGRAPHIE

La cathédrale d'Evreux, par le chanoine BONENFANT. Collection « Les Petites Monographies des Grands Edifices de la France ». Un vol. in-8° (20 × 13,5), 43 gravures. Broché, 5 fr. (Envoi franco contre mandat-poste de 5 fr. 50 adressé à H. Laurens, éditeur, 6, rue de Tournon, Paris (VIe).

La Cathédrale d'Evreux mérite une place à part dans l'histoire monumentale de la France. Son architecture, si variée qu'il serait possible d'y faire un cours d'archéologie sur place, comprend une nef des XIIe et XIIIe siècles, un chœur de la fin du XIIIe siècle et du commencement du XIVe, une chapelle de la Mère de Dieu, une tour lanterne et diverses annexes du XVe, un portail nord et une façade occidentale des XVIe et XVIIe siècles. Et chose étonnante, tous ces divers styles s'amalgament parfaitement dans une imposante et admirable unité.

La collection de verrières qui offre des spécimens de l'art du peintre verrier pendant cinq siècles consécutifs, est aussi très importante. Les vitraux les plus nombreux sont des XVe et XVIe siècles. Mais les plus remarquables datent du XIVe. C'est à Evreux qu'il faut venir pour étudier dans les fenêtres hautes du chœur la vitrerie de cette époque.

Des stalles du XIVe siècle, les boiseries du trésor du XVe, vingt et une clôtures de chapelle, allant de l'époque Louis XII à la fin du XVIIe siècle, forment un ensemble incomparable.

Cet ouvrage contribuera très efficacement à faire connaître un édifice dont les beautés architecturales, sculpturales et picturales avaient besoin d'être mieux misses en lumière.

Quarante-trois gravures, dont la plupart reproduisent des clichés inédits de l'auteur, facilitent la compréhension du texte.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

VIENNENT DE PARAITRE :

Questions actuelles de syphiligraphie, suivies d'un index bibliographique de 2400 travaux de syphiligraphie parus en 1923 et 1924, en français, anglais et allemand, par le Dr. Cl. SIMON in-8 3.0 p. fig. 32 fr. (A. Legrand)

Les mécanismes intimes de la vie. Introduction à l'Étude de la personnalité, par le Dr. Léon MAC-AULIFFE. 3e facicule de *La vie Humaine* l'Études morphologiques. gr. in-8 102 p. 48 fig. 12 fr. 50 (A. Legrand).

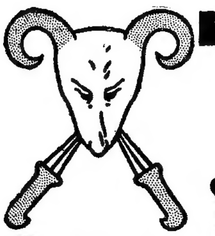
Anatomie cérébrale. Les noyaux grix centraux et la region mesencéphalo sous-optique, suivis d'un appendice sur l'anatomie pathologique de la maladie de Parkinson, par Cl. FOIX et J. NICOLESCO. 1 vol. in-8, 582 p. 356 fig, pl. en coul. 100 fr. (Masson)

Pathologie du système nerveux. Cerveau et cervelet. fasc. XIX du *Nouveau Traité de médecine* 1016 p. 261 fig. 40 pl. en noir, 5 en couleurs. rel. 1/2 toile. 80 fr. (Masson).

L'exploration fonctionnelle du foie et l'insuffisance hépatique, par N. FIESSINGER et H. WALTER. 388 p. 30 fr. (Mssson).

Précis clinique et operatoire de chirurgie infantile, par OMBRÉDANNE. 2e éd. revue, corrigée et augmentée 1140 p. 590 fig.

Les angines de poitrine. par L. GALLAVARDIN. in-8., 180 p. rel. 25 fr. (Masson).





Le Gérant : A. ROUZAUD.

CLERMONT (OISE). — Imprimerie THIRON et CIE — Registre de Commerce : Clermont 4264.
Maison spéciale pour publications périodiques médicaux.